

## ДОКЛАД

# **Люди с ограниченными возможностями в XXI веке: новые возможности и перспективы**

## **Доклад подготовили**

*Пузин Сергей Никифорович* — академик РАН, д.м.н., профессор, главный редактор журнала «Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе и реабилитационной индустрии»;

*Шургая Марина Арсеньевна* — к.м.н., ответственный секретарь журнала «Медико-социальная экспертиза и реабилитация»;

*Дмитриева Нина Васильевна* — врач по медико-социальной экспертизе, президент АНО «Московский научно-практический центр независимых медицинских экспертиз и медико-социальной реабилитации»;

*Тамаровская Светлана Сергеевна* — к.п.н., сотрудник АНО «Московский научно-практический центр независимых медицинских экспертиз и медико-социальной реабилитации»;

*Меметов Сервир Сеитягьяевич* — д.м.н., профессор, член редакционной коллегии журнала «Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе и реабилитационной индустрии»;

*Лаптева Алла Евгеньевна* — к.м.н., сотрудник АНО «Московский научно-практический центр независимых медицинских экспертиз и медико-социальной реабилитации»;

*Великий Анатолий Михайлович* — врач-педиатр, сотрудник АНО «Московский научно-практический центр независимых медицинских экспертиз и медико-социальной реабилитации»;

эксперты Аналитического центра Юрия Левады

**под редакцией** члена Комитета гражданских инициатив, члена Правления Института современного развития, члена экспертной группы «Европейский диалог» *Евгения Гонтмахера*.

## **Введение**

В России – 12,1 миллиона человек, которым официально присвоен статус инвалида. Это 8% населения страны. Данные опроса Левада-центра, проведенного по заказу Комитета гражданских инициатив, показывают, что проблема людей с ограниченными возможностями напрямую касается каждой пятой (23%) семей – 13% имеют в своем составе взрослого члена семьи-инвалида, 3% – ребенка-инвалида и 8% опрошенных имеют один из диагнозов, связанных с ограниченными возможностями.

В новой России общество через своих представителей в законодательной власти добилось принятия целого ряда документов, призванных облегчить жизнь инвалидов, хотя бы частично компенсировать неудобства, связанные с объективными ограничениями их существования. В 1995 году был принят закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а затем и ряд подзаконных актов Правительства, профильных министерств и ведомств. В 2012 году Россия ратифицировала Конвенцию ООН «О правах инвалидов».

Однако изучение положения российских инвалидов, проведенное, например, в Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС)<sup>1</sup>, показывает, что многие из аспектов, отраженных в Конвенции ООН, важные для реализации прав и обеспечения равной со всеми остальными гражданами жизни, вообще не учитываются в государственных программах. Так, не нашли отражения меры в следующих сферах:

- обеспечение защиты и безопасности инвалидов в ситуациях риска, включая вооруженные конфликты, чрезвычайные ситуации и стихийные бедствия;
- международное сотрудничество (за исключением сферы спорта);
- развитие транспортной системы (вне олимпийских объектов);
- особые права девочек и женщин с инвалидностью;
- доступ к медицинской помощи, образованию и реабилитации в сельской местности, снижение глубокой социальной депривации детей-инвалидов и взрослых инвалидов на селе;
- развитие благотворительных организаций, связанных с проблемой инвалидности;
- участие инвалидов в политической и общественной жизни;
- развитие статистики и сбора данных;
- права на опеку и усыновление ребенка, помощь в воспитании детей;
- равенство перед законом и доступ инвалидов к правосудию;
- обеспечение равных прав инвалидов на владение имуществом, наследование, на управление собственными финансовыми делами, а также на равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам и другим формам финансового кредитования и обеспечения, чтобы инвалиды не лишались произвольно своего имущества.

---

<sup>1</sup> Инвалидность и социальное положение инвалидов в России. Под ред. Т.М.Малевой. М., Дело, 2017 (<https://www.ranepa.ru/images/insap/invalides.pdf>)

Материальное положение многих семей с инвалидами также не является благополучным. По данным уже упомянутого опроса Левада-центра, у почти трети семей с людьми, имеющими ограничения по здоровью, едва хватает денег на питание и одежду (28%).

Еще один важный момент: четверть людей с инвалидностью живут в одиночестве (24%), что продуцирует депрессивные состояния и зачастую еще больше усугубляет медицинские проблемы этих людей.

Среди всех опрошенных экспертами РАНХиГС<sup>2</sup> респондентов-инвалидов 65% живут в многоквартирных домах, из них примерно половина проживает на втором этаже и выше либо совсем без лифта, либо с лифтом в неудовлетворительном техническом состоянии, работающим с частыми перебоями. Около 52% людей с инвалидностью, живущих на втором этаже и выше, не имеют возможности пользоваться лифтом, так как его физически в доме нет. С учетом плохо работающих лифтов до 55% инвалидов из числа живущих в многоквартирных домах ограничены в доступе к улице. Наиболее остро физическая мобильность людей ограничена в мелких и средних городах с населением от 50 до 250 тыс. человек, жилищный фонд в них достаточно стар.

Несмотря на критичность проблемы удобства жилья для инвалидов, на отсутствие пандусов, широких дверей и работающего лифта, адаптация жилья и городской/сельской среды среди основных проблем инвалидами не артикулируется. Прямое изучение рода помощи или содействия от государства в ожиданиях людей с ограниченным здоровьем показало, что в них доминирует вопрос размера пенсий и денежных выплат на лекарства.

Противоречия современной российской социальной среды распространяются и на проблематику инвалидности. Здесь отмечаются противоречия между провозглашаемой активностью социальной политики и пассивными мерами в отношении инвалидов, противоречия между финансированием материальной поддержки инвалидов и

---

<sup>2</sup> Там же

наличием сложной и неэффективной системы льгот, в отношении которой сохраняется стратификация инвалидов, противоречия между громкими декларациями и низким уровнем работы по обеспечению реального включения инвалидов в социум.

Существенными остаются противоречия между уровнем решаемых проблем инвалидов в городской и сельской местности.

Главным барьером окружающей среды, препятствующей интеграции инвалидов и маломобильных групп населения в социум, остается отношение большинства граждан к этим группам населения. Так, 17% родителей не согласны с обучением их здоровых детей совместно с ребёнком-инвалидом в школах, приспособленных для нужд инвалидов<sup>3</sup>.

Важнейшей нерешенной проблемой остается занятость инвалидов. За период с 2013 г. по 2018 г. на 700 тыс. сократилось численность тех из них, кто занимается трудовой деятельностью – с 2344 тыс. до 1644 тыс., инвалидов первой группы – на 38 тыс., инвалидов второй группы – на 349 тыс., инвалидов третьей группы – на 300 тысяч человек<sup>4</sup>.

Показатель занятости лиц в трудоспособном возрасте, имеющих инвалидность (по данным выборочного обследования рабочей силы), составляет 17%, уровень безработицы лиц в трудоспособном возрасте, имеющих инвалидность – 23.5%<sup>5</sup>.

У инвалидов в возрасте 16 лет и более основными причинами отказа от предложений другой или какой-либо работы были: низкая зарплата – 36,5%, отдалённость от дома (трудности с транспортом) – 32,4%, характер работы – 27,4%; условия труда – 22,4%<sup>6</sup>.

Статья 24 «Права, обязанности и ответственности работодателей в обеспечении занятости инвалидов» Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», обязывающая

---

<sup>3</sup> <http://invalidu.com/raznoe/kolichestvo-invalidov-rossii>

<sup>4</sup> [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabiliti](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabiliti)

<sup>5</sup> Там же

<sup>6</sup> Там же

работодателей в соответствии с установленной квотой для приема на работу создавать или выделять рабочие места для трудоустройства инвалидов и принимать локальные нормативные акты, содержащие сведения о данных рабочих местах, не работает. Трудовой кодекс РФ позволяет работодателю на законных основаниях уволить работника, ставшего инвалидом, если не может предоставить условия труда, рекомендованные в индивидуальной программе реабилитации и абилитации <sup>7</sup> (далее – ИПРА).

Эффективность реабилитационных мероприятий и решение проблем интеграции инвалидов в социум зависят, в том числе, и от социального самочувствия людей с инвалидностью. Большой потенциал общественных организаций инвалидов в мотивации их членов к более активной, полноценной жизни реализуется далеко не полностью (у них сложился имидж организаций-просителей, ориентированных на традиционную патерналистскую модель, что предопределяет недостаточную их работу с государственными структурами и СМИ и т.д.).

Потребности людей с инвалидностью слабо отражены в социальных государственных программах, за исключением профильной программы «Доступная среда».

**Несмотря на все эти обстоятельства, говорящие о тяжелом социальном положении большинства из 12,1 миллиона инвалидов, в майском Указе (2018 года) Президента России, который фактически стал программой социально-экономического развития страны на среднесрочную перспективу, а также в разработанных**

---

<sup>7</sup> В соответствии со ст. 9 закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество ([http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/0b7c84fcc8663ca8312977254d5ea3a4c9226691/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/0b7c84fcc8663ca8312977254d5ea3a4c9226691/))

**правительством национальных проектах проблемы этой группы населения напрямую никак не затрагиваются.**

Конечно, предлагаемые меры в области демографической политики, здравоохранения и снижения бедности в случае своей успешной реализации могут улучшить положение инвалидов. Но ощутимый перелом к лучшему может быть связан только со специальной программой реформы институтов, определяющих статус инвалидности, и комплексом взаимосвязанных мер по выведению на качественно новый уровень системы реабилитации и абилитации людей с ограниченными возможностями.

## 1. Портрет российского инвалида

На 01.01.2018 общая численность инвалидов составила 12,1 млн. человек, в том числе численность инвалидов I, самой тяжелой, группы была равна 1,5 млн. человек (12,1%), II группы – 5,5 млн. (45,8%), III группы – 4,4 млн. человек (36,7%), детей-инвалидов – 655 тыс. человек (5,4%)<sup>8</sup>.

При этом необходимо отметить, что если за 2011-2018 гг. общее число инвалидов уменьшилось на 8,4% (о причинах этого – ниже), то численность детей-инвалидов возросла на 20%<sup>9</sup>.

С тех пор, как в России начали бороться с детской смертностью и выхаживать нежизнеспособных детей, рожденных на малых сроках, увеличилось количество детей-инвалидов. Практически каждый недоношенный ребенок находится в группе риска по детскому церебральному параличу. Проблема детской инвалидности приобретает

8

[https://docviewer.yandex.ru/view/0/?\\*=PodvPK6Xj9gcEewZl6aljZmZDGv7InVybcI6lInhLWJyb3dzZXI6L y80RFQxdVhFUFJySIJYbFVGb2V3cnVBkWB9EZl1dFaDNZdWQ1dkRFbUo0VldXR1l6Q2lYM0lIWmZkM WRwMU9tMndueGluWEZ2UTNFckdvU3IwNWpqMmlvVGRzRWU0VEpaZFdHV3VRTEctVEZNYjlxM 1pSUTI2M29Gb3ZaUTVic0NLaEdLYThhdlc2Sjl5US1PSkRRa1dER3c9PT9zaWduPXpVWHhJODBhckx MUnU5b3gzeUhVWkNVSWpsNERKMVdfbHRIMjNXVjlSbW89liwidGl0bGUiOiIxLTUeZG9jliwidWlkj oiMCIsIn1lIjoiNDU0NzQzNzg5MTUzMjYzMzg1NSIsIm5vaWZyYW1lIjpmYWxzZSwidHMiOjE1NDkz MDCzODI4ODV9](https://docviewer.yandex.ru/view/0/?*=PodvPK6Xj9gcEewZl6aljZmZDGv7InVybcI6lInhLWJyb3dzZXI6L y80RFQxdVhFUFJySIJYbFVGb2V3cnVBkWB9EZl1dFaDNZdWQ1dkRFbUo0VldXR1l6Q2lYM0lIWmZkM WRwMU9tMndueGluWEZ2UTNFckdvU3IwNWpqMmlvVGRzRWU0VEpaZFdHV3VRTEctVEZNYjlxM 1pSUTI2M29Gb3ZaUTVic0NLaEdLYThhdlc2Sjl5US1PSkRRa1dER3c9PT9zaWduPXpVWHhJODBhckx MUnU5b3gzeUhVWkNVSWpsNERKMVdfbHRIMjNXVjlSbW89liwidGl0bGUiOiIxLTUeZG9jliwidWlkj oiMCIsIn1lIjoiNDU0NzQzNzg5MTUzMjYzMzg1NSIsIm5vaWZyYW1lIjpmYWxzZSwidHMiOjE1NDkz MDCzODI4ODV9)

<sup>9</sup> Там же



поистине общенациональный характер. Если в 2013 г. впервые получили статус инвалида 71,7 тыс. детей, то в 2017 году эта цифра возросла до 76,1 тыс.

По мнению главного педиатра России, академика Александра Баранова, тот факт, что современные медицинские технологии стали помогать врачам спасать младенческие жизни, взаимосвязан с тем, что детей с инвалидностью стало больше. «Те дети, которые раньше умирали, сегодня им сохраняется жизнь, но иногда не сохраняется их здоровье. Эти явления взаимосвязаны»<sup>10</sup>.

Инвалидность связана с нарушением функций важнейших органов и организма в целом, обуславливающих различные виды ограничения жизнедеятельности. Проблема инвалидности отражает практически весь спектр классов болезней по Международной классификации болезней (МКБ-10) в аспекте вызываемых ими нарушений функций важнейших органов. Также феномен инвалидности связан с проблемой социально-значимых заболеваний, основным признаком и одновременно ключевой характеристикой которых является массовость.

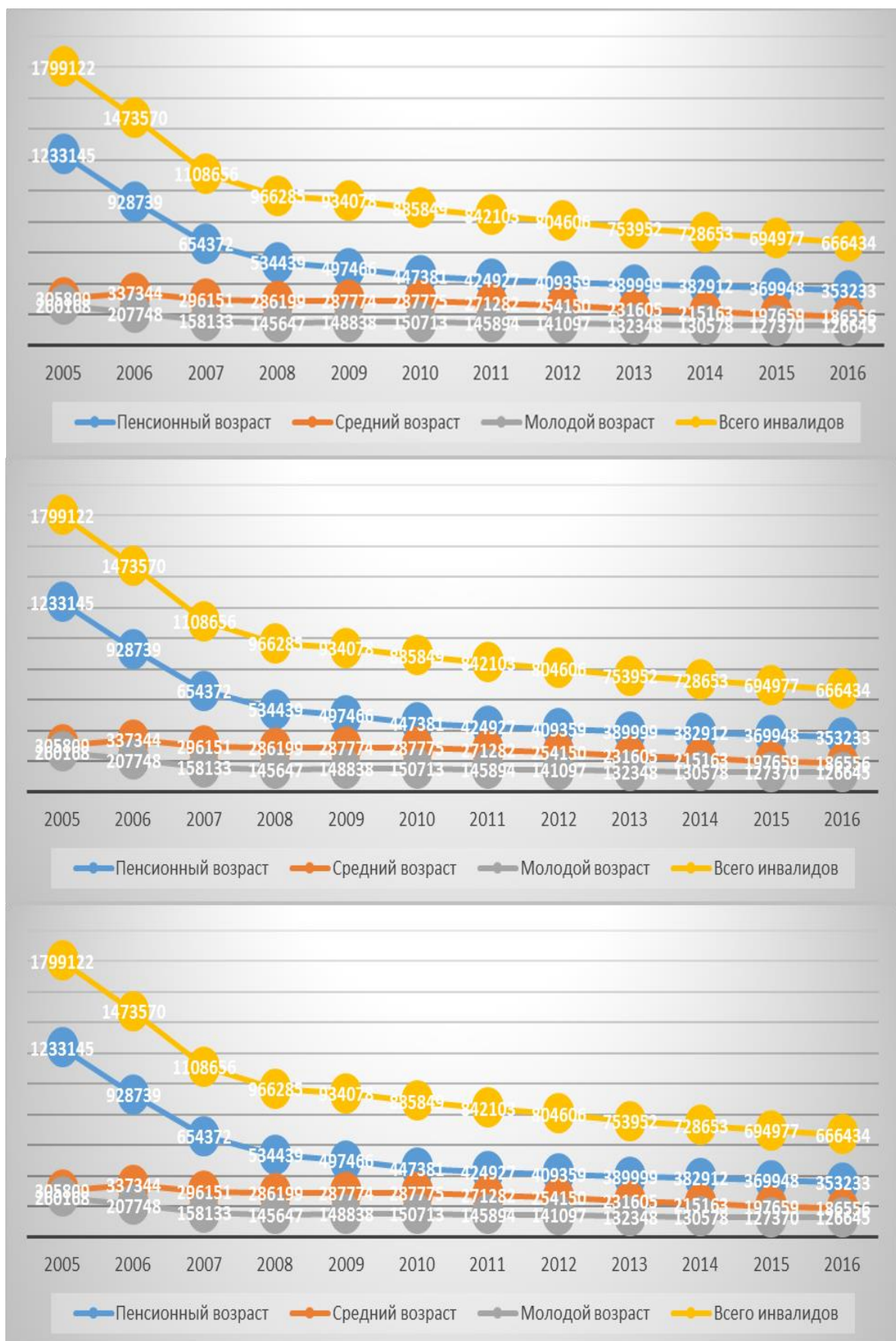
На рис. 1 представлена динамика первичной инвалидности<sup>11</sup> по возрастам.

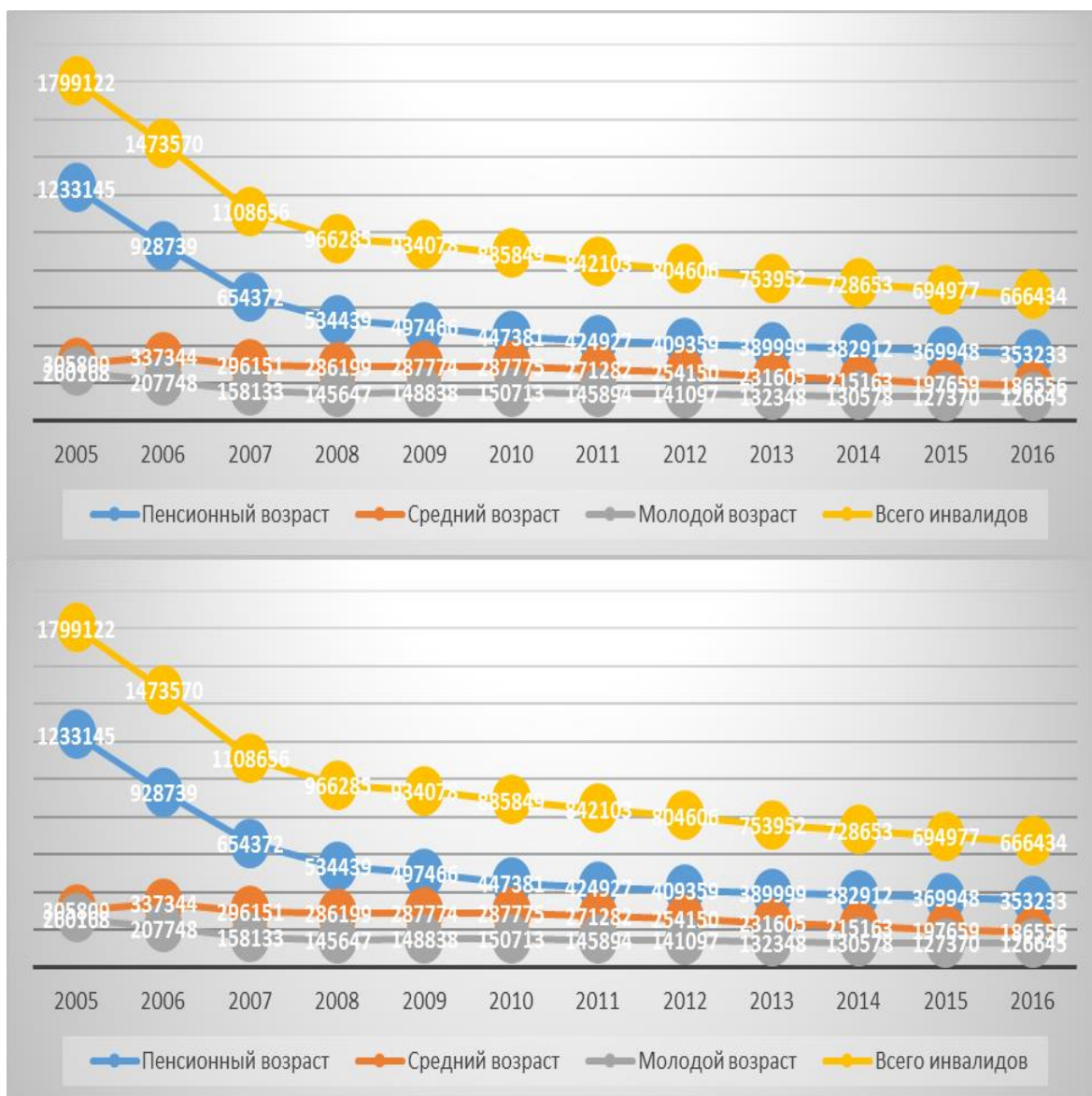
---

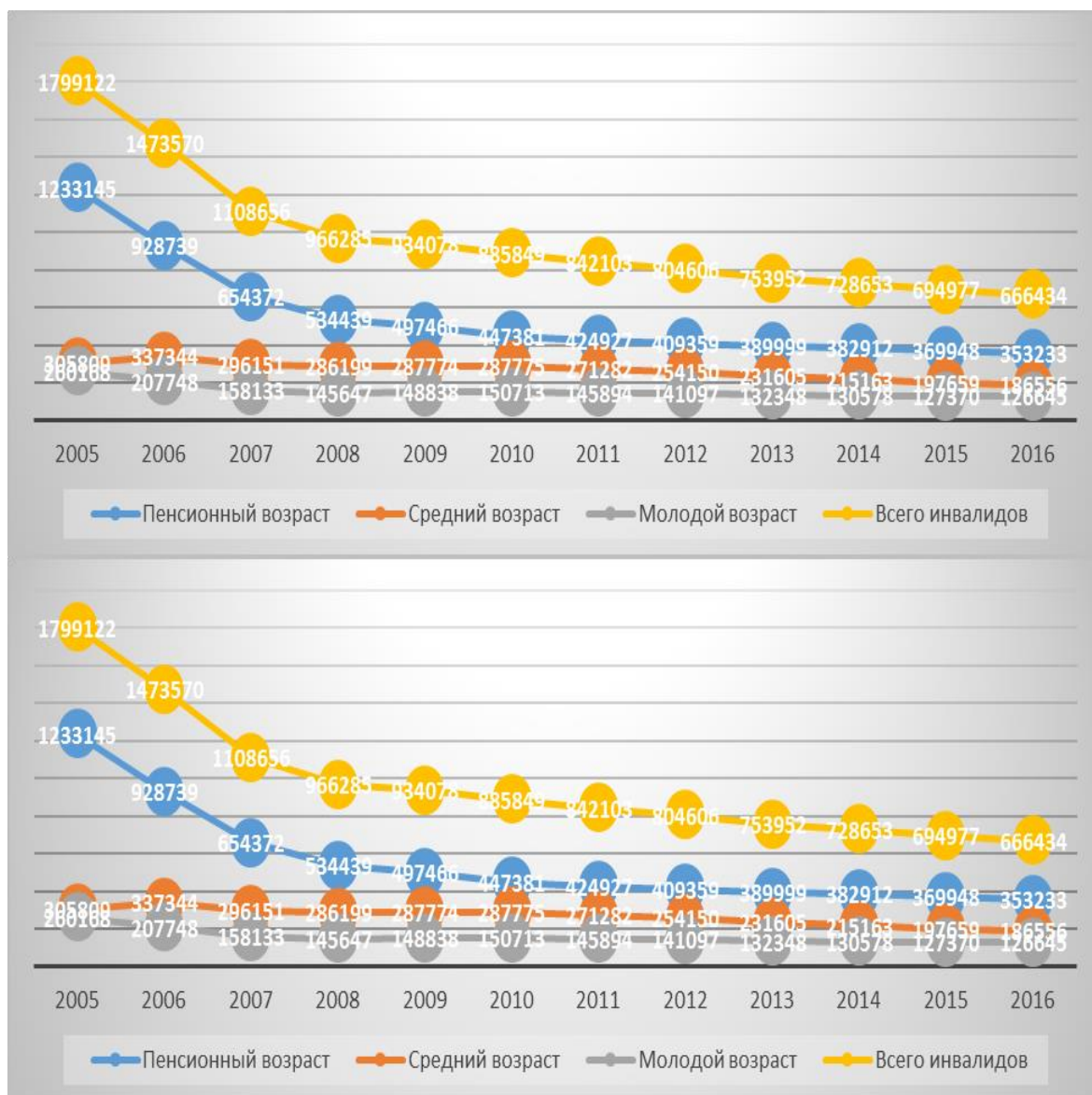
<sup>10</sup> <https://www.business-gazeta.ru/news/404893>

<sup>11</sup> Первичная инвалидность (иногда ее менее точно называют «первичный выход на инвалидность») - отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам. Обычно этот годичный показатель вычисляется в расчете на 1000 человек.

Динамика первичной инвалидности в РФ (абс. числа)







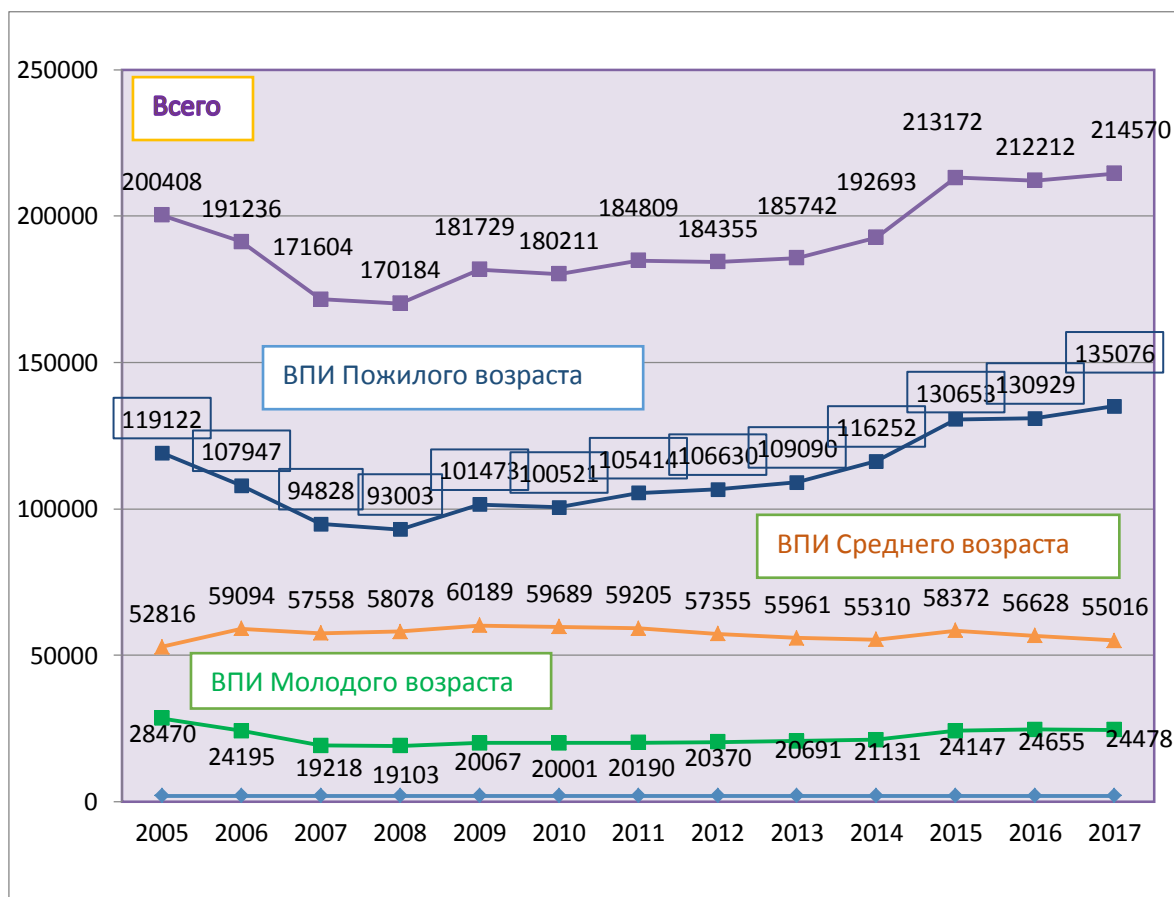
С 2012 г. по 2016 г. основной причиной инвалидности были болезни системы кровообращения, однако, начиная с 2016 г., их доля снизилась и в 2017 г. составила 30,3%. На первое место переместились злокачественные новообразования, доля которых в 2017 г. составляла 32,4%. Третье место во все анализируемые годы занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, составлявшие в 2017 г. 6,2%.

К числу наиболее сложных медико-социальных проблем, оказывающим негативное влияние на показатели здоровья населения и инвалидизацию населения, относятся злокачественные новообразования

(ЗНО). Динамика первичной инвалидности вследствие ЗНО в Российской Федерации представлена на рисунке 2.

Рис. 2

Первичная инвалидность вследствие ЗНО в Российской Федерации с учетом возраста (абс. числа)



Доступность и ранняя диагностика, своевременное начало и эффективность лечебных мероприятий определяют в развитых странах мира повышение выживаемости больных ЗНО и возможность их социальной адаптации. В то же время региональные особенности в распространении различных факторов риска и различия в уровнях

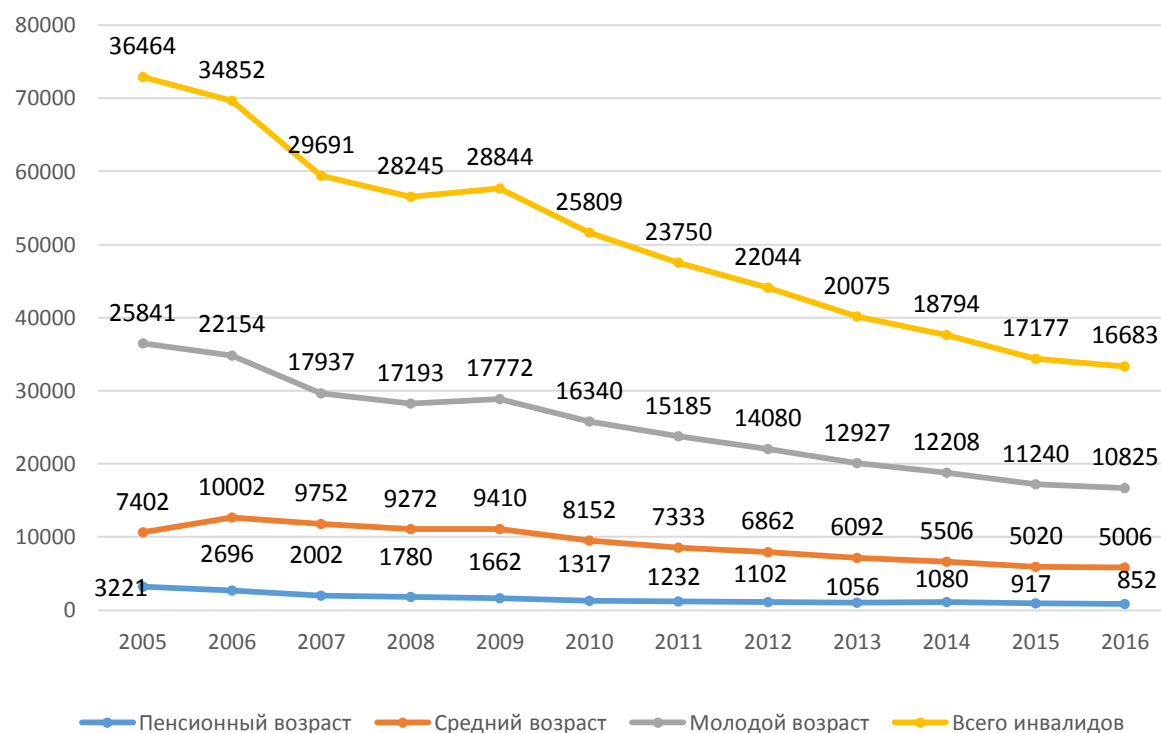
развития системы здравоохранения между развитыми и развивающимися странами обуславливают негативную тенденцию распространения ЗНО, инвалидности и смертности от данной патологии.

Увеличение в составе населения числа лиц пожилого возраста сопровождается ростом количества пациентов с характерными для этого возраста заболеваниями, среди которых особое место занимают нарушения когнитивных функций, в первую очередь, памяти. Пожилые люди страдают психическими заболеваниями значительно чаще, чем молодые и люди среднего возраста. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, среди пожилых людей 236 из 100 тысяч населения страдают психическими заболеваниями, в то время как в возрастной группе от 45 до 64 лет – только 93.

К числу социально значимых относится заболеваемость туберкулезом. В возрастной структуре общей инвалидности вследствие данной патологии преобладают (рис. 3) инвалиды среднего возраста, не работающие, не имеющие семьи, ранее находившиеся в заключении, страдающие вредными привычками.

Рис. 3

Первичная инвалидность вследствие туберкулеза в Российской Федерации с учетом возраста 2005 – 2016 гг. (единиц)

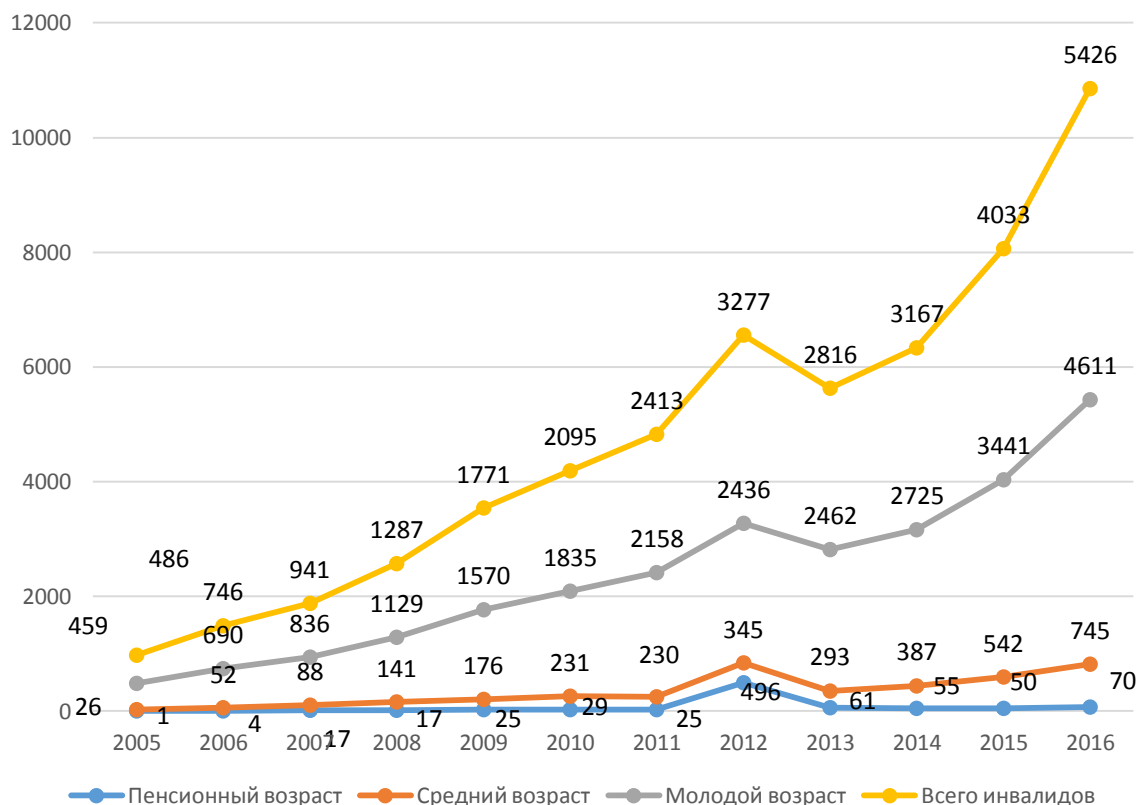


Еще одним фактором, способствующим увеличению инвалидизации, является ВИЧ-инфекция (рис. 4).

Рис. 4

Первичная инвалидность вследствие ВИЧ в Российской Федерации с учетом возраста в 2005 – 2016 гг. (единиц)





Среди классов болезней, занимающих лидирующее место в качестве причин инвалидности населения в Российской Федерации, одно из ведущих мест занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной (БКМС). Эта патология характеризуется хроническим прогрессирующим течением, инвалидизирующими осложнениями и в связи с этим снижением качества жизни. В настоящее время наблюдается рост заболеваемости БКМС, что ассоциируется с демографическим старением населения. Помимо остеоартроза, к числу наиболее значимых патологий, обуславливающих инвалидность вследствие БКМС, относятся ревматоидный артрит и остеопороз.

Три класса болезней являются определяющими в формировании детской инвалидности: психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и врожденные аномалии. Ранговые места этих заболеваний изменились. Так, если в 2012-2013 гг. 1-е ранговое место по числу инвалидов занимали дети-инвалиды вследствие врожденных аномалий, 2-е ранговое место – вследствие психических



расстройств, 3-е место – вследствие болезней нервной системы, то в 2015-2017 гг. 1-е ранговое место занимали инвалиды вследствие психических расстройств, 2-е ранговое место – вследствие болезней нервной системы, 3-е место – вследствие врожденных аномалий. Число детей с психическими расстройствами постоянно увеличивается.

## **2. Получение статуса инвалида**

Согласно Конвенции ООН «О правах инвалидов», к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Сформулированное в Конвенции общее определение инвалидности полностью соответствует модели инвалидности из «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), исходит из биопсихосоциальной модели инвалидности и рассматривает взаимодействие между статусом здоровья и факторами контекста, в котором происходит функционирование человека.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) была принята Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) утверждена в 2007 г. и объединена с МКФ на совещании Functioning and Disability Reference Group, ВОЗ (Мадрид, июнь 2010г.), что было одобрено ВОЗ (Торонто, октябрь 2010 г.). МКФ и МКФ-ДП включены в Международную группу классификаций (Family of International Classifications) и вместе с МКБ являются основными в семействе международных классификаций ВОЗ.

Основным постулатом при определении инвалидности является установление нарушений здоровья, сопровождающихся физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые препятствуют взаимодействию инвалидов с окружающей средой и тем самым мешают их участию в жизни общества.

Для того, чтобы зафиксировать и формализовать эти нарушения в России, существует система медико-социальной экспертизы (МСЭ), которая находится в ведении Министерства труда и социальной защиты России и включает в себя Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, главные бюро медико-социальной экспертизы, находящиеся в ведении иных федеральных органов исполнительной власти.

Специалисты системы МСЭ проводят медико-социальную экспертизу обратившихся, используя показатели ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. И на этой основе устанавливается факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности, определяется степень утраты профессиональной трудоспособности. Итоговым документом работы МСЭ является индивидуальная программа реабилитации инвалида, в которой определяются виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Анализ деятельности системы МСЭ позволил выявить целый ряд проблем.

**Во-первых**, в условиях оптимизации (зачастую – сокращения) сети учреждений здравоохранения существует проблема доступности услуг МСЭ. Прежде всего, это длительность процесса оформления направления на медико-социальную экспертизу, обусловленная необходимостью проведения амбулаторных обследований и инструментальных исследований, консультаций смежных специалистов,

которые не могут обеспечить в полном объеме филиалы поликлиник, где обратившемуся выдается бланк направления на МСЭ.

Большинство инструментальных обследований проводится в диагностических центрах (головных поликлиниках). Пройти обследование и получить заключение врача конкретной специальности также возможно, как правило, только в этих же центрах в рамках ОМС или в негосударственных медицинских организациях. Получение необходимых услуг растягивается по времени из-за наличия очередности на прием.

**Во-вторых**, существующая в настоящее время кадровая структура учреждений МСЭ не соответствует целям и задачам медико-социальной экспертизы.

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 октября 2012 г. №310н "Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы", состав специалистов формируется из врачей по медико-социальной экспертизе, психологов, специалистов по реабилитации. Обязательным условием формирования состава бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) является наличие не менее 1 врача по медико-социальной экспертизе.

Фактически в настоящее время в состав типового бюро МСЭ входят три врача, в числе которых только один врач - специалист по «медико-социальной экспертизе». Тем самым экспертное заключение принимается, по сути, одним лицом, что не противоречит упомянутому выше приказу Минтруда России, но не отвечает требованию п.28 Правил признания лица инвалидом, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. №95. Согласно этому пункту, решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании инвалида принимается простым

большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу.

**В-третьих**, есть проблемы в использовании в отечественной практике Международной классификации функционирования (МКФ) при наличии сходства основных позиций.

К сходству позиций относится функционально-структурный подход как показатель оценки состояния организма человека и его функций, подход к оценке деятельности (социальной активности и участия в общественной жизни). Эти подходы реализуются и в отечественной практике при осуществлении МСЭ.

Однако приоритет МКФ заключается в том, что она предлагает для учета более широкий круг умственных функций и видов жизнедеятельности.

Выделение в МКФ особого вида активности и участия «общие задачи и требования» как способности человека выполнять различные виды деятельности является чрезвычайно прогрессивным, так как данный вид играет ведущую роль при оценке способности человека выполнять любую деятельность вообще.

Следует отметить, что попытка увязать процесс установления инвалидности с МКФ с принятием Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» оказалась не совсем удачной, так как в нем отсутствует классификация факторов среды. Кроме того, сама классификация нарушений функций приводится в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), а не по списку МКФ, то есть опять на первый план выступают заболевания, последствия травм и дефекты.

Вместе с тем, отдельные позиции действующих Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной

экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, в силу их неконкретности вызывают вопросы. Например, по оценке ограничений некоторых категорий жизнедеятельности в категориях «Самообслуживание», «Способность к самостоятельному передвижению»:

1 степень – способность к самообслуживанию при более длительном затрачивании времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств. Какие показатели характеризуют «длительность затрачивания времени»?

1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств. Тут тот же вопрос.

Множество вопросов возникает и по оценке способности к трудовой деятельности. Например, 2 степень ограничений – способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств. Вопрос: если профессиональная деятельность освидетельствуемого не вызывает необходимости в использовании вспомогательных технических средств реабилитации, но у него имеются нарушения функций организма 3 степени (выраженные), позволяющие продолжать профессиональную деятельность с предоставлением особого режима труда или работы например, в домашних условиях, то какая степень ограничения способности к трудовой деятельности должна быть установлена?

Согласно п.7 Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического

развития человека. При этом ссылка на нормативный (справочный) документ о возрастных биологических нормах для использования учреждениями МСЭ отсутствует.

Вопрос о том, насколько в принципе возможен полный переход к применению МКФ экспертными службами, остается открытым. МКФ – сложная для реализации в полном объеме классификация. С момента ее появления прошло более десяти лет, но даже не во всех странах с развитой системой статистики инвалидности службы, занимающиеся экспертизой, ее применяют.

Более того, практикующие врачи-специалисты по медико-социальной экспертизе имеют весьма поверхностное представление о МКФ, а тем более - о ее практическом применении. В основном в своей практической деятельности они руководствуются Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10), в соответствии с которой, в том числе, введена и количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека) что, на наш взгляд, значительно упрощает процедуру медико-социальной экспертизы и привязывает инвалидность непосредственно к диагнозу заболевания по МКБ-10.

**В-четвертых**, весьма сложна процедура обжалования в вышестоящих инстанциях экспертных решений бюро МСЭ. Повторная медико-социальная экспертиза в Главном бюро, в Федеральном бюро может длиться до трёх и более месяцев. Группа инвалидности устанавливается с даты поступления заявления гражданина в бюро МСЭ. Пенсия по инвалидности выплачивается с даты установления инвалидности. Однако при первичном назначении выплаты пенсий (пособий), как правило, производятся через 1-2 месяца после подачи гражданином заявления в отделение Пенсионного фонда России. В

результате человек с ограниченными возможностями, фактически являвшийся инвалидом уже по заключению врачебной комиссии, длительное время остается без средств к существованию. В таком положении оказываются лица, обжалующие решения о группе инвалидности, а также признававшиеся до первичного направления на медико-социальную экспертизу временно нетрудоспособными (больничный лист в период проведения медико-социальной экспертизы не оплачивается).

Сами поездки в Главное бюро, тем более в Федеральное бюро связаны с материальными затратами.

Порядок обжалования экспертных решений: бюро МСЭ – в Главное бюро по субъекту Федерации - в Федеральное бюро позволяет продлевать процедуру установления факта наличия инвалидности до 3-х и более месяцев, в течение которых лица с ограниченными возможностями зачастую не имеют средств к существованию.

**В-пятых**, в последние годы значительно увеличилась коррупционная составляющая в деятельности учреждений МСЭ. «Инвалидность стала доходным товаром, ее можно не дать тому, кому положено и продать тому, кто заплатит»<sup>12</sup>.

Приведем отдельные примеры только из практики 2018 года.

Привлечены к уголовной ответственности Руководитель Главного бюро по МСЭ по Ростовской области Минтруда России и его заместитель, а также ряд сотрудников филиалов Главного бюро. По данным следственных органов и ФСБ, за 7 лет ими выдано более 10 тысяч справок по инвалидности без оформления медико-экспертных документов не только жителям области, но и жителям других регионов.

19 декабря 2018 г. в г. Донской Ростовской области суд вынес приговор бывшему руководителю ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы Ростовской области» № 30 Борису Котову,

---

<sup>12</sup> <https://www.disability.ru/forum/index.php?id=31428>

обвиняемому в получении взяток и служебном подлоге. За совершение уголовных преступлений Котова осудили на 6 лет и 6 месяцев с отбыванием наказания в колонии общего режима. Это уже второе уголовное дело в отношении Котова. Следователи насчитали 56 взяток и 57 служебных подлогов. По данным региональной прокуратуры, Котов с 2013 по 2017 год получил взятки на общую сумму 3,25 млн рублей. По версии следствия, Котов организовал сеть посредников, которые искали желающих за 40-100 тысяч рублей получить справку о второй группе инвалидности бессрочно. При этом им не надо было проходить медико-социальную экспертизу. Всего было выдано более 15 тысяч справок. Лжеинвалидность позволила получать страховые пенсии, социальные выплаты и другие льготы.

В октябре 2018 года Красногвардейский районный суд Санкт-Петербурга признал виновными во взяточничестве и служебном подлоге восемь экспертов, а также трех пособников и посредников, «находивших» псевдоинвалидов. Как следует из материалов дела, обвиняемые находили граждан, желающих получить инвалидность, но не имеющих к тому медицинских оснований, и за деньги оформляли им II группу без проведения медико-социальной экспертизы. «Врачи изготавливали поддельные направления на МСЭ, заполняли бланки индивидуальной программы реабилитации. Сотрудники филиалов бюро МСЭ оформляли необходимые документы для получения пенсии и льгот. Подложные инвалидности были оформлены для 15 человек. Суммы взяток составляли от 45 до 50 тысяч рублей», – говорится в приговоре.

В 2018 году в Республике Дагестан возбуждено уголовное дело в отношении руководителя Главного Бюро МСЭ по Республике Дагестан. В ходе следствия у главного фигуранта уголовного дела о «липовых» инвалидах в Дагестане обнаружили имущества на миллиарды рублей, коттеджи в России и за границей, клиника в Германии, дорогие автомобили. По данным Следственного комитета по региону, созданная



им преступная группа зарабатывала на установлении инвалидности за взятки здоровым гражданам. В структуре преступного сообщества созданы устойчивые группы из числа бюро-филиалов Главного бюро, расположенных в городах и районах с назначением в них старших групп в лице руководителей соответствующих бюро, врачей-экспертов, медсестер и работников медицинских организаций Республики Дагестан. Следствием установлено, что только в 2017 году члены преступного сообщества незаконно признали инвалидами более 300 жителей Дагестана. Ущерб, нанесенный их действиями составил около 24 млн. рублей.

Получили огласку факты установления инвалидности за взятки в филиалах Главного бюро по Республике Татарстан, в Главных бюро по МСЭ по Вологодской области, Волгоградской области, Пермскому краю, Московской области и др.

Основная причина расцвета коррупции – недостаточный контроль за деятельностью учреждений МСЭ в сочетании с произвольностью, размытостью нормативной базы установления инвалидности, на чем в докладе обращено внимание ранее. Кроме того, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» содержит целый ряд статей по вопросам контроля качества предоставления услуги по медико-социальной экспертизе, но нет ни одной статьи о контроле полноты и обоснованности экспертного решения об установлении (не установлении) группы инвалидности.

Все перечисленные выше недостатки работы системы МСЭ настолько очевидны, что на них совсем недавно обратили внимание в Правительстве России. 16 мая 2019 года было подписано Постановление Правительства №607 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом»<sup>13</sup>.

---

13

<http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=324815&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.2526672426034159#0679614156303039>

Постановление меняет порядок подачи гражданином заявления по проведению медико-социальной экспертизы. Теперь гражданин будет направляться на медико-социальную экспертизу с его письменного согласия. Такое согласие будет браться у гражданина сразу в медицинской организации. При этом направление на медико-социальную экспертизу с этим согласием, как и ранее, будет передаваться медицинской организацией в бюро МСЭ. Полученного направления будет достаточно для проведения медико-социальной экспертизы. Дополнительного заявления о ее проведении от гражданина не потребуется.

Такие меры, как считают в Минтруде России<sup>14</sup>, позволят сократить сроки установления инвалидности, поскольку для начала освидетельствования не нужно будет ждать обращения гражданина в бюро МСЭ для подачи им заявления, и бюро МСЭ без участия гражданина сможет оперативно получить у медицинской организации дополнительные сведения о состоянии здоровья гражданина.

В постановлении Правительства прописана возможность самостоятельного обращения человека в бюро МСЭ без направления от медицинской организации в тех случаях, когда цели МСЭ не требуют дополнительного освидетельствования, например, изменение программы реабилитации в части уточнения характеристик, ранее рекомендованных технических средств реабилитации (ТСР) или внесения в программу ТСР за счет материнского капитала, если прошло меньше года от освидетельствования, изменения персональных данных, выдача копии акта протокола, дубликата справки и др.

Кроме того, с 1 октября 2019 года предусматривается возможность для граждан через Единый портал государственных и муниципальных услуг направлять запрос в электронном виде на получение копий акта медико-социальной экспертизы, протокола проведения медико-

---

<sup>14</sup> <https://dislife.ru/materials/2337>

социальной экспертизы, а также подачи заявлений на обжалование решений первичных бюро и главных бюро.

Однако, несмотря на облегчение процедуры получения инвалидности, данное постановление не решает главную проблему: институциональную слабость системы медико-социальной экспертизы.

### **3. Быть инвалидом**

Получение статуса инвалида связано с предоставлением этому человеку комплекса услуг по реабилитации и абилитации. В их числе:

- медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и

услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета.

Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации.

Конкретным инструментом реализации этих прав является «индивидуальная программа реабилитации» (ИПР) или «индивидуальная программа реабилитации и абилитации» (ИПРА).

ИПР (ИПРА) является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

В то же время ИПР (ИПРА) имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Отказ инвалида от выполнения ИПРА не влечет ограничений на получение гарантированных государством пенсий по инвалидности, социальных выплат, предусмотренных федеральным законодательством, размер которых зависит от группы инвалидности, льгот и преимуществ, установленных федеральным законодательством, а также законодательством субъектов Российской Федерации.

Однако в большинстве учреждений МСЭ экспертно-реабилитационная диагностика для определения нуждаемости освидетельствуемого лица в мерах медицинской, социальной и профессиональной реабилитации осуществляется врачами учреждений МСЭ, не имеющими необходимой профессиональной подготовки, не являющимися специалистами по реабилитации (медицинской, социальной и профессиональной). Разработка и формирование ИПР (ИПРА) носят формальный характер. Например, в раздел «Медицинская

реабилитация» вносятся рекомендации медицинской организации, направившей пациента на медико-социальную экспертизу.

Серьезной проблемой является отсутствие в структуре органов исполнительной власти организации, ответственной за координацию деятельности всех участников реабилитационного процесса.

В новом Порядке разработки и реализации ИПР (ИПРА) инвалида<sup>15</sup> Минтруд России попытался восполнить пробел в части взаимодействия между инвалидом и исполнителем отдельных разделов ИПР (ИПРА), указанным в ней. В соответствии с новым Порядком инвалид для реализации определенного раздела или графы ИПР (ИПРА) должен обратиться с заявлением о проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПР (ИПРА), к исполнителю, указанному в них.

Теперь в трехдневный срок с даты поступления заявления гражданина исполнитель ИПР (ИПРА) совместно с органами местного самоуправления, организациями, осуществляющими мероприятия по реабилитации или абилитации, организуют работу по реализации мероприятий ИПР (ИПРА). На этом регулирование взаимодействия инвалида и исполнителя заканчивается.

Если ранее сам инвалид представлял ИПР (ИПРА) в медицинскую организацию, в которой наблюдался и получал лечебно-профилактическую помощь, и которая уже разработала ему программу медицинской реабилитации, внесла соответствующие рекомендации в Направление на МСЭ, то теперь остается непонятной цель направления ИПР (ИПРА) в органы исполнительной власти в области здравоохранения для организации исполнения. Тем более, что форма бланка ИПР (ИПРА) не содержит данных о диагнозе заболевания, а реальный исполнитель мероприятий в лице медицинской организации,

---

<sup>15</sup> Приказ Минтруда России от 13 июня 2017г. №486н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, индивидуальной программ реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и их форм».

направившей гражданина на медико-социальную экспертизу, уже имеется.

Новый Порядок предлагает новшество – заключение соглашения между бюро МСЭ и исполнителями ИПР (ИПРА) (это уполномоченные органы власти и организации) об особенностях межведомственного взаимодействия при направлении бюро МСЭ выписки из ИПР (ИПРА) инвалида. Разработчики документа позаботились об организационных проблемах бюро МСЭ, но не подумали о проблемах инвалида при реализации ИПР (ИПРА).

Остается открытым вопрос о целесообразности обращения инвалида ко всем исполнителям ИПР (ИПРА) по отдельности; вызывает недоумение отсутствие норм об органе, который должен координировать деятельность исполнителей по реализации ИПР (ИПРА), содействовать инвалиду в ее реализации.

Принимая во внимание высокую степень формальности ИПР (ИПРА) (в основном в ней указывается нуждаемость или ее отсутствие в отдельных видах мероприятий – без указания конкретных мероприятий и их особенностей), по-прежнему непонятно, как должны рассматриваться спорные вопросы о перечне конкретных реабилитационных мероприятий, их объеме, особенностях, исполнителях – реабилитационных организациях.

В ИПР (ИПРА) появились рекомендации по предоставляемому жилью и оборудованию жилых помещений, занимаемых инвалидом. Они могут касаться удаленности жилья от медицинских организаций, переселения с верхних этажей на нижние или поближе к месту проживания родных и близких. Рекомендации об оборудовании жилых помещений ограничиваются только указанием на нуждаемость в оборудовании, конкретизировать оборудование не предполагается.

Сокращен раздел, посвященный физкультурно-оздоровительным мероприятиям, мероприятиям по занятию спортом. Если раньше в ИПР (ИПРА) указывалась нуждаемость в таких мероприятиях, то теперь

указывается нуждаемость только в информировании и консультировании по вопросам адаптивной физкультуры и спорта. Тем самым исполнителю достаточно сообщить инвалиду, что в населенном пункте отсутствует адаптивная физкультура и спорт, подходящие для него, – и ИПР (ИПРА) будет исполнена.

В Российской Федерации, в сравнении с ведущими мировыми странами, очень короткие сроки между переосвидетельствованиями на подтверждение факта инвалидности, и, соответственно, степеней ограничения способности к трудовой деятельности (сейчас эти сроки составляют один-два года в зависимости от группы инвалидности). Такие небольшие сроки, вкупе с длительностью процесса и необходимостью получить заключения большого количества медиков, делают очередные переосвидетельствования для получения пособия одними из самых трудных процедур в мире.

Кроме того, ежегодно снижаются показатели медицинской реабилитации, составляющей основу комплексной реабилитации инвалидов: показатель полного восстановления функций за три года снизился с 7,2% до 2,8%, полной компенсация утраченных функций и частичная компенсация утраченных функций - соответственно с 9,8% до 3,9% и с 50,8 % до 24,3%.

Отмечается позитивный тренд по позициям достижения производственной адаптации, способности к самообслуживанию частично, восстановлению (сформированы) навыков бытовой деятельности частично и восстановлению (сформирован) социально – средового статуса частично. В то же время неудовлетворительно обстоит ситуация с обеспечением профессиональной реабилитации, трудовой занятости инвалидов (см. табл. 1)<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Приказ от 6 октября 2015 года N 460 Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы, форма 7-собес раздел 3.1.1. Заключение о выполнении ИПР (ИПРА) при переосвидетельствовании, сводные данные по РФ – ФБ МСЭ

Табл. 1

Результаты выполнения ИПР (ИПРА) инвалида, за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в Российской Федерации

Заключение о выполнении ИПР (ИПРА) при переосвидетельствовании	Всего	%	Всего	%	Всего	%
	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
Выдано заключений о выполнении ИПР/ ИПРА инвалида при переосвидетельствовании, в том числе:	1371346		1340166		1332273	
Положительные результаты реабилитации: из них:	618510	45,1	671453	50,1	645361	48,4
- достигнута полная компенсация утраченных функций	60732	9,8	64533	4,8	52679	3,95
- достигнута частичная компенсация утраченных функций	313926	50,8	335697	25	324102	24,3
- восстановлены нарушенные функции полностью	44478	7,2	44692	3,3	36794	2,8
- восстановлены нарушенные функции частично	177057	28,6	247292	18,4	239354	18
- получена профессия (новая специальность), в том числе новая	5061	0,8	3976	0,3	3344	0,25
- повышена квалификация	1770	0,3	528	0,04	560	0,04
- повышен уровень общего (профессионального) образования	13103	2,1	10995	0,82	10571	0,79
- подобрано подходящее рабочее место	54825	8,9	29775	2,2	24424	1,8
- создано специальное рабочее место для трудоустройства	7439	1,2	3902	0,29	2996	0,2



- обеспечена занятость /созданы условия для трудовой деятельности	57225	9,3	62018	4,6	29229	2,2
- достигнута производственная адаптация			44345	3,3	104346	7,8
- достигнута способность к самообслуживанию частично	235145	15,0	301113	22,5	328858	24,7
- достигнута способность к самообслуживанию полностью	93021	38,0	103060	7,69	93862	7
- достигнута возможность самостоятельного проживания	223745	16,3				
- восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности частично)			268292	20	279784	21
- восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности полностью			93121	6,9	88938	6,7
- обеспечена интеграция в семью и общество	319916	23,3				
- восстановлен (сформирован) социально – средовой статус частично			363356	27,1	390421	29,3
- восстановлены (сформированы) социально–средовой статус полностью			89266	6,7	80403	6

Наиболее реализуемыми являются медицинская реабилитация, обучение детей-инвалидов и обеспечение техническими средствами реабилитации, в меньшей степени – социальная и профессиональная реабилитация. Однако говорить об эффективности медицинской реабилитации инвалидов не приходится.

По данным Росстата<sup>17</sup>, случаи необращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи составляют 40,9 %. Инвалиды, нуждающиеся в медицинской помощи, не обращались за ней из-за невозможности добраться до медорганизации без посторонней помощи, плохого транспортного обслуживания, отсутствия возможности на получения необходимой медицинской помощи, предоставляемой только на платной основе. Более 40% из числа опрошенных инвалидов предпочитают лечиться самостоятельно.

Одна из причин «самостоятельного лечения» – предоставленное инвалидам право в рамках реализации законодательства о монетизации льгот получения соответствующих денежных выплат при отказе от получения лекарственных средств, санаторно-курортного лечения на бесплатной основе.

Вопрос профессиональной реабилитации крайне актуален в контингенте инвалидов всех возрастов, в том числе и инвалидов пожилого возраста, среди которых потенциально активные («трудонаправленные») лица могут продолжать трудовую деятельность, что улучшит их инклюзию и социальную адаптацию. Это многочисленный пожилой контингент граждан, обладающих различной степенью способности к самообслуживанию, возможностями к адаптации и компенсации нарушенных функций, к овладению новыми или к восстановлению прежних навыков.

Согласно данным таблицы 2, в период с 2013 г. по 2018 г. отмечено снижение численности работающих инвалидов в 1.4 раза, в том числе инвалидов второй группы – в 1,6 раза, на 310 тыс. уменьшилось число работающих инвалидов третьей группы<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/)

<sup>18</sup> [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/)

**СВЕДЕНИЯ О РАБОТАЮЩИХ ИНВАЛИДАХ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В СИСТЕМЕ  
ПЕНСИОННОГО ФОНДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(по состоянию на 1 января 2018 года)

	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г. <sup>1)</sup>	2016г.	2017г. <sup>2)</sup>	2018г. <sup>3)</sup>
<b>Всего работающих инвалидов</b>	<b>2195</b>	<b>2276</b>	<b>2344</b>	<b>2407</b>	<b>2473</b>	<b>2543</b>	<b>2012</b>	<b>1644</b>
в том числе:	92	93	87	82	82	82	69	49
I группы								
из них инвалиды с детства	3	3	3	3	3	3	6	7
II группы	887	898	906	913	923	939	704	557
из них инвалиды с детства	22	23	23	23	23	24	49	58
III группы	1209	1280	1348	1409	1466	1520	1235	1038
из них инвалиды с детства	38	46	52	58	69	83	110	139
Доля работающих инвалидов в общей численности инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда Российской Федерации <sup>4)</sup>	17,1	17,7	18,4	19,1	19,8	20,5	16,9	14,3

1) Данные приведены без учета Крымского федерального округа.

2) Снижение численности работающих инвалидов по сравнению с 1 января 2016 года обусловлено вступлением в силу Федерального закона от 29.12.2015 года № 385-ФЗ «О приостановлении действия отдельных положений законодательных актов Российской Федерации, внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и особенностях увеличения страховой пенсии, фиксированной выплаты к страховой пенсии и социальных пенсий», предусматривающих неиндексацию пенсий работающим пенсионерам.

3) Приведены данные из федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов». Учитываются только инвалиды старше 18 лет и проработавшие не менее 4-х месяцев в году. Снижение численности работающих инвалидов по сравнению с 1 января 2017 года обусловлено главным образом изменением методологии расчета данного показателя (в прошлом периоде учитывались не только инвалиды старше 18 лет, но и дети-инвалиды возраста от 16 до 18 лет, проработавшие не менее месяца, значение данного показателя, рассчитанного по предыдущей методологии, действовавшей до 1 января 2018 г. составило бы 15,6%).

4) Определяется делением работающих инвалидов на общую численность инвалидов.

Нередко инвалиды отказываются от выполнения рекомендаций по профессиональной реабилитации, поскольку реализация ведет за собой ухудшение их материального положения.

В большей степени это относится к инвалидам третьей группы, которым рекомендована работа по профессии (специальности) с сокращением объема выработки или сокращением продолжительности рабочего дня. В первом случае такие рекомендации не устраивают работодателя, если производственная деятельность связана с нормированием труда, поскольку уменьшение нормы выработки для одного работника влечет необходимость повышения нормы выработки для другого работника.

Само по себе сокращение продолжительности рабочего дня или недели в целом устраивает инвалида. Однако как в первом, так и во втором случае оплата труда инвалида осуществляется за фактически выполненную норму или фактически отработанное время и влечет уменьшение размера пенсионных выплат, если инвалид продолжает работать.

Как уже отмечалось, в соответствии с Трудовым кодексом РФ, работодатель не обязан предоставить инвалиду соответствующие условия труда. ИПРА является обязательной для исполнения работодателем (ст.224), но одновременно п. 8 ч. 1 ст. 77 позволяет уволить инвалида при отсутствии подходящей работы. Поэтому инвалиду зачастую предлагаются работы, от выполнения которых он

вынужден отказаться, что дает работодателю право уволить инвалида. Между тем при получении от государства тех или иных компенсаций, работодатель мог бы быть заинтересован в том, чтобы его работник, признанный инвалидом, продолжал работу по профессии.

Как видим, Трудовой кодекс РФ позволяет работодателю на законных основаниях уволить инвалида. Это является основным мотивом отказа инвалидов от выполнения ИПР (ИПРА) в части трудовых рекомендаций.

Трудовой Кодекс декларирует запрет дискриминации в сфере труда для всех граждан, в том числе независимо от социального положения. Но механизмы определения данного нарушения в Законе не обозначены. Хотя Кодекс об административных правонарушениях предусматривает меры административной ответственности работодателей за нарушение прав инвалидов, в области трудоустройства и занятости четких механизмов реализации данных положений в Законе не прописано.

В целом необходимо отметить, что динамика эффективности реабилитации инвалидов (за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) характеризуется тенденцией снижения удельного веса инвалидов с положительными результатами реабилитации.

Специфика современного российского рынка предоставления реабилитационных услуг заключается в том, что инфраструктура рынка развита недостаточно, ассортимент услуг (по сравнению с мировым рынком) ограничен, финансирование осуществляется преимущественно из федерального бюджета.

Таким образом, наблюдаемая ситуация противоречит положениям документов ООН в отношении обеспечения равных возможностей для инвалидов.

Так, в частности, в современных условиях Российской Федерации пособий, связанных не с компенсацией утраченного заработка, а со

специфическими расходами, возникающими по причине инвалидности, нет (если не считать региональных выплат, как в городе Москве, по-прежнему зависящих от группы инвалидности). Все выплаты денежных пособий (которые сейчас состоят из базового размера социальной или трудовой пенсии по инвалидности и компенсационных выплат за утраченные льготы) привязаны к группе инвалидности.

Критерий способности к трудовой деятельности не учитывает потребности человека, например, в самообслуживании и услугах по компенсации ограничений в возможностях самостоятельного передвижения (для этого существуют свои специальные критерии). Следовательно, российское пособие не может называться и являться пособием по компенсации специфических расходов, связанных с инвалидностью.

Сам по себе такой подход, согласно которому тот, кто зарабатывает деньги, получает меньше от государства, имеет право на существование. Во многих странах это практикуется (см. следующий раздел данного доклада).

Но в России сейчас получается, что такое уменьшение помощи от государства происходит уже заранее, независимо от того, трудоустроен инвалид или нет.

Подобный подход противоречит Стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов Организации Объединённых Наций<sup>19</sup>. В соответствии с правилом 8 (Поддержание доходов и социальное обеспечение), государства несут ответственность за предоставление социального обеспечения инвалидам и поддержание их доходов.

Государствам следует также обеспечить поддержание надлежащих доходов инвалидов, которые в силу нетрудоспособности или по причинам, связанным с нетрудоспособностью, временно утратили возможность зарабатывать средства к существованию, или

---

<sup>19</sup> <https://undocs.org/ru/A/RES/48/96>

заработок которых уменьшился или которые не имеют возможности найти работу. Государствам следует обеспечить, чтобы при оказании помощи во внимание принимались издержки, которые часто несут инвалиды и их семьи в результате инвалидности.

Программы социального обеспечения должны, в соответствии с этим правилом, также стимулировать усилия самих инвалидов, направленные на поиск работы, которая приносила бы доход или восстанавливала их доходы. Материальную помощь инвалидам следует оказывать до тех пор, пока сохраняется состояние инвалидности, причем таким образом, чтобы инвалиды стремились найти работу.

Такую помощь следует сокращать или прекращать только после того, как инвалид начинает получать адекватный и гарантированный доход. Таким образом, в соответствии со Стандартными Правилами, должен практиковаться более справедливый подход, направленный на действительную интеграцию инвалидов в общество и создание материальной независимости инвалидов (подобные цели реабилитации провозглашены и в ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Инвалиды получают действительное право выбора, действительную свободу труда - инвалиды сами решают, получать ли им помощь от государства по максимуму либо попытаться заработать себе самим на жизнь. Таким образом, реализуется как первый компонент права на труд – получение возможности зарабатывать себе на жизнь своим трудом, так и второй его компонент - свободно выбирать труд или свободно на него соглашаться, то есть, в том числе, и не работать.

Другой, не менее важной составляющей системы обеспечения дохода граждан с инвалидностью является возможность продолжения (или начала) трудовой деятельности.

В России трудоустроиться инвалиду, даже с первой и второй степенями ограничения способности к трудовой деятельности или без ограничения таковой, очень сложно, если не невозможно.

Во многих странах существует прямая зависимость между размером государственных социальных выплат инвалиду и степенью потери его трудоспособности, то есть возможности получать доход.

В тех странах, где размер государственных социальных выплат зависит от степени потери способности к трудовой деятельности, людям с инвалидностью через определённые законодательные акты и специальные государственные программы гарантирована трудовая занятость. Даже если человек потерял  $2/3$  трудоспособности, то он сможет работать на  $1/3$  своих возможностей, и, соответственно, его экономическое положение не ухудшится.

А в условиях современной России, где практически полностью отсутствуют возможности частичной занятости и гибкого графика работы, инвалид с потерей даже  $1/3$  трудоспособности оказывается не нужным ни одному работодателю, то есть практически становится 100% нетрудоспособным.

Требуется «облегчение» процедуры очередных переосвидетельствований на инвалидность, ведь если инвалид работает или учится (что является одной из целей реабилитации), то потратить практически целый месяц на прохождение медицинской комиссии и оформление необходимых справок будет для него крайне проблематично; требуется также пересмотр критериев, на основании которых начисляется размер государственных социальных выплат людям с инвалидностью. В нынешнем виде они не устраивают подавляющее большинство инвалидов и не могут соответствовать целям государства по стимулированию людей с инвалидностью к трудовой деятельности. Действующая в Российской Федерации система определения размера государственных социальных выплат инвалидам, помимо всего прочего, экономически невыгодна государству.

Большое количество людей пожилого возраста, независимо от имеющейся группы инвалидности, не заняты трудовой деятельностью, (так как в соответствии с действующим российским законодательством



они уже миновали трудоспособный возраст, и государственная служба занятости населения не занимается их трудоустройством).

Возможно, и в Российской Федерации следует ввести систему двухуровневых государственных социальных выплат, где первый уровень подразумевает постоянное государственное пособие по инвалидности, определяемое на основе группы инвалидности или совокупности специальных критериев (например, способности к самообслуживанию и свободному передвижению), а второй - пенсию в связи с полной или частичной потерей трудоспособности.

Одним из современных и справедливых порядков определения размера государственных социальных выплат является система учёта реального дохода инвалида. То есть, фактическое уменьшение государственной финансовой поддержки происходит только по достижении инвалидом определённого уровня постоянного дохода. Введение подобной системы в Российской Федерации позволит гарантировать людям с инвалидностью, что при любой ситуации их финансовое положение не ухудшится.

Если государство создаст необходимую законодательную базу и будет реализовывать эффективные программы по трудоустройству инвалидов, то только тогда возникнут основания для снижения размера государственных социальных выплат людям с инвалидностью.

Необходимо конкретизировать критерии оценки ограничений способности как категории жизнедеятельности, использовать практику и опыт зарубежных стран (см. специальную главу данного доклада).

Серьёзной проблемой является также нарушение интеграции инвалидов в социуме. Зачастую люди с ограниченными возможностями являются дезадаптированными, дети с инвалидностью страдают от недостаточности социализации. Причины этой проблемы кроются в недостаточности приспособленности окружающей среды для комфортного проживания и функционирования людей с разными степенями инвалидности. Люди с инвалидностью зачастую просто не

могут самостоятельно выйти из дома, добраться до поликлиники, магазина. Не способствуют решению этой проблемы и заключения МСЭ в ИПР (ИПРА) о нуждаемости в мерах социальной защиты, поскольку выносятся формально, без учета барьеров в окружающей среде лица с ограничениями жизнедеятельности и ограничиваются записью о нуждаемости в социокультурной интеграции.

Таким образом, положение инвалидов в современной России характеризуется наличием множества проблем материально-финансового, психологического, медицинского и бытового характера, в социальных отношениях доминирует практика социального исключения, ограничивающая доступ инвалидов к ресурсам и жизненным шансам.

#### **4. Система МСЭ: дублирование функций и общая неэффективность**

1. С начала 90-х годов традиционные принципы государственной политики, направленной на решение проблем инвалидности и инвалидов, в связи со сложной социально-экономической ситуацией в стране утратили свою эффективность. В условиях рыночной перестройки содержания и структуры экономических отношений встала проблема обоснования новых принципов и подходов государственной политики в отношении инвалидов. Предполагалось также, что служба медико-социальной экспертизы в своей деятельности, помимо факта установления инвалидности, будет оказывать лицам с ограниченными возможностями содействие в максимальной интеграции в общество с имеющимися у них заболеваниями и дефектами. Однако, как показала практика, этот эксперимент не достиг желаемого результата. На следующем этапе была предпринята попытка перейти с Международной номенклатуры нарушений на Международную классификацию функционирования, которая, в свою очередь, также не дала должного эффекта.

2. Создание в стране трехуровневой структура Федеральной государственной службы медико-социальной экспертизы с дублированием функций по проведению медико-социальной экспертизы на каждой ступени (бюро, главное бюро) не привело к повышению роли медико-социальной экспертизы в решении проблем по реабилитации и социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями, использованию реабилитационного потенциала для включения в трудовую и общественную деятельность.

3. Анализ законодательных и нормативных правовых документов свидетельствует о том, что существующая в стране система медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в настоящее время нуждается в радикальном реформировании.

4. Практикующие врачи-специалисты по медико-социальной экспертизе не владеют знанием МКФ и умением ее практически применять. В своей практической деятельности они руководствуются Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

5. Детальный анализ функций, возложенных на учреждения МСЭ, свидетельствует о том, что большинство из них дублирует функции организаций, выполняющих их по роду деятельности и полномочиям в соответствующей сфере деятельности. В частности:

а) Проводит медико-социальную экспертизу граждан на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Эту же функцию выполняет врачебная комиссия (ВК) медицинской организации при направлении гражданина на медико-социальную экспертизу - оценивает степень ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, определяет клинический, реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал.

б) Разрабатывают индивидуальные программы реабилитации инвалидов, в том числе определяют виды, формы, сроки и объемы мероприятий.

Эти же функции в значительно большем размере выполняет специалист по медицинской реабилитации, чем все специалисты бюро МСЭ вместе взятые<sup>20</sup>.

На практике происходит переписывание в Протоколы и Акты МСЭ заключений врачебных комиссий (ВК) медицинской организации мероприятий по реабилитации из направления на МСЭ в индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида), то есть чисто механическая работа.

в) Устанавливает факт наличия инвалидности, группу, причины, срок и время наступления инвалидности.

С этой функцией не менее успешно и более профессионально могут справиться члены ВК при включении в состав ВК врача по медико-социальной экспертизе и врача, наблюдающего пациента на протяжении длительного периода лечения.

г) Определяет степень утраты профессиональной трудоспособности (в процентах).

Эта функция может быть выполнена специалистами ВК медицинской организации.

д) Определяет нуждаемость пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и разрабатывает программы реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваниях.

Эта функция полностью относится также к компетенции ВК медицинской организации. При заполнении программы реабилитации пострадавшего специалисты бюро МСЭ выполняют работу по переносу

---

<sup>20</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 сентября 2018 г. № 572н "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по медицинской реабилитации" Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 сентября 2018 г.

заключения ВК в соответствующие рубрики Программы реабилитации пострадавшего от несчастного случая на производстве или профессионального заболевания.

е) Определяет причины смерти инвалида в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф.

Эта функция в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 21.04.2005 г. №289 (в редакции от 11.04.2011 г.) «Об утверждении положения о межведомственном экспертном Совете по установлению причин связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан, подвергшихся воздействию радиационных факторов» является компетенцией межведомственных экспертных Советов.

ё) Определяет причины смерти инвалида в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы.

Эта функция в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе входит в компетенцию военно-врачебной экспертизы.

ж) Формирует банк данных о гражданах, проживающих на обслуживаемой территории, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществляют государственное статистическое наблюдение за демографическим составом инвалидов, проживающих на обслуживаемой территории.

Показатель инвалидности характеризует состояние здоровья населения и входит в статистику заболеваемости, которая представляется в Росстат на основе банка данных, имеющегося в медицинских организациях, которые также и обязаны направлять сведения в Пенсионный Фонд России.

з) Участвует в разработке программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов.

В настоящее время программами медицинской реабилитации больных, в том числе и инвалидов, их разработкой, реализацией,

занимаются медицинские работники, в частности, специалисты по медицинской реабилитации, которые и продолжают работу в этом направлении с учетом новых достижений медицинской науки.

В то же время, врачи медико-социальной экспертизы в настоящее время не всегда владеют современными методами лечения и реабилитации, так как эти направления достаточно быстро развиваются.

и) Определяет нуждаемость по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, сестры, бабушки, дедушки или усыновителя граждан, призываемых на военную службу (военнослужащих, проходящих службу по контракту).

Как правило, это больные с выраженными или значительно выраженными нарушениями функций организма. До возложения этой функции на учреждения МСЭ, нуждаемость пациентов в посторонней помощи определяла клиничко-экспертная комиссия (КЭК) лечебно-профилактического учреждения, под наблюдением которого находился больной. Возложение этой функции на учреждения МСЭ иначе чем ненужной волокитой назвать нельзя, особенно в отношении лиц, имеющих инвалидность бессрочно. Им приходится оформлять направление на медико-социальную экспертизу и проходить новое освидетельствование в бюро МСЭ.

6. Классификации и критерии установления инвалидности и оценки ограничений жизнедеятельности не в полной мере соответствуют международным подходам к установлению инвалидности с использованием МКФ.

7. Кадровое обеспечение учреждений МСЭ не позволяет в полной мере и качественно обеспечить выполнение целей и задач медико-социальной экспертизы. Постановка клинического диагноза – это сложный и достаточно длительный процесс, требующий специальных познаний в той или иной области медицины. Устанавливается медицинский диагноз лечащим врачом, имеющим сертификат

специалиста, работающим в медицинской организации, которая имеет лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

Врачи по медико-социальной экспертизе не имеют сертификатов специалистов по другим врачебным специальностям, следовательно, они не имеют правовых оснований установления диагноза.

8. Профессионально-трудовая экспертно-реабилитационная диагностика осуществляются при проведении МСЭ также врачами бюро, не имеющими необходимой профессиональной подготовки по данным направлениям экспертной работы. Это не отвечает «Стандартам МСЭ», согласно которым (п. 44) каждый специалист учреждения МСЭ должен иметь профессиональную подготовку и соответствовать квалификационным требованиям, установленным для данной профессии.

При отсутствии необходимых специалистов в бюро МСЭ обеспечить качество реабилитационной экспертной диагностики, результаты которой служат основанием для принятия решения о группе инвалидности, выраженности нарушенных функций организма, видов и степени ограничений основных категорий жизнедеятельности, нуждаемости в конкретных видах и объемах реабилитации, от чего зависят меры социальной поддержки каждого инвалида, обеспечивающие ему условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, невозможно.

9. Записи специалистов в рубриках ИПР (ИПРА) носят формальный характер (в основном в ней указывается нуждаемость или ее отсутствие в отдельных видах мероприятий – без указания конкретных мероприятий и их особенностей), по-прежнему непонятно, как должны рассматриваться спорные вопросы о перечне конкретных реабилитационных мероприятий, их объеме, особенностях,

исполнителях – реабилитационных организациях. Рекомендации о профессиональной реабилитации имеют формальный характер.

10. Право инвалида ежегодно менять первичную медицинскую организацию для получения медицинских услуг полностью исключает основной принцип реабилитационного процесса – последовательность, комплексность и непрерывность.

11. В условиях оптимизации здравоохранения существует целый ряд проблем для больных и инвалидов, связанных со структурными преобразованиями медицинских организаций: создание поликлиник, объединяющих несколько поликлиник – филиалов. Прежде всего, это длительность процесса оформления направления на медико-социальную экспертизу, обусловленная необходимостью проведения амбулаторных обследований и инструментальных исследований, консультаций смежных специалистов, которые не могут обеспечить в полном объеме филиалы поликлиник, где больному выдается бланк Направления на МСЭ.

12. В соответствии с новым порядком ИПР (ИПРА) разбивается на 8 так называемых «Выписок», которые рассылаются в учреждения различной ведомственной принадлежности. В связи с этим на практике трудно себе представить четкое взаимодействие всех участников реабилитационного процесса в реализации реабилитационных мероприятий в отношении конкретного инвалида. В этой ситуации нарушается основной принцип реабилитационного процесса – последовательность, комплексность и непрерывность. Кроме того, существенной проблемой является отсутствие в структуре органов исполнительной власти организации, ответственной за координацию деятельности всех участников реабилитационного процесса, который должен содействовать инвалиду в реализации ИПР (ИПРА).

13. Условия установления статуса «инвалида» (наличие прав и отсутствие обязанностей) служат основным «мотивом» для отказа инвалида на выполнение рекомендаций по реабилитации, главным



образом в части профессиональной реабилитации, создает иждивенческое настроение, нежелание активно участвовать в общественной жизни даже при наличии положительного реабилитационного потенциала.

14. Отсутствует преемственность в деятельности учреждений МСЭ и медицинских организаций, как это было в период работы Врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК). В условиях оптимизации системы здравоохранения связи учреждений МСЭ с лечебно-профилактическими учреждениями утрачены, в частности, по вопросам реализации программ медицинской реабилитации инвалидов.

15. В целом можно отметить, что результаты деятельности системы МСЭ не привели к существенному влиянию на изменение показателей полной и частичной реабилитации инвалидов.

Бюро медико-социальной экспертизы превратилось в бюро по выписке различных справок, заполнению унифицированных форм актов и протоколов. Деятельность федеральной службы МСЭ регулируется множеством нормативных документов, составляющих в печатном издании не один том, как результат нормотворческой деятельности Минтруда России.

По сути, на сегодняшний день, бюро МСЭ - это сложный бюрократический аппарат, направленный на создание различных препятствий и проблем для незащищенных, уязвимых слоев населения. Ежегодно на нужды федеральной государственной службы медико-социальной экспертизы из федерального бюджета выделяется около 20 млрд. рублей, т.е. на одно освидетельствование, которое с учетом бумажной волокиты занимает не более 30 минут, выделяется около 7 тыс. рублей (средняя стоимость МРТ исследования в негосударственной медицинской организации).

В учреждениях МСЭ России работают тысячи врачей-специалистов узкого профиля, оторванных от лечебной практики, в то

время как многие медицинские организации, прежде всего первичного звена, испытывают в них недостаток.

## **5. Лучшие мировые практики**

Европейская платформа реабилитации лиц с ограниченными возможностями значительно отличается от условий и оснований для проведения реабилитации и предоставления мер социальной помощи в Российской Федерации.

Существует множество разных форм и видов инвалидности и пособий, существуют разные термины для описания разных явлений. Лишь в нескольких странах принят стандартный термин для общего, комплексного обозначения инвалидности, например, в Германии, Испании, Италии и Португалии. Более того, существует комплексное описание инвалидности в контексте законодательных актов против дискриминации, например в Акте против дискриминации инвалидов в Великобритании.

В соответствии с такими стандартизированными терминами, инвалидность появляется в случае функционального нарушения или в случае, когда какой-либо фактор ограничивает участие человека в жизни общества. В этом случае дается ссылка на «нормальную» степень активности или участия в зависимости от возраста, пола, или преобладающих социальных и культурных условий. В большинстве стран нет таких стандартизованных комплексных определений; там используются различные определения в виде условий, необходимых для получения пособий.

Как правило, в разных странах выделяются три основных вида нарушений: физические, психологические и умственные. Иногда упоминаются другие виды нарушений, например сенсорные или психосоциальные, как, например, в Люксембурге. В этом случае, «нарушение» описывается как отклонение от принятого состояния

здоровья, потеря навыков, поражение или аномалия. Степень инвалидности и условия проживания инвалидов (дома, в интернате и т.п.) также служат разграничивающим критерием в некоторых странах.

В России человек с ограниченными возможностями проходит длинный путь для получения статуса инвалида, права на социальную помощь и реабилитацию, что обусловлено несовершенством действующего законодательства.

А вот во многих зарубежных странах заключение только одного врача о наличии у пациента ограниченных возможностей для преодоления барьеров окружающей среды в связи с нарушением здоровья является основанием для оказания социальной помощи, назначения пенсий и пособий, проведения мероприятий по реабилитации.

Рассмотрим отдельные страновые кейсы.

В **Германии**, согласно Конституции, никто не может быть ущемлен в правах по причине своей инвалидности. Все граждане имеют «право на реабилитацию и интеграцию в нормальную жизнь».

Конституция обязывает законодательную, исполнительную власти, судебные органы и прочие учреждения и организации общественной власти (как на федеральном уровне, так и на уровне регионов) использовать все возможности для введения инвалидов всех групп «в нормальную жизнь».

Вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации решаются комплексно, с последовательным переходом от одних мероприятий к другим. Четко определены показания для проведения реабилитации инвалидов в определенных учреждениях и клиниках.

В процессе реабилитации главное – стремление к тому, чтобы инвалид как можно раньше стал самостоятельным. В гражданском праве предусмотрен запрет на причинение ущерба инвалидам при отношениях между частными лицами.

В Германии действует Федеральная программа занятости лиц с тяжелой степенью инвалидности, предусматривающая различные льготы и субсидии предпринимателям, трудоустраивающим инвалидов. Существует «Кодекс социального права», определяющий политику и помощь инвалидам в Германии. Основными принципами «Кодекса...» являются: оказание всех видов необходимой помощи любому инвалиду или лицу, которому угрожает инвалидность, независимо от причины; интеграция инвалидов в общество; вмешательство на самой ранней стадии, когда должны быть приняты все меры для уменьшения масштабов последствий инвалидности; принцип оказания индивидуальной помощи, ориентированной на потребности конкретного инвалида. Есть законы «О выравнивании услуг по реабилитации», «О социальной помощи», направленные на реабилитацию инвалидов с применением механизмов страхования. Согласно законам, финансирование процесса интеграции инвалида в трудовую жизнь имеет приоритет перед пенсионным финансированием. Здесь действует принцип «реабилитация до назначения пенсии».

Законодательно определены меры поощрения профессиональной реабилитации инвалидов. Работающим инвалидам предусмотрена выплата специальной компенсации транспортных расходов на дорогу до работы и обратно.

Однако социальная защита инвалидов в Германии распространяется лишь на лиц, у которых степень утраты трудоспособности составляет не менее 50%. На основании отдельных причин к ним могут быть приравнены лица со степенью инвалидности 30-50%, которые без такого приравнивания не могут рассчитывать на получение пособия и сохранение рабочего места. Инвалиды с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности получают компенсацию ущерба и имеют много льгот (снижение налогов, защита от увольнений и другие).

Люди с тяжелой формой инвалидности, которая не позволяет им работать более трех часов, получают полное пособие — около девяти

тысяч евро в год. Работающие до шести часов ежедневно могут рассчитывать лишь на половину этой суммы. В основе социально-трудовой реабилитации немецких инвалидов лежит принцип: чем больше работы, тем меньше пособие. Дети могут получать пособие по инвалидности до 27 лет.

Интеграция инвалидов в немецкое общество начинается с детства. Если в России ребёнка с тяжёлой формой умственных или психических нарушений норовят «сплавить» в интернат, то в Германии родители в основном отдают в специализированные заведения только самых трудных детей. Государство платит «героическим» мамочкам (или папочкам) высокие пособия по уходу, приравнивая их по статусу к соцработникам.

В 2018 году ООН признала **Финляндию** самой счастливой и благополучной для проживания страной в мире. Как отмечали СМИ, в стране Суоми люди с инвалидностью, в том числе интеллектуальной, на деле, а не на бумаге, обладают гражданскими правами, принимают решения о своей жизни и не боятся быть заметными. И хотя есть еще нерешенные проблемы, результаты, которых Финляндия добилась в сфере поддержки людей с инвалидностью, заслуживают восхищения<sup>21</sup>.

В отличие от России, в Финляндии формирование и развитие социальных программ имеет более продолжительную историю. В России – основные направления социальной интеграции инвалида базируются на установлении ограничительного компонента с целью уменьшения физических и умственных нагрузок. В основном это касается трудовой сферы – уменьшение часов рабочего времени, объема выполняемой работы; образовательной сферы – предоставление домашнего обучения, школы-интерната.

Финляндия же реализует инклюзивные программы, обходя правовые и социальные ограничения путем установления четкой

---

<sup>21</sup> <http://e-finland.ru/info/smi/zhizn-na-ravnyh-kak-zhivut-v-finlyandii-lyudi-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami/>

системы организации должностных полномочий компетентных лиц и учреждений в реализации прав инвалидов. Данный процесс проходит активную фазу вот уже последние 40 лет в этой стране. Еще в 70-е годы был принят закон, по которому заботу об инвалидах осуществляли муниципалитеты. «В 80-е годы муниципальные объединения стали открывать трудовые центры закрытого типа, а в 90-е годы стали искать места на открытом рынке. В 2000 г. произошел переход от интеграции к инклюзии. Муниципалитеты отвечают за каждого инвалида, проживающего на его территории, формируя их персональные траектории жизни. Они же доплачивают различные надбавки, размер которых достаточен для реального улучшения качества жизни инвалида. Основная идея государства и муниципальных властей – создание небольших подразделений по месту жительства инвалидов. Функции учреждений четко расписаны: куда и на каких условиях попадает человек с ограниченными возможностями здоровья, что будет дальше»<sup>22</sup>.

Инвалидность в Финляндии определяется по степени поражения специальной врачебной комиссией и исчисляется в процентах, а не ограничивается тремя группами, как у нас. Всё население Финляндии составляет около 5 млн человек, из которого приблизительно 10% являются инвалидами, 2% имеют стопроцентную степень поражения, что равносильно нашей 1-ой группе.

Основные принципы международной Конвенции ООН «О правах инвалидов» (недопустимость дискриминации, равенство возможностей, интеграция в общество), которую Финляндия ратифицировала в 2016 году задолго до ратификации, реализовывались в рамках программы «Доступная среда».

Люди с ограниченными возможностями жизнедеятельности не заперты в домашних стенах. Городская инфраструктура приспособлена к тому, чтобы любой человек чувствовал себя комфортно, обходился без

---

<sup>22</sup> Там же

посторонней помощи.

Каждый человек, независимо от его диагноза, наличия или отсутствия инвалидности имеет право на самоопределение - право решать, как и чем ему заниматься, быть полноправным членом общества. В этом отношении особая поддержка оказывается людям с ментальными нарушениями.

Если в России социализацией таких людей занимаются немногочисленные благотворительные организации, то в Финляндии эту миссию выполняют муниципалитеты. Вся служба социальной защиты финансируется в Финляндии из местных бюджетов.

В финской провинции Южная Карелия был открыт первый центр для людей с особенностями развития. Главная задача таких центров - научить их жить самостоятельно. Инструкторы учат постояльцев выполнять простые бытовые обязанности, навыкам самостоятельной жизни. В центрах каждый человек проживает в отдельной квартире, при этом не оставляется на произвол судьбы и получает помощь в необходимом объеме. Опыт индивидуального проживания – важнейшая часть социальной адаптации. Стоимость аренды социальной квартиры варьируется в районе 500 – 600 евро в месяц. Однако 80% оплачивает государство, и только 20% – сам жилец из своей пенсии. Также клиент социального центра самостоятельно платит за питание, личные покупки. Средняя пенсия составляет 1000 евро или чуть больше.

Если 20 лет назад большинство финнов с нарушением умственного развития жили в домах-интернатах, как у нас в России, то в настоящее время в них проживает около 500 человек. Государство планирует обеспечить желающих из них проживать самостоятельно социальным жильем до 2020 года.

В социальных центрах и центрах дневного пребывания людям с нарушениями умственного развития помогают найти интересное занятие, освоить ремесло. Работа – тоже необходимая составляющая социальной интеграции. Она позволяет человеку развиваться,

чувствовать себя полезным членом общества, а не изгоем.

Главная проблема домов-интернатов для людей с нарушением умственного развития в России: люди в них закрыты для окружающего мира и для общества. Дети, достигнув возраста 18 лет, покидают стены интерната и начинают самостоятельную жизнь, будучи совершенно не подготовлены к ней: не имеют бытовых навыков, психологически не подготовлены к самостоятельному решению многочисленных проблем окружающей среды, существованию в социуме.

Инвалиды вследствие психических расстройств и расстройств поведения не имеют перспектив выйти из стен домов-интернатов даже в период длительной и стойкой ремиссии заболевания, так как частичная реабилитация (перевод из второй группы в третью) ведет за собой потерю права проживания в доме-интернате, а идти им некуда, никто за стенами интерната их не ждет. Вот и вынуждены учреждения МСЭ подтверждать вторую группу инвалидности, устанавливая бессрочно, что гарантирует социальную защиту этих людей.

В Финляндии в центрах дневного пребывания людям с нарушениями умственного развития помогают найти интересное занятие, освоить ремесло. При социальных центрах есть мастерские. В них заняты те, кто не может, не хочет или пока не нашел работу вне центра. В мастерских работают в среднем по 5 часов в день. Занимаются, например, ковроткачеством. Норм выработки не существует, оплата в среднем 1 евро в час.

В России насчитывается около миллиона людей с инвалидностью по психическим и ментальным заболеваниям. Причем их количество по сравнению с 90-ми выросло более чем на треть, а число работающих из них упало вдвое.

По российской статистике, от 50 до 60% инвалидов по психическим заболеваниям могут работать на специально созданных для них предприятиях. До 40% способны участвовать в программах трудотерапии, однако трудиться они не могут. И только от 2 до 10%



могут трудоустраиваться на обычном рынке труда.

В России система советских спецмастерских разрушена – сейчас таких мастерских на пальцах пересчитать. Практически все они убыточны. По данным федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России, порядка 98% инвалидов по психическим заболеваниям нуждаются в медицинской реабилитации, 80% – в социальной, 58% – в профессиональной, 38% – в обучении жизненным навыкам и 7% – в технических средствах реабилитации.

В Финляндии разработана обширная законодательная база, обеспечивающая организацию системы реабилитации инвалидов. На законодательном уровне закреплена интеграция реабилитационной деятельности в сферу социальной защиты населения, здравоохранения, занятости, социального страхования, образования, а также сформированы механизмы их сотрудничества и кооперирования.

Особое внимание в законодательстве Финляндии уделено профессиональной реабилитации инвалидов, которая представлена трехуровневой системой с интеграцией обучения, профессионального образования, переподготовки инвалидов, обучения на рабочем месте, а также профессиональной ориентации и обеспечению занятости, профессиональному развитию и оценке результатов реабилитации.

Профессии, которым обучают инвалидов в России в специализированных колледжах, не востребованы на рынке труда.

Социальная работа в Финляндии заключается в осуществлении квалифицированными социальными служащими консультирования и расследования причин социальных проблем. Услуги могут предоставляться отдельному гражданину, семье или всему местному сообществу. Среди услуг, предоставляемых инвалидам, к категории социальной защиты можно отнести транспортные услуги для возможности работать, учиться, отдыхать, участвовать в жизни общества. При необходимости эти лица обеспечиваются сопровождением. Поездки на работу и с работы, учебы могут составлять

до 18 в месяц в своем муниципалитете или в его окрестностях. Передвижение осуществляется в основном на такси, причем оплата как такси, так и общественного транспорта одинакова для лиц с ограниченными возможностями.

Оказание жилищно-коммунальных услуг позволяет инвалидам жить нормальной жизнью самостоятельно. Большое внимание уделяется тем людям, которые в силу заболевания нуждаются в регулярной помощи в повседневной жизни или на определенный срок. Институциональные услуги гарантируют постоянную заботу и участие на 24-часовой основе. Потребность в услугах меняется, и поэтому они планируются совместно жилищной службой и инвалидом, которому компенсируются затраты за арендную плату и другие расходы. Людям с ограниченными возможностями также возмещаются затраты на изменения в квартире и получение оборудования и устройств, необходимых в ней. Расходы, связанные с планированием изменения и устранение барьеров в окружающей среде, также охватываются. Оборудование и устройства, необходимые в доме, включают фиксированные подъемники, устройства охранной сигнализации, лифты, фиксированное высокотехнологичное оборудование и индукционные петли. Если человек нуждается в бытовой технике, муниципалитет оплачивает половину расходов или предоставляет оборудование бесплатно в распоряжение человека.

Муниципалитет может по своему усмотрению возместить инвалиду расходы на использование личного помощника. Система персональной помощи была создана для того, чтобы инвалид мог вести независимый образ жизни. Личный помощник необходим для оказания помощи инвалидам в повседневной жизни дома, в работе, в организации досуга. Дети-инвалиды обеспечиваются помощником в школе и в детском саду, если это необходимо. Целью системы является снижение уровня зависимости инвалида, поэтому рекомендуется, чтобы близкий

родственник не использовался в качестве личного помощника, хотя это может быть оправдано в некоторых случаях.

**В Великобритании** инвалиды - это сословие, приоритетное для общества абсолютно во всех отношениях. Любая социальная идея или проект, задуманный к реализации в Соединенном Королевстве, будет непременно «подстраиваться» под нужды людей с ограниченными физическими возможностями. Это касается и транспорта, и градостроительства, и сферы обслуживания, и социальной помощи. Вопрос о том, учтены ли потребности инвалидов, будет всегда стоять едва ли не первым.

Инвалид не рассматривается британским обществом как «сирый и убогий». Его всячески вовлекают во все аспекты жизнедеятельности, поощряя преодолевать те барьеры, которые поставила перед ним природа, болезнь или несчастный случай. Неудивительно поэтому, что именно Британия заложила основы паралимпийского движения: к проходившей в Лондоне Олимпиаде-1948 были приурочены так называемые Stoke Mandeville Games (по названию известной клиники). В тех Играх впервые приняли участие спортсмены на инвалидных колясках.

В Великобритании определена нормативная база для широкого развития негосударственного сектора в сфере предоставления инвалидам услуг по медицинской и социальной реабилитации. Реабилитационные службы хорошо снабжены техническими средствами и оборудованием.

В соответствии с законодательными актами об инвалидах 1944-1958 годов, Департамент труда регламентирует оборудование рабочих мест для инвалидов по зрению и предоставление им специальных технических приспособлений. Контроль осуществляет Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Предусмотрено создание национального совета и местных комитетов для оказания помощи правительству в вопросах реабилитации инвалидов. Службой

профессиональной реабилитации инвалидов непосредственно руководит Агентство по трудоустройству. Серьезное значение придается организации профессиональной реабилитации инвалидов в специализированных центрах. Эффективность профессиональной реабилитации и процент возврата инвалидов к профессиональной деятельности достаточно велики. Предусмотрена организация предприятий с щадящим режимом труда для инвалидов, на которых они осваивают новые профессии и переходят затем на обычные предприятия. Для «тяжелых» инвалидов могут быть созданы условия обучения и трудоустройства на дому. Узаконено квотирование и резервирование рабочих мест для инвалидов.

В США выплата пособий по инвалидности осуществляется по линии программы дополнительных пособий малоимущим (ПДПМ). Она финансируется и контролируется федеральным ведомством – администрацией по социальному страхованию. ПДПМ представляет собой программу помощи, гарантирующую минимальный уровень доходов нуждающимся инвалидам. Система расчета выплат довольно сложна, определяется рядом факторов (степенью утраты трудоспособности, семейным положением, количеством иждивенцев, уровнем получаемых доходов) и составляется таким образом, что при росте дохода снижается размер пособия. В частности, вводится понятие «существенная зарплата», которая в настоящее время для большинства инвалидов определяется в 740 долл., а для потерявших зрение – в 1240 долл. в месяц. Если заработок превышает данный уровень, это рассматривается как показатель достаточных возможностей инвалида к труду и способность самостоятельно обеспечить себя материально.

В Конституции США инвалиды специально не упоминаются. Тем не менее, там сказано: «ни один штат не может отказать ни одному индивидууму в равной защите законом». Права инвалидов установлены в других документах, как специализированных, так и общих. К первым можно отнести: Акт об инвалидах, Акт об устранении архитектурных

барьеров, Акт о реабилитации. Американский Акт об инвалидах предусматривает, что предприниматели не могут прибегать к дискриминации квалифицированных работников лишь по причине их инвалидности.

В США существует Национальный совет по инвалидам, представляющий собой правительственный орган, члены которого назначаются Президентом. В обязанности совета входит рассмотрение федеральной политики, законов и программ в плане их влияния на лиц с инвалидностью.

В США принят Акт об образовании детей-инвалидов. Он установил, что ни одному ребенку-инвалиду не может быть отказано в приеме в государственную школу по причине инвалидности. Он также расширил полномочия федеральной власти в организации специальных программ обучения, расширил права родителей по обучению детей-инвалидов.

В США имеется и Акт о профессиональной подготовке, который обязывает правительства штатов резервировать не менее 10 процентов федеральных грантов, получаемых на нужды профессионального образования, для обучения студентов-инвалидов. В стране существует разветвленная сеть по профессиональной подготовке и трудоустройству инвалидов. Они осуществляют деятельность по консультированию, физической и психологической реабилитации, обеспечению вспомогательными техническими средствами, профессиональной подготовке, трудоустройству. Профессиональная подготовка инвалидов предусмотрена как на предприятиях со щадящими условиями труда, так и на крупных предприятиях.

В США в соответствии с законодательством компании, отказывающиеся предоставить работу инвалиду, облагаются значительным штрафом. Компании, принимающие инвалидов, имеют льготы по налогообложению. Однако в США нет закона об обязанности предпринимателей предоставлять определенный процент рабочих мест

инвалидам, то есть отсутствует законодательство о квотировании рабочих мест для инвалидов. Каждое предприятие имеет возможность определить собственную тактику в этом отношении.

Деятельность по профессиональной реабилитации инвалидов контролируется Президентским комитетом по трудоустройству инвалидов. Президент ежегодно отчитывается по вопросам обучения и трудоустройства инвалидов, а также размеров их заработной платы<sup>23</sup>. В США активно функционируют целевые программы по сотрудничеству центров специальной подготовки инвалидов и университетов с предприятиями. Финансирование программ осуществляется из госбюджета.

### **Предложения: новые возможности и перспективы**

Расхождение международной системы определения инвалидности и действующего в российской практике аналога требует кардинального изменения существующей системы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации и абилитации в Российской Федерации.

1. Необходимо передать государственную службу МСЭ по подведомственности в систему здравоохранения. И первым шагом в этом направлении могла бы стать реализация поручения из Послания Президента Федеральному Собранию 2019 года: «обязательно нужно включить в общую цифровую сеть и организацию медико-социальной экспертизы, тем самым избавить наконец пожилых людей, инвалидов, семьи с детьми от очередей и сбора бессмысленных подчас справок»<sup>24</sup>.

2. Возложить функции по установлению инвалидности на врачебные комиссии (ВК) медицинских организаций, с включением в их состав врача по медико-социальной экспертизе, что позволит

---

<sup>23</sup> <http://www.invachelny.ru/doc/19.html>

<sup>24</sup> <http://www.kremlin.ru/events/president/news/59863>

значительно приблизить медико-социальную экспертизу к населению и минимизировать коррупционные риски. Целесообразна следующая схема организации ВК по медико-социальной экспертизе и медико-социальной реабилитации инвалидов:

- освидетельствование пациентов для определения инвалидности разработка ИПРА инвалида, ребенка-инвалида, выдача справок МСЭ о результатах освидетельствования и др. (все функции, возложенные в настоящее время на бюро МСЭ);
- организация, проведение и контроль за осуществлением мероприятий по медицинской реабилитации инвалида;
- направление ИПРА инвалида в местные органы социальной защиты для обеспечения выполнения мероприятий по профессиональной, социальной реабилитации, обеспечению техническими средствами реабилитации.

3. Заключение о непризнании инвалидом гражданина может быть обжаловано в местные органы управления здравоохранением для рассмотрения вопроса о законности (незаконности) экспертного решения.

При несогласии с заключением органа управления здравоохранением граждан (его законный представитель) может обжаловать его в судебном порядке.

4. Возложить на органы социальной защиты населения полномочия по организации исполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида по профессиональной и социальной реабилитации, обеспечению техническими средствами реабилитации, контроль за исполнением.

5. На базе Федерального бюро МСЭ создать научно-практический центр по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов, с правом проведения независимой медико-социальной экспертизы по определению судов. Предусмотреть возможность создания филиалов

Центра в федеральных округах для проведения независимой медико-социальной экспертизы.

6. Определить организационную структуру и возложить на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты населения полномочия по координации и контролю исполнения мероприятий по комплексной реабилитации, организации взаимодействия различных ведомств в реализации реабилитационных мероприятий.

7. Разработать в составе Национального проекта «Здравоохранение» Федеральный проект, посвященный профилактике инвалидности, организации реабилитации и абилитации инвалидов.

8. С целью осуществления комплексной непрерывной медико-социальной профилактики необходимо повышение ее доступности, в том числе для инвалидов, со значительно выраженной степенью нарушения способности к самообслуживанию и маломобильных. Для этого необходимо создать при поликлиниках отделения медико-социальной помощи для осуществления патронажа, обучения инвалида, членов семьи инвалида навыкам повседневного бытового и медицинского ухода, на базе центров социального обслуживания организовать обучение инвалидов пользованию специальными техническими средствами реабилитации, облегчающими инвалиду самообслуживание. На базе центров социальной обслуживания организовать «Школы помощников для маломобильных групп населения».

9. Развивать медико-социальную патронажную службу. С этой целью предусмотреть подготовку квалифицированного контингента медицинских сестер, владеющих современными методами ухода и медико-социальной профилактики.

10. В системе повышения квалификации врачей и специалистов медико-социальной экспертизы перейти на принципы непрерывного профессионального образования в области медико-социальной



экспертизы и медико-социальной реабилитации и абилитации, регулярного обновления программ с учетом принимаемых изменений нормативно-правовой базы.

11. Ввести кодирование не только болезни в соответствии с МКБ-10, но и, с учётом положений МКФ (МКФ-ДП), нарушение структур и функций организма, ограничений жизнедеятельности и влияние факторов окружающей среды на участие пациента в окружающей жизни.

12. Разработать способы определения степени выраженности нарушения структур и функций организма и обусловленных ими ограничений жизнедеятельности у детей различных возрастных групп. Целесообразно разработать критерии определения инвалидности детей в соответствии с рекомендациями МКФ (МКФ-ДП).

13. Разработать государственные целевые программы по трудоустройству инвалидов на основе сотрудничества со специальными профессиональными образовательными учреждениями для инвалидов, центрами занятости населения, обеспечению резервирования рабочих мест на предприятиях для инвалидов, формы контроля за их реализацией при участии общественных организаций инвалидов.