

Общественный доклад
О соблюдении прав людей
с психическими нарушениями и ментальной
инвалидностью в Архангельской области
и рекомендации по реализации их прав
в соответствии с Конвенцией ООН
о правах инвалидов

Архангельское региональное отделение
ОООИ «Всероссийское общество глухих»

Архангельск
2013

УДК 342.722(042.3)
ББК 67.400.7
О-28

- О-28 Общественный доклад «О соблюдении прав людей с психическими на-рушениями и ментальной инвалидностью в Архангельской области и рекомендации по реализации их прав в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов» / Исполн. исслед. РОО «Центр соц. измерений «Фокус» (г. Северодвинск) ; над докл. работали: Н. Мякшин, О. Руссова, Г. Шашурина, Е. Шинкарева. – Архангельск : Архангельское региональное отделение ООИ «Всероссийское общество глухих» : Лоция, 2013. – 46 : ил. – 300 экз.
ISBN 978-5905810-23-7
Агентство СІР Архангельской ОНБ

УДК 342.722(042.3)
ББК 67.400.7

Доклад подготовлен в рамках проекта «Люди с инвалидностью – за равенство перед законом» при финансовой поддержке
«Института Открытое Общество – Фонд Содействия» (Будапешт, Венгрия)

Над докладом работали:
Н. Мякшин, О. Руссова, Г. Шашурина, Е. Шинкарева

Исполнитель исследования
РОО «Центр социальных измерений «ФОКУС»
(г. Северодвинск)

ISBN 978-5-905810-23-7

© АРО ВОГ, 2013
© Литературно-издательский
центр «Лоция», 2013

Оглавление

Предисловие	4
I. Конвенция о правах инвалидов.....	6
Что такое ментальная инвалидность?	7
II. Основные принципы Конвенции о правах инвалидов	7
III. Равенство перед законом и правоспособность (ст. 12)	9
Равенство перед законом	9
Основные принципы	10
Совершенствование законодательства и общественного устройства для поддержки в принятии решений	10
Отказ от системы замещения принятия решений	11
IV. О реформировании российского законодательства о правоспособности и защите прав граждан с психическими нарушениями.....	12
V. Рекомендации по реформе федерального законодательства	14
VI. Проблемы реализации прав граждан с психическими нарушениями	
в Архангельской области	15
Некоторые статистические данные	15
Контроль над опекунами и защита прав граждан, признанных недееспособными.....	16
Проблема доступа к общему образованию и профессиональной подготовке	18
Проблема трудоустройства.....	22
Проблема медицинского обслуживания и освидетельствования.....	23
Проблема стационарного социального обслуживания и проблема жилья.....	26
Патронаж как форма защиты интересов граждан с психическими расстройствами и инвалидностью	28
Развитие института патронажа над дееспособными гражданами, нуждающимися в защите по состоянию здоровья	30
Муниципальное бюджетное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Центр помощи совершеннолетним подопечным»	31
Выводы и рекомендации	31
Приложение. Социальное самочувствие инвалидов и членов их семей	33

Предисловие

Конвенция ООН о правах людей с инвалидностью как инструмент для улучшения российского законодательства о правах инвалидов

С июля 2012 года Архангельское региональное отделение «Всероссийского общества глухих» осуществляет проект «Люди с инвалидностью - за равенство перед законом». Главной целью проекта явился мониторинг или наблюдение за осуществлением прав людей с психическими нарушениями или ментальной инвалидностью, а также особой группы - людей, имеющих сенсорные нарушения и в т.ч. в сочетании с ментальными.

Задача проекта – выявить и показать нарушения прав, чтобы органы власти и органы местного самоуправления принимали необходимые меры для того, чтобы такие нарушения не допускались в будущем, чтобы нарушенные права восстанавливались и для того, чтобы эффективные механизмы защиты прав были созданы или укреплены. Для этого мы подготовили доклад о соблюдении прав людей с психическими нарушениями в Архангельской области.

Наблюдение за тем, как реализуются в национальном законодательстве и правоприменительной практике положения Конвенции ООН о правах инвалидов, предполагает активное участие самих граждан с инвалидностью и организаций инвалидов. В Конвенции говорится: «Гражданское общество, в частности, инвалиды и представляющие их организации, в полном объеме вовлекаются в процесс наблюдения и участвуют в нем» (п.3 ст. 33 Конвенции)

Конвенция не содержит определения инвалидности, а определяет некоторые контуры понятия «инвалидность» и его значение для Конвенции. В преамбуле четко поддерживается социальный подход к инвалидности, именуемый социальной моделью инвалидности, посредством признания того, что «инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» (п. е) преамбулы).

Исходя из этого в статье 1 указывается:

«К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при вза-

имодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

С этой точки зрения участие инвалидов в жизни общества, будь то наличие работы, посещение школы, врача или участие в выборах, ограничивается или блокируется не в силу того, что у них нарушено здоровье, а из-за различных барьеров, которые могут включать в себя физические барьеры, а также в некоторых случаях законодательство и политику.

Для людей с физической инвалидностью эти барьеры могут включать в себя неровный рельеф местности, ступени, связующие разные уровни, тяжелые двери и узкие проходы. Например, человек, пользующийся инвалидной коляской, может быть лишен возможности посетить собрание, если дверь в комнату для собраний слишком узка для этой коляски или в здании отсутствует пандус или лифт. Отсутствие или неадекватность стандартов доступности в строительных кодексах также может быть равнозначным барьеру.

Конвенция не исключает использование определений в национальном законодательстве, и, более того, определения могут быть особенно необходимыми в некоторых секторах, таких как занятость или социальное обеспечение. Однако при этом важно, чтобы подобные определения отражали социальную модель инвалидности, закрепленную в Конвенции, и важно пересмотреть определения, основанные на перечне или описании нарушений здоровья или функциональных ограничениях.

Приступая к реализации проекта «Люди с инвалидностью – за равенство перед законом» мы испытывали определенные опасения в том, что касается сбора материала для исследования. И дело вовсе не в том, что сведения о людях с психическими нарушениями не доступны (на самом деле, только личные или персонифицированные данные являются конфиденциальными), и не в том, что сведения о реализации прав намеренно скрываются органами и учреждениями, обеспечивающими защиту прав и предоставление услуг.

Так сложилось в обществе, что о людях с психическими нарушениями, их жизни, их правах не

принято говорить публично, а если мы и говорим какие-то вещи, то стараемся аккуратно обходить «острые углы», оправдывая молчание о том, что их права нарушаются, иногда вопиюще нарушаются, тем, что это делается для их же блага, что нужно оберегать людей с психическими нарушениями от общества, от публичности, защитить от пристальных взглядов и чрезмерного интереса со стороны общества, то есть тех, кто находится по другую сторону...

На самом деле такая защита в определенной мере необходима, однако же граница между разумными мерами защиты и чрезмерной опекой (которая сводится в конечном итоге к полному бесправью и подавлению) оказывается мало заметной, в особенности на взгляд тех, кто эту защиту призван обеспечить. Мы пытались хотя бы отчасти преодолеть это отчуждение и содействовать диалогу, открытому обсуждению проблем, связанных с правовым статусом граждан с психическими нарушениями, с их положением в обществе как равноправных граждан, чьи права в соответствии с международно-правовыми актами о правах человека должны соблюдаться и быть защищены в российском законодательстве, в том числе на региональном уровне.

В ходе реализации проекта мы видим, как постепенно меняется отношение к проблеме прав людей с психическими нарушениями, опасения рассеиваются, сопротивление публичному обсуждению уступает место конструктивному диалогу по тем вопросам, для которых ранее не было места в повестке дня власти и общественных организаций. Основная причина этого в том, что Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов, и таким образом она становится важным внутренним законом, определяющим российскую политику в отношении граждан с инвалидностью на будущее время. «Российскому руководству предстоит внести более полусотни поправок во внутреннее законодательство для его адаптации к требованиям Конвенции ООН «О правах инвалидов», и к этой работе должны подключиться профильные общественные организации», – сказал Владимир Путин¹.

Настоящий доклад включает материал, который был получен в ходе исследования положения людей с психическими нарушениями и ментальной инвалидностью, проведенном в период с июля 2012 года по июль 2013 года в городах и населенных пунктах Архангельской области (Архангельск, Северодвинск, Новодвинск, Коряжма, Котлас, Вельск, Плесецк, Мирный, Каргополь, Карпогоры,

Няндомы, Яринск, Коноша, Октябрьский, Ширшинский и др.)²

Направления исследования: количественное и качественное.

Количественное (полевое) исследование имело два этапа. Первый – анкетирование целевой группы (тех, кто имеет отношение к решению проблем инвалидов: члены семей, сотрудники учреждений, работники образования, здравоохранения, социальной защиты, сотрудники НКО). Объем выборки – 400 респондентов. Второй этап – телефонный опрос населения (400 респондентов).

Качественное исследование – 6 фокус-групп (3 фокус-группы с родителями и членами семей ментальных инвалидов и 3 фокус-группы с сотрудниками учреждений, связанных с решением проблем ментальных инвалидов) и 10 экспертных интервью.

Мы выражаем признательность тем, кто оказал помощь в проведении исследования, содействовали установлению диалога о правах и правовом положении граждан с психическими нарушениями в Архангельской области. Среди них:

общественная организация «Поможем детям» (г. Северодвинск);

общественная организация родителей детей с инвалидностью «Радуга» (г. Мирный);

общественная организация МОСТ (г. Архангельск);

МБУ «Центр помощи совершеннолетним подопечным» (г. Архангельск);

ГБСУ социального обслуживания системы социальной защиты населения АО «Ширшинский психоневрологический интернат» (пос. Ширша);

ГБУ АО «Новодвинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей» (г. Новодвинск);

ГБУ АО социального обслуживания детей с ограниченными возможностями «Северодвинский реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями» (г. Северодвинск);

руководители и сотрудники Управления социального развития Министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области/

Н. Мякшин, О. Руссова, Е. Шинкарева

¹ <http://ria.ru/society/20110819/420084284.html>, 14.03.2013

² Материалы исследования представлены в Приложении.

I. Конвенция о правах инвалидов

Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов. Федеральный закон от 3 мая 2012 года подтверждает принятие Конвенции полностью, без каких-либо оговорок. Дополнительный протокол к Конвенции, который предусматривает механизм рассмотрения сообщений о нарушениях Конвенции, Россия пока не подписала. 25 сентября 2012 года Российская Федерация передала ратификационную грамоту депозитарию - Генеральному секретарю ООН и таким образом на 30 день после передачи согласно статье 45 Конвенции обязательства по ней Российская Федерация должна выполнять в полном объеме. Конвенция предусматривает представление государством-участником доклада об исполнении Конвенции по истечении 2 лет с момента ратификации, а в дальнейшем – каждые 4 года.

В справке к закону о ратификации говорится: «Ратификация конвенции создаст дополнительные гарантии обеспечения, защиты и развития социальных и экономических прав инвалидов, а также послужит ориентиром для дальнейшего совершенствования правового регулирования и практической деятельности в сфере социальной защиты инвалидов»³.

Согласно п. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора. Таким образом Конвенция становится полноправным юридическим документом на территории Российской Федерации, может применяться непосредственно, то есть на ее положения можно ссылаться в обращениях, а также при рассмотрении споров и принятии решений. Кроме того, ее положения имеют более высокую юридическую силу, чем федеральные законы, то есть в случае, если положения федерального закона, а тем более и подзаконного акта, противоречат какому-либо положению Конвенции, то применять необходимо Конвенцию.

Важным также является и то, что ратифицировав Конвенцию, Россия таким образом при-

няла на себя обязательства осуществлять меры, направленные на исполнение Конвенции, в том числе и принятие необходимых законов, внесение изменений и дополнений в уже существующие законы с тем, чтобы они соответствовали Конвенции. В этом процессе важную роль играют не только федеральные органы власти, но и региональные. Это вытекает из положений статьи 72 Конституции РФ, согласно которой выполнение международных договоров Российской Федерации относится к вопросам совместного ведения РФ и ее субъектов. Таким образом, пересматривать, анализировать и совершенствовать необходимо не только федеральное, но и региональное законодательство и меры по обеспечению полной реализации прав людей с инвалидностью. Важно также, чтобы в этом процессе принимали участие общественные организации инвалидов.

Данные исследования показали, что 47% представителей целевой группы знают о ратификации Конвенции Россией, в то время как все население недостаточно информировано о Конвенции: только 5,6 % знают о Конвенции, а 53 % впервые услышали об этом в ходе исследования. Среди участников общественных организаций инвалидов наблюдается самый высокий уровень информированности о Конвенции – до 83 % (см. Приложение, диаграмма 7).

Конвенция по-новому определяет инвалидность и призывает посмотреть на проблемы, связанные с инвалидностью, с позиции социальных ограничений, существующих в обществе. Если инвалидность в российском законе пока рассматривается как нуждаемость в государственной поддержке и опеке в связи с физическими или психическими ограничениями, то Конвенция предлагает другой подход, – состояние здоровья становится проблемой тогда, когда существующие физические барьеры и отношения препятствуют или мешают реализации прав человека, и эти препятствия общество должно преодолевать.

Сегодня общество еще разделяет мнение, что инвалидность – это, прежде всего, медицинская проблема (63 % респондентов согласны или скорее согласны с этим утверждением, $k=0,5$). В два раза меньше людей считают, что инвалидность – это, прежде всего, социальная проблема (30 % респондентов согласны или скорее согласны с этим утверждением, $k=-0,1$).

³ <http://ria.ru/society/20120503/640208771.html>, дата обращения 12.03.2013.

Как Вы считаете, инвалидность – это, прежде всего, медицинская проблема или социальная?	Медицинская проблема	Социальная проблема
Да	37,3	17,6
Скорее да	25,7	12,3
Скорее нет	9,2	22,1
Нет	5,8	19,4
Затрудняюсь ответить	22,0	28,6
k	0,5	– 0,1

ЧТО ТАКОЕ МЕНТАЛЬНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ?

Термина «ментальная инвалидность» нет в законе, нет специального понятия и в Конвенции. Люди, имеющие инвалидность, в большинстве случаев не разделяются законом на какие-либо группы. Эти группы условно обозначаются, когда нужно рассмотреть особые специфические нужды какой-либо группы людей с инвалидностью. Когда говорят о ментальной инвалидности, то имеют в виду психические или интеллектуальные расстройства, которые являются достаточно серьезными, чтобы говорить о том, что у человека имеются ограниченные возможности здоровья. Наличие психического расстройства далеко не всегда влечет установление инвалидности по российскому законодательству и вполне может быть кратковременным. В то же время, в некоторых случаях наличие психического расстройства может привести к тому, что гражданин признается судом недееспособным, а это будет означать возникновение серьезных препятствий в использовании прав и свободном распоряжении ими. Иногда и дееспособные граждане, имеющие психические расстройства, не могут в полной мере реализовать свои права (например, право на труд или право на судебную защиту) по той причине, что существующие в обществе барьеры препятствуют этому.

По мнению участников целевой группы диагноз психического расстройства или нахождение под

диспансерным наблюдением отрицательно влияет на реализацию прав гражданина, права ущемляются. Так считает каждый четвертый респондент. И только 1,5% опрошенных считают, что диагноз влияет положительно – права реализуются (см. Приложение, диаграмма 10).

Понятие «ментальная инвалидность» не всегда означает непосредственно «инвалидность» в том виде, как она определена в действующей редакции Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ». В тексте данного доклада мы придерживаемся того понимания инвалидности, которое содержится в статье 1(2) Конвенции: 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.

Мы будем использовать термины «ментальная инвалидность», «психические расстройства» или «интеллектуальные нарушения» как равнозначные в данном докладе. При использовании любого из этих терминов мы имеем в виду ту группу людей, которая в силу своих ментальных/психических/интеллектуальных нарушений сталкивается с барьерами при реализации своих прав, что мешает их полному и эффективному участию в жизни общества и интеграции.

II. Основные принципы Конвенции о правах инвалидов⁴

Присущее человеку достоинство означает ценность каждой человеческой личности. Когда достоинство инвалидов уважают, их опыт и мнения ценятся и формируются без боязни причинения физического, психологического или эмоционального вреда.

Личная самостоятельность означает способность контролировать свою собственную жизнь и иметь свободу делать свой собственный

выбор. Уважение личной самостоятельности инвалидов означает, что инвалиды наравне с другими имеют возможности для разумного выбора в своей жизни, являются объектом минимального вмешательства в их частную жизнь и могут принимать собственные решения при надлежащей

⁴ Мониторинг соблюдения Конвенции о правах инвалидов. – Издательство ООН, 2010.

поддержке там, где она требуется. Этот принцип проходит красной нитью через всю Конвенцию и служит основой для многих свобод, которые в ней прямо признаются, таких как свобода от медицинского вмешательства без их согласия и требование, в соответствии с которым медицинские услуги должны предоставляться на основе свободного и осознанного согласия. С этой точки зрения, например, человеку с психическими нарушениями следует предлагать набор возможных вариантов оказания психической помощи, таких как психотерапия, консультирование, поддержка со стороны таких же людей и медикаментозное лечение, и он или она должны иметь свободу для разумного выбора на основе личных предпочтений.

Равенство означает создание в обществе условий для уважения различий, устранения неблагоприятных условий и обеспечения того, чтобы все женщины, мужчины, девочки и мальчики в полной мере участвовали в жизни общества на равных условиях. В равенстве отказывают в том случае, когда родители забирают девочку-инвалида из школы. Несмотря на ее хорошие оценки, ее родители решают, что бесполезно тратить деньги на ее образование из-за ее инвалидности. Для обеспечения равенства порой требуются дополнительные меры, такие как предоставление помощи людям с психо-социальными или интеллектуальными дефектами для оказания им поддержки в принятии решений и реализации своей правоспособности наравне с другими.

Принцип недискриминации означает, что все права гарантируются каждому человеку без какого бы то ни было различия, исключения или ограничения по причине инвалидности или по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения, возраста или любого иного обстоятельства. Дискриминация по признаку инвалидности означает любое различие, исключение или ограничение, имеющее своей целью или следствием умаление или сведение на нет признания, осуществления или использования инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод и включает в себя отказ в разумном приспособлении. Дискриминация имеет место, например, в том случае, когда женщине не разрешают открыть банковский счет на том основании, что ее инвалидность не позволит ей управлять своими денежными средствами. Инвалиды могут также сталкиваться с множественными формами дискриминации; например, женщина-инвалид может сталкиваться с дискриминацией по признаку пола, а также инвалид-

ности. Признание принципа недискриминации в статье 3 подчеркивает важное значение рассмотрения дискриминации во всех ее формах.

Концепция полного и эффективного вовлечения и включения в общество и доступности означает, что общество как в его публичном, так и в частном измерениях организовано таким образом, что все люди могут принимать полное участие в его жизни. Полное включение в общество означает, что инвалиды признаются и ценятся как равные участники. Их потребности понимаются как неотъемлемая часть социально-экономического порядка, а не рассматриваются как «особые». Для обеспечения полного включения необходима доступная, свободная от барьеров физическая и социальная среда. Безбарьерная среда – гораздо более широкое понятие, чем устройство пандусов для маломобильных граждан, дорожек для слабовидящих людей, парковок, звуковых светофоров и других элементов инфраструктуры. Например, полное и эффективное вовлечение и включение в общество означает, что инвалиды не исключаются из политических избирательных процессов посредством обеспечения, например, того, чтобы места для голосования были доступными, а процедуры и материалы для выборов имелись в разных форматах и были легкими для понимания и использования. С концепцией вовлечения и включения в общество связана **концепция универсального дизайна**, которая определяется в Конвенции как «дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к пользованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна» (статья 2). Иными словами, на этапе дизайна должны учитываться потребности всех членов общества для обеспечения того, чтобы на более позднем этапе не требовалось специальной адаптации.

Уважение особенностей подразумевает принятие других людей на условиях взаимопонимания. Это означает также принятие инвалидности в качестве компонента людского многообразия и части человечества. Несмотря на некоторые видимые или очевидные различия, все люди имеют одинаковые права и достоинство. Так, например, прежде чем отъехать с автобусной остановки, водитель автобуса предоставит мальчику с физической инвалидностью достаточно времени, чтобы подняться со скамейки на остановке, зайти в автобус и сесть на свое место. Не только сам водитель автобуса обеспечивает предоставление всем пользователям качественных услуг безопасного транспорта, но и расписание движения автобусов также составляется с учетом различных факторов,

включая потребности инвалидов и других пользователей общественного транспорта.

Важно отметить, что Конвенция направлена на предотвращение не инвалидности (что является медицинским подходом), а дискриминации по признаку инвалидности. Кампании по предупреждению аварий и несчастных случаев и по поощрению безопасных родов и материнства имеют актуальное значение для безопасности и здоровья общества. Однако, когда подобные кам-

пании поощряются в контексте инвалидности, в инвалидности усматривается негативное явление, а внимание отвлекается от уважения различий и многообразия, а также от борьбы с дискриминацией, а именно это является главным аспектом правозащитной модели. Эти общие принципы составляют основу Конвенции и имеют центральное значение для наблюдения за осуществлением прав инвалидов.

III. Равенство перед законом и правоспособность (ст. 12)

Когда мы анализируем то, каким образом реализуются права граждан с ментальной инвалидностью, центральным вопросом становится правоспособность, то есть возможность иметь права и обязанности и самостоятельно их реализовать. Конвенция не отделяет правоспособность и дееспособность, как это делает российское законодательство. Таким образом, в Конвенции термин правоспособность объединяет оба этих понятия:

РАВЕНСТВО ПЕРЕД ЗАКОНОМ

«1. Государства-участники подтверждают, что каждый инвалид, где бы он ни находился, имеет право на равную правовую защиту.

2. Государства-участники признают, что инвалиды обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни.

3. Государства-участники принимают надлежащие меры для предоставления инвалидам доступа к поддержке, которая им может потребоваться при реализации своей правоспособности.

4. Государства-участники обеспечивают, чтобы все меры, связанные с реализацией правоспособности, предусматривали надлежащие и эффективные гарантии предотвращения злоупотреблений в соответствии с международным правом прав человека. Такие гарантии должны обеспечивать, чтобы меры, связанные с реализацией правоспособности, ориентировались на уважение прав, воли и предпочтений лица, были свободны от конфликта интересов и неуместного влияния, были соразмерны обстоятельствам этого лица и подстроены под них, применялись в течение как можно меньшего срока и регулярно проверялись компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебной инстанцией. Эти гарантии должны быть соразмерны той степени, в которой такие меры затрагивают права и интересы данного лица.

5. С учетом положений настоящей статьи государства-участники принимают все надлежащие и эффективные меры для обеспечения равных прав инвалидов на владение имуществом и его наследование, на управление собственными финансовыми делами, а также на равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам и другим формам финансового кредитования и обеспечивают, чтобы инвалиды не лишались произвольно своего имущества.»

Статья 12 провозглашает, что люди с инвалидностью признаются полностью правоспособными наравне с другими. Быть полностью правоспособным означает, что способность иметь права и обязанности, включая возможность совершать действия, является равной для каждого независимо от инвалидности, в том числе ментальной. Статья 12 также предусматривает позитивные обязательства государства предусматривать такие меры, которые бы обеспечивали устранение барьеров при реализации правоспособности, и предоставление необходимой поддержки людям с инвалидностью для того, чтобы они могли в полном объеме реализовать свою правоспособность.

Поскольку действующие национальные законы устанавливают барьеры для реализации правоспособности или не предоставляют доступа к необходимой поддержке в реализации правоспособности, постольку государствам необходимо в соответствии с обязательствами, вытекающими из ст. 4(1) Конвенции, внести необходимые изменения, чтобы обеспечить их согласование с положениями статьи 12. Для того, чтобы помочь государствам провести необходимые законодательные реформы, Комитет ООН по правам инвалидов объявил День общего обсуждения, посвященный статье 12, и призвал международные и национальные организации людей с инвалидностью, правозащитные организации и органы, подготовить и представить свои рекомендации. Среди

них, в частности, были представлены следующие рекомендации⁵:

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

1. «Правоспособность» по смыслу Конвенции понимается как «способность иметь права и осуществлять их своими действиями». И это понятие применяется ко всем национальным правовым системам.

2. Право иметь и использовать правоспособность применяется в равной мере ко всем людям, включая и тех, у кого есть инвалидность, независимо от природы или результатов инвалидности или явной нуждаемости в поддержке. Правоспособность не может быть оспорена или поставлена под сомнение в связи с инвалидностью.

3. Люди с инвалидностью, нуждающиеся в поддержке при реализации своей правоспособности, вправе такую поддержку получить. Это означает развитие отношений взаимодействия таким образом, чтобы у человека была возможность выразить свое мнение и потребности на основе достигнутого доверия и уважения к его потребностям.

4. Все, кто испытывает трудности в реализации правоспособности, могут получить необходимую поддержку.

5. Все взрослые, включая и тех, у кого есть инвалидность, имеют неотъемлемое право использовать свою правоспособность. Это означает, что не должно быть препятствий к тому, чтобы совершать такие действия, которые не требуют специального разрешения и относятся к реализации личной автономии. Они также обладают и соответствующими обязанностями, необходимыми для реализации правоспособности. Поддержка и/или разумное приспособление могут быть необходимыми для обеспечения равенства при реализации своих прав и обязанностей.

6. Все дети, включая и тех, у кого есть инвалидность, обладают развивающейся правоспособностью, которая включает возможность иметь права и развивающуюся полностью ко взрослому возрасту способность совершать действия. Дети с инвалидностью имеют право на признание такой же

правоспособности как и их сверстники, а также на поддержку согласно возрасту и инвалидности для того, чтобы реализовать свою развивающуюся правоспособность.

7. Родители и законные представители обладают правом и обязанностью действовать в наилучших интересах ребенка, уважая его развивающуюся правоспособность. Государство обязано вмешиваться для защиты правоспособности и прав ребенка, если родители действуют в противоречии с этим принципом, согласно Конвенции о правах ребенка. Право родителей и законных представителей действовать от имени ребенка прекращается с наступлением совершеннолетия. Это правило должно быть одинаковым для всех во избежание того, чтобы люди с инвалидностью рассматривались как дети во взрослом возрасте.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ОБЩЕСТВЕННОГО УСТРОЙСТВА ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ

1. Власти отвечают за то, чтобы заменить существующие законы и политику, поддерживающие замещение воли лица при принятии решений на механизмы поддержки при принятии решений и их признание в законодательстве, соответствующих политических документах и программах для эффективной их реализации.

2. Власти отвечают за развитие, поддержание, стимулирование и предложение услуг по поддержке, а также за обеспечение гарантий высокого качества поддержки и ее соответствия таким стандартам, как: уважение к правам, воле и предпочтениям лица, свобода от конфликта интересов и неуместного влияния, учет индивидуальных обстоятельств.

3. Поддержка не должна ограничивать права личности или принуждать действовать определенным образом. Поддержка не должна оказывать влияние на дееспособность. Человек не может быть принужден к принятию поддержки против своей воли.

4. Различные типы поддержки должны обеспечиваться и развиваться так, чтобы они соответствовали потребностям людей с инвалидностью и позволяли осуществить выбор среди различных возможностей. Типы поддержки могут, например, включать создание сети поддержки, назначение персонального помощника, муниципальное социальное обслуживание, взаимоподдержка и заблаговременное планирование. Возраст, пол, культурные и религиозные предпочтения и другие подобные факторы должны приниматься во внимание, также как и потребности людей с различными типами инвалидности.

5. Предварительные меры могут понадобиться,

⁵ <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DayGeneralDiscussion21102009.aspx>; <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/egm/Article12.pdf> (пер.с англ. мой Е.Ш.) Представленный здесь материал «Принципы имплементации статьи 12 Конвенции о правах инвалидов» (Principles for implementation of CRPD Article 12) был подготовлен Международным альянсом организаций инвалидов (International Disability Alliance, IDA <http://www.internationaldisabilityalliance.org/en/about-us>), целью которого является содействие полной и эффективной имплементации Конвенции о правах инвалидов.

когда выявить личные пожелания сложно и выясняется, что человеку, вероятно, нужна поддержка в этом или в случае, когда поддержка не приносит ожидаемого результата, несмотря на приложенные усилия. В таких случаях необходимо обеспечить доступность помощи со стороны профессиональных специалистов по поддержке, подготовленных к установлению контакта (коммуникации), а также обязанность уважать автономию лица. Власти должны также способствовать заблаговременному планированию поддержки, которая может понадобиться в будущем.

6. Человек может быть согласен с тем, что его помощник(и) могут принимать определенные типы решений, в случае, если выявить его пожелания в определенный момент окажется невозможным. Но это не означает, что человек теряет право принимать такие решения. Помощник сохраняет обязанность прилагать усилия для коммуникации и следовать пожеланиям лица постольку, поскольку они могут быть установлены.

7. Если получить разрешение не удалось и коммуникация не установлена, несмотря на достаточные усилия, профессиональные помощники, продолжая установление контакта, принимают решение, наиболее способствующее возможному его последующему изменению.

8. Решения, затрагивающие глубокие личные ценности и/или относящиеся к применению таких мер, которые могут причинить ущерб физической или ментальной целостности, например, стерилизация, кохлеарная имплантация, применение нейрорепрограммируемых стимуляторов, электрошока или психиатрической госпитализации, не должны приниматься без информированного согласия, подтвержденного человеком, к которому они применяются.

ОТКАЗ ОТ СИСТЕМЫ ЗАМЕЩЕНИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

1. Власти должны применять неотложные меры к тому, чтобы:

- а) признавать равное право всех иметь и использовать правоспособность без дискриминации на основе инвалидности;
- б) устанавливать законодательные, политические и финансовые основы для
 - I. обеспечения поддержки принятия решений в соответствии с вышеуказанными принципами;
 - II. закрепления обязанности публичного и частного сектора учитывать граждан с инвалидностью, которые нуждаются в поддержке принятия решений, а также
- с) запрещать
 - I. полную опеку
 - II. неограниченную во времени опеку

- III. наделение опекуна таким правовым статусом, который позволяет ему пересматривать решения другого человека;
- IV. назначение индивидуальной опеки против желания человека о ее прекращении;
- V. любой механизм принятия решений, если он позволяет пересматривать личную волю человека, независимо от того, касается ли это единичного решения или длительной перспективы;
- VI. любые другие механизмы замещения принятия решений, кроме случаев, когда человек не возражает против этого и есть необходимость обеспечения поддержки в его жизни с тем, чтобы он в конечном счете мог осуществлять правоспособность в полном объеме.

2. Все законы и механизмы, которые позволяют лишать правоспособности или ограничивать ее, и основаны на различии в правоспособности, должны быть отменены или заменены законами, признающими право на использование своей правоспособности. Помимо замещающего принятия решений, это касается признания недееспособным, принудительного помещения в учреждение или обязательной госпитализации или лечения.

3. Аналогичным образом, должны быть отменены законы, лишаящие человека возможности использовать свои права и осуществлять юридические действия или обязанности по причине инвалидности. Например, участие в голосовании, занятие государственных должностей, участие в коллегии присяжных заседателей, дача или отказ в даче информированного согласия, наследование или владение имуществом на праве собственности, вступление в брак и воспитание детей, - эти права гарантированы в Конвенции, и они также связаны с реализацией правоспособности. Поддержка и/или адекватное приспособление должны быть обеспечены там, где это необходимо для реализации прав и исполнении обязанностей. Подписи граждан с инвалидностью должны признаваться равным образом с другими гражданами.

4. Правительствам следует учитывать положения статьи 12 при применении уголовной ответственности и в системе уголовной юстиции. Люди с психо-социальными нарушениями также, как и другие граждане, несут ответственность за правонарушения, применяемую посредством гражданского, уголовного правосудия или правосудия другого вида, и должны быть обеспечены всеми видами поддержки и приспособления так, чтобы доступ к правосудию и условия наказания применялись с учетом уважения прав и достоинства человека. Смертная казнь и другие подобные суровые меры

должны быть отменены в целях гуманизации наказания для всех.

5. Применение всех аспектов статьи 12, включая развитие и обеспечение поддержки, требует активного вовлечения и партнерства граждан с инвалидностью и организаций, которые они выби-

рают для представления их интересов (в частности, организаций людей с инвалидностью, контролируемых ими самими). Должны привлекаться все, кто нуждается в защите Конвенции с учетом развивающегося понятия инвалидности.

IV. О реформировании российского законодательства о правоспособности и защите прав граждан с психическими нарушениями

Комитет ООН по правам человека в заключительных замечаниях к шестому периодическому докладу России о выполнении Международного Пакта о гражданских и политических правах отметил проблему очевидного отсутствия надлежащих процессуальных и материальных гарантий против чрезмерных ограничений в отношении осуществления лицами, страдающими психическими расстройствами, закрепленных в Пакте прав, а также и тот факт, что лица, лишённые дееспособности, не имеют, в частности, правовых средств обжалования злоупотреблений со стороны сотрудников специализированных учреждений, в которые они помещены, что дополнительно усугубляется отсутствием независимого механизма инспектирования психиатрических учреждений. Комитет рекомендовал России:

- a) пересмотреть свою политику лишения лиц с психическими расстройствами их дееспособности и определять необходимость и соразмерность любой меры на индивидуальной основе с соблюдением эффективных процессуальных гарантий и при обеспечении во всех случаях того, чтобы все лица, которые были лишены дееспособности, имели быстрый доступ к механизму эффективного судебного пересмотра изначального решения и в тех случаях, когда это применимо, решения о помещении их в специальное учреждение;
- b) обеспечить, чтобы лица с психическими расстройствами могли осуществлять свое право на использование эффективного средства правовой защиты от нарушений их прав и рассмотреть возможность использования менее ограничительных альтернатив принудительному ограничению свободы и лечению лиц с психическими расстройствами;
- c) принять надлежащие меры для предупреждения всех форм жестокого обращения в психиатрических учреждениях, в том числе

путем создания систем проведения инспекций, действующих на основе принятых Организацией Объединенных Наций Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (принятых Генеральной Ассамблеей в резолюции 46/119)⁶.

Российское законодательство в отношении граждан с психическими расстройствами и в особенности граждан, признанных недееспособными, нуждается в пересмотре и совершенствовании в соответствии с нормами международного права. Это признается не только международными органами и организациями, российскими исследователями и юристами, осуществляющими практику защиты граждан с психическими расстройствами, но и высшими судебными инстанциями России и другими органами государственной власти.

Наши коллеги-юристы отмечали неоднократно, что существующая система признания гражданина недееспособным юридически и фактически лишает граждан, признанных недееспособными многих прав:

«Цель признания гражданина недееспособным: защитить его права и интересы от возможных злоупотреблений и последствий собственных «неразумных» решений. Вместе с тем лишение гражданина дееспособности приводит к ограничению многих его прав... Лишение человека дееспособности влечет для него серьезные правовые последствия. Недееспособный гражданин теряет право участвовать в выборах, самостоятельно совершать составлять завещание и совершать иные сделки, распоряжаться денежными доходами и

⁶ Заключительные замечания к шестому периодическому докладу РФ и выполнении международного пакта о гражданских и политических правах, CCPR/C/RUS/CO/6, пар. 19; Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН О защите психически больных лиц и улучшении психиатрической помощи, A/RES/46/119, www.un.org.

имуществом по своему усмотрению, вступать в брак, быть усыновителем, состоять на государственной службе, подавать заявления в органы государственной власти, органы местного самоуправления, суд и др. Согласия недееспособного гражданина не требуется и на расторжение с ним брака, усыновление его детей, обработку его персональных данных, совершение иных действий, например государственную дактилоскопическую регистрацию лица и др.»⁷

Правоспособность гражданина, признанного недееспособным, таким образом, значительно ограничивается по сравнению с правоспособностью гражданина, чья дееспособность не была ограничена судом. Система опеки, основанная на таком существенном ограничении прав гражданина, становится в результате действия законодательства поддержкой системы неравноправия, социального исключения и невнимания к личной автономии, собственному выбору и человеческому достоинству, вместо того, чтобы выполнять свое действительное предназначение – оказание поддержки в принятии решений, необходимой помощи и содействия в реализации прав и исполнении обязанностей.

«Люди, находящиеся под опекой, автоматически утрачивают право принимать решения, связанные с распоряжением своими финансовыми средствами или имуществом», отмечается в докладе Психиатрического правозащитного центра (MDAC)⁸.

Полная утрата возможности самостоятельно принятия решений как результат признания гражданина недееспособным и есть тот ключевой вопрос, который должен быть в центре реформы российского законодательства. Автономия личности как фундаментальное положение, лежащее в основе принципов и норм о правах человека, должно найти выражение в российском законодательстве о дееспособности и опеке. А положения, ограничивающие права и исключающие самостоятельность в принятии решений, должны быть отменены как противоречащие положениям статьи 12 Конвенции.

«Статья 12 Конвенции требует радикального пересмотра как самого института дееспособности, так и существующей системы опеки над недееспособными гражданами», – отмечается в Рекомендациях

о реформе российского законодательства Психиатрическим правозащитным центром (MDAC)⁹.

Наконец, необходимость реформирования российского законодательства о дееспособности признана Конституционным судом РФ, который рассматривая дело по заявлению гражданки И. Деловой о несоответствии отдельных положений Гражданского кодекса Российской Федерации, в частности, постановил:

«Федеральному законодателю надлежит - в соответствии с требованиями Конституции Российской Федерации и с учетом настоящего Постановления - в срок до 1 января 2013 года внести необходимые изменения в действующее гражданско-правовое регулирование в целях наиболее полной защиты прав и интересов граждан, страдающих психическими расстройствами.»¹⁰

В связи с данным решением Государственной Думой положения, вносящие изменения и дополнения в институт дееспособности, были включены в федеральный закон от 30.12.2012 № 302-ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации». Этим законом, в частности, статья ГК РФ о признании гражданина недееспособным была дополнена положениями об ограниченной дееспособности. Ранее такого института для защиты прав граждан с психическими нарушениями не существовало.

Новая редакция п. 2 ст. 30 ГК РФ предусматривает (в этой части закон вступит в силу в 2015 году):

«2. Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.

Такой гражданин совершает сделки, за исключением сделок, предусмотренных подпунктами 1 и 4 пункта 2 статьи 26 настоящего Кодекса, с письменного согласия попечителя. Сделка, совершенная таким гражданином, действительна также при ее последующем письменном одобрении его попечителем. Сделки, предусмотренные подпунктами 1 и 4 пункта

⁷ Памятка для граждан с ментальной инвалидностью, юристов и иных специалистов, занимающихся защитой прав лиц с ментальной инвалидностью. Составители Д.Г. Балыкин и С.Г. Перепада. – Н.Новгород, 2012.

⁸ Опека и права человека в России. Анализ законодательства и практики. Психиатрический правозащитный центр/Mental Disability Advocacy Center (MDAC), 2007, с.97 // http://mdac.info/sites/mdac.info/files/Russian_Guardianship_and_Human_Rights_in_Russia.pdf

⁹ Анализ российской системы полной опеки над недееспособными гражданами в свете реализации статьи 12 Конвенции ООН о правах инвалидов // http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/Russian_Analysis_of_the_Russian_legal_capacity_system_for_persons_with_mental_disabilities_Towards_implementation_of_Article_12_of_the_UN_CRPD.pdf

¹⁰ Постановление Конституционного Суда РФ от 27 июня 2012 года № 15-П «По делу о проверке конституционности пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса РФ в связи с жалобой гражданки И.Б. Деловой.

2 статьи 26 настоящего Кодекса, такой гражданин вправе совершать самостоятельно.

Гражданин, ограниченный судом в дееспособности по основаниям, предусмотренным настоящим пунктом, может распоряжаться выплачиваемыми на него алиментами, социальной пенсией, возмещением вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на его содержание выплатами с письменного согласия попечителя, за исключением выплат, которые указаны в подпункте 1 пункта 2 статьи 26 настоящего Кодекса и которыми он вправе распоряжаться самостоятельно. Такой гражданин вправе распоряжаться указанными выплатами в течение срока, определенного попечителем. Распоряжение указанными выплатами может быть прекращено до истечения данного срока по решению попечителя.

При наличии достаточных оснований суд по ходатайству попечителя либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить такого гражданина права самостоятельно распоряжаться

своими доходами, указанными в подпункте 1 пункта 2 статьи 26 настоящего Кодекса.

Гражданин, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, самостоятельно несет имущественную ответственность по сделкам, совершенным им в соответствии с настоящей статьей. За причиненный им вред такой гражданин несет ответственность в соответствии с настоящим Кодексом.»;

Таким образом, не отменяя правовой институт признания гражданина недееспособным, законодатель все-таки признал, что лишение дееспособности не всегда является адекватной и необходимой мерой защиты интересов гражданина, имеющего психическое расстройство. Закон, а следовательно и практика его применения должны стать более гибкими, учитывать индивидуальную ситуацию гражданина. А слова «при помощи других лиц» предполагают, что и в федеральный закон об опеке должны быть внесены изменения, чтобы определить какая помощь и в каком порядке должна оказываться.

V. Рекомендации по реформе федерального законодательства

Наши коллеги в других регионах уже разработали ряд рекомендаций по внесению изменений в российское законодательство.¹¹

Анализ законодательства стран Европы, в том числе и российского законодательства о правах людей с ментальной инвалидностью, проведен некоммерческой организацией Психиатрический правозащитный центр (The Mental Disability Advocacy Center (MDAC))¹². Это международная организация по защите прав детей и взрослых с интеллектуальной инвалидностью и психо-социальными нарушениями. MDAC использует право как инструмент достижения равенства и социальной инклюзии посредством представления инте-

ресов граждан в суде, правозащитной деятельности, исследования и мониторинга во всем мире.

Психиатрическим правозащитным центром разработаны и опубликованы рекомендации с целью оказания содействия властям Российской Федерации в проведении реформы устаревших законов в сфере опеки над недееспособными гражданами¹³. Рекомендации основаны на многолетнем опыте юридической работе Психиатрического правозащитного центра, направленной на поощрение реформ законодательства в данной сфере в странах Центральной и Восточной Европы, в том числе и в России, и включают следующие положения:

а. Новое законодательное регулирование должно отказаться от модели полной (тотальной) недееспособности и предусмотреть введение менее ограничительных альтернатив полному лишению дееспособности.

¹¹ Права человека и психиатрия в Российской Федерации: Докл. по результатам мониторинга и темат. ст. / [Отв. ред. А. Новикова]. — М.: Моск. Хельсинкс. группа, 2004; Мониторинг нарушений прав лиц с ментальной инвалидностью и членов их семей. РООИ «Перспектива», Москва, 2011; Общественный доклад о соблюдении прав людей с ментальной инвалидностью. ВРООИ «Искры Надежды», Воронеж, 2012; Мониторинг социальной ситуации в РФ в области оказания помощи людям с различными нарушениями развития социально ориентированными некоммерческими организациями. РБОО « Центр лечебной педагогики», Москва, 2013; Мои права в психоневрологическом интернате. РООИ «Перспектива», Москва, 2013.

¹² <http://www.mdac.info/en/about> (28.04.2013)

¹³ Анализ российской системы полной опеки над недееспособными гражданами в свете реализации статьи 12 Конвенции ООН о правах инвалидов, с. 6 // http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/Russian_Analysis_of_the_Russian_legal_capacity_system_for_persons_with_mental_disabilities_Towards_implementation_of_Article_12_of_the_UN_CRPD.pdf

б. Необходимо уточнить установленные в законе критерии признания гражданина недееспособным с целью исключения необоснованного применения такой меры. Процедурные гарантии, установленные в Гражданском процессуальном кодексе, должны быть усилены с целью обеспечения безусловного участия в рассмотрении дела гражданина, вопрос о дееспособности которого решается.

в. Законодательная реформа должна обеспечить то, чтобы оценка фактической дееспособности гражданина проводилась только в тех сферах, в которых он нуждается в защите или помощи.

г. Законодательство должно обеспечивать гражданину, дееспособность которого ограничена, возможность непосредственного обращения в суд с целью изменения или отмены данной меры. Закон должен обеспечивать то, чтобы все меры, ограничивающие дееспособность, применялись только в течение определенного периода времени, при условии периодического пересмотра необходимости сохранения таких мер.

д. Новое законодательство должно установить механизмы эффективного контроля действий и бездействия опекунов.

е. Новое законодательство должно способствовать прекращению практики использования недееспособности с целью облегчения изоляции гражданина в интернате или психиатрической больнице. Опекун не должен иметь права помещать подопечного в интернат, а сами стационарные учреждения (психоневрологические интернаты и психиатрические больницы) не должны наделяться полномочиями опекунов.

Процесс реформирования российских законов затрагивает не только федеральное, но и региональное законодательство. Это касается прежде всего законодательства о социальном обслуживании, об образовании, о гарантиях трудоустройства и других вопросах, относящихся к предмету совместного ведения федеральных и региональных властей.

VI. Проблемы реализации прав граждан с психическими нарушениями в Архангельской области

НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Официальные данные об общем числе инвалидов в России отсутствуют, статистика в регионах носит относительный характер. Косвенное представление о контингенте инвалидов дают данные о числе лиц, получающих пенсию по инвалидности. По мнению исследователей¹⁴, статистика дает представление в лучшем случае лишь о половине или двух третях реально существующих в обществе инвалидов, что связано с рядом обстоятельств.

Во-первых, в число пенсионеров не попадает часть лиц, признанных инвалидами по результатам освидетельствования в экспертных комиссиях, но не обратившихся затем в органы социальной защиты. Во-вторых, поскольку учет инвалидности ориентирован на источник пенсионного обеспечения, инвалиды, получающие другие виды пенсий (по возрасту, потере кормильца и др.), «исчезают» из общей статистики. В-третьих, учет инвалидности является ведомственным, поэтому часть инвалидов, получающих пенсии в других ведомствах, таких как Министерство обороны, МВД, ФСБ и др. также не входят в общую статистику.

По данным ВОЗ психические и неврологические расстройства, а также расстройства, связанные с

употреблением наркотиков и других веществ, распространены во всех регионах мира. Они поражают каждое сообщество и каждую возрастную группу в странах с разными уровнями дохода. На эти расстройства приходится 14% глобального бремени болезней¹⁵. Согласно статистике за 20 лет после принятия федерального закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (2 июля 1992 г. № 3185-1) число жителей России, страдающих душевными расстройствами, удвоилось. Сегодня более трех миллионов россиян лечатся в психиатрических больницах и диспансерах¹⁶, около 300 тысяч живут в интернатах, ежегодно до 30 тысяч признаются недееспособными¹⁷, до 60% дошкольников страдают психическими расстройствами и аномалиями¹⁸.

Архангельская область – один из малонаселенных субъектов РФ, расположенных на территории Европейского Севера и относительно удаленных от федерального центра. Площадь территории об-

¹⁴ <http://marker.ru/news/1770>, дата обращения 10.02.2013

¹⁵ http://www.who.int/mental_health/mhgap/ru/

¹⁶ <http://top.rbc.ru/society/06/03/2013/848102.shtml>, дата обращения 5.02.2013

¹⁷ <http://www.klubpsihiatrov.ru/sites/default/files/71.pdf>, дата обращения 22.12.2012

¹⁸ <http://www.miloserdie.ru/index.php?ss=1&s=8&id=13941>, дата обращения 22.12.2012

ласти составляет 589 913 кв. км. Численность населения Архангельской области (без учета Ненецкого автономного округа) составляет 1171,1 тыс. человек (по данным Росстата на 01.01.2012), городское население составляет около 1 млн. человек. Доля мужчин составляет 46,7 %, женщин – 53,3 %, доля населения трудоспособного возраста – 60,3 %, доля детского населения – 18,8 %. На протяжении последних пяти лет отмечена положительная тенденция увеличения показателя рождаемости населения - с 11,8 на 1000 населения в 2008 году до 12,6 на 1000 населения в 2012 году (на 6,3 %). Показатель общей смертности в 2012 году составил 13,7 на 1000 населения, что на 6,8 % меньше уровня 2008 года.

По данным за 2010 год¹⁹ в Архангельской области проживает 6641 граждан, признанных инвалидами по психическим заболеваниям, из них недееспособных – 2881, ограниченно дееспособных – 63, находящихся под патронажем – 458. При этом из 2881 недееспособных совершеннолетних граждан 1265 (43,9 %) находятся в девяти психоневрологических интернатах и четырех геронтопсихиатрических отделениях домов-интернатов общего профиля, подведомственных министерству здравоохранения и социального развития Архангельской области, а 1616 проживают в семьях, либо являются одиночками или находятся в психиатрических стационарах.

В 2011 году в области выявлено 8017 психических расстройств. При этом среди лиц с ментальными нарушениями не все являются инвалидами.

Также очевидно, что данные статистики о количестве ментальных инвалидов занижены в силу того, что эта форма инвалидности представлена формулировкой «инвалидность по общим заболеваниям» или скрыта в установлении множественной инвалидности.

Это касается и детей. Колебания уровня первичной инвалидности у детей по Архангельской области незначительные и её показатели соответствуют общероссийским. Число детей, освидетельствованных МСЭ первично, за последние годы изменилось незначительно, но количество признанных инвалидами уменьшилось. Вырос процент детей, необоснованно направленных на МСЭ.

Количество детей-инвалидов по Архангельской области сократилось, особенно это заметно в крупных городах, таких как Архангельск и Северодвинск. Это связано с более строгим подходом в установлении инвалидности у детей.

¹⁹ Массовые нарушения прав недееспособных граждан на предоставление услуг стационарного социального обслуживания в учреждениях психоневрологического профиля. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Архангельской области. Архангельск, 2010, с. 10 // <http://www.pomorupolnom.ru/> (28.04.2013)

По мнению исследователей²⁰ (а также участников фокус-групп и интервьюируемых), в стране ведется целенаправленная политика сокращения числа инвалидов или снижение группы инвалидности. Решается этот вопрос не только путем улучшения медицинского обслуживания и реабилитации людей, у которых обнаружено тяжелое заболевание, но и лишением статуса инвалида. Это дает позитивные цифры статистики и сокращает расходы государства на социальные выплаты. Содержание одного ребенка-инвалида обходится государству в три-четыре раза дороже (по разным оценкам до пяти раз), чем содержание ребенка без инвалидности.

КОНТРОЛЬ НАД ОПЕКУНАМИ И ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН, ПРИЗНАННЫХ НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ

Граждане, признанные недееспособными и имеющие собственное жилье, в том случае, если они не проживают в интернате, находятся под опекой у профессиональных опекунов (сотрудников социальных учреждений) либо опекунов, назначенных органами опеки, посещающих его на дому либо проживающих с ним совместно.

В этом случае ответственность за расходование доходов подопечного несет опекун.

Согласно п. 1 ст. 37 действующей редакции Гражданского кодекса РФ:

Доходы подопечного, в том числе суммы алиментов, пенсий, пособий и иных предоставляемых на его содержание социальных выплат, а также доходы, причитающиеся подопечному от управления его имуществом, за исключением доходов, которыми подопечный вправе распоряжаться самостоятельно, *расходуются опекуном или попечителем исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения органа опеки и попечительства. Без предварительного разрешения органа опеки и попечительства опекун или попечитель вправе ежемесячно расходовать на содержание подопечного его денежные средства в пределах установленной в соответствии с законом величины прожиточного минимума на душу населения в целом по Российской Федерации.* (курсив наш)

При реализации данной нормы возникают такие вопросы:

1) В понятие «доходы подопечного» законодатель включает только те выплаты, которые, как указано в данной статье, являются выплатами на содержание подопечного или являются доходами от управления имуществом. Понятие «средства на содержание» не раскрывается в законе. Однако, в общепринятом смысле данного понятия имеются

²⁰ <http://marker.ru/news/1770>, дата обращения 10.02.2013

в виду средства, необходимые на удовлетворение основных жизненных потребностей человека, – прежде всего в питании, одежде, оплате жилья.

Федеральный закон «О прожиточном минимуме» определяет понятие «потребительской корзины» как необходимые для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности минимальный набор продуктов питания, а также непродовольственные товары и услуги, стоимость которых определяется в соотношении со стоимостью минимального набора продуктов питания.

Законодатель оставил без внимания такие выплаты, как суммы монетизированных льгот, субсидий, стоимости набора социальных услуг, в том числе выплат на приобретение лекарств, компенсации на уход за нетрудоспособным гражданином и других подобных выплат, которые должны покрывать оплату не только жилья, но и иных необходимых выплат и услуг, которые не во всех случаях можно отнести к понятию «выплаты на содержание».

При этом в расчете размера прожиточного минимума неработающих граждан с инвалидностью I и II групп расходы на услуги рассчитываются в меньшем размере по сравнению с гражданами трудоспособного возраста, а расходы по обязательным платежам и сборам вообще не включены. Следовательно в минимально необходимых на содержание средствах – прожиточном минимуме – такие средства для граждан с инвалидностью не учтены. А это означает, что израсходовать эти средства без разрешения органа опеки нельзя.

Таким образом, чтобы произвести оплату жилья и коммунальных услуг, приобрести лекарства, оплатить телефонную связь, опекун должен получить предварительное разрешение органа опеки, что требует прохождения процедуры получения такого разрешения, несмотря на то, что необходимость данных расходов, как правило, является вполне очевидной. Законодатель, таким образом, значительно усложняет осуществление тех повседневных расходов, которые обычные граждане выполняют без разрешения. Оправданно ли такое ограничение?

2) В практике применения данной нормы может возникать проблема условий получения такого предварительного разрешения. В статье 37 ГК РФ никаких условий получения предварительного разрешения не указывается. Однако, в силу того, что органы опеки должны осуществлять контроль над действиями опекуна, такие условия ставятся. Например, в городе Архангельске органы опеки в январе 2013 года установили такое условие выдачи разрешения как предварительная сдача отчета опекуна о расходовании имущества подопечного. Срок представления отчетности установлен в со-

ответствии с законом 1 февраля, таким образом, получение разрешения опекунами в январе оказалось для опекунов проблематичным.

Пользуясь своим правом контроля, органы опеки рассматривают выдачу разрешения на расходование средств подопечного как способ управления, контроля и наказания нерадивых опекунов, которые представляют отчетность несвоевременно. Органы опеки мотивируют такую практику необходимостью контроля над расходованием средств опекуном. Таким образом отказ от выдачи разрешения может быть использован как средство наказания «плохих» опекунов. В результате же страдают недееспособные граждане, которые имея средства на своих счетах и обладая по закону правом собственности на них, фактически оказываются лишены возможности их использовать либо вообще фактически лишаются этого права. Право собственности для них, таким образом, перестает существовать фактически, хотя юридически они должны обладать правом собственности в полном объеме. Необходимо таким образом разрабатывать гибкие и понятные для опекунов схемы контроля над расходованием средств подопечного, которые не имели бы негативных последствий, в первую очередь, для подопечного.

Граждане, проживающие в учреждениях, также встречаются с ограничениями в использовании собственных средств:

3) «Привязанность» допустимого расходования без разрешения органов опеки к размеру прожиточного минимума препятствует осуществлению таких нормальных и обычных для любого человека расходов как подарки своим близким.

В практике есть случаи отказов в выдаче разрешения на расходование средств, которые подопечные хотели бы потратить на подарки родственникам к дню рождения или какому-либо важному событию в их жизни. Мотивом отказа является ссылка на правило, согласно которому средства пенсий, пособий и иных доходов подопечного должны тратиться исключительно в интересах подопечного, а это сотрудниками органов опеки интерпретируется так, что средства можно тратить только на содержание подопечного и приобретение тех вещей, которые он потребляет лично.

Таким образом, гражданам, признанным недееспособными, отказывается в обычной естественной человеческой потребности делать подарки своим близким, что является унижительным, а кроме того, никак не способствует поддержанию контактов человека со своими родственниками и близкими людьми и скорее характеризует чрезмерную опеку со стороны государства, чем нормально необходимую заботу.

4) В результате практики ограничения расходования средств подопечных на счетах граждан, признанных недееспособными, скапливаются значительные средства, воспользоваться которыми гражданин практически не может ни самостоятельно, ни с помощью своего опекуна.

Одним из негативных примеров последствий такой опеки со стороны государства является расходование средств на похороны умершего гражданина, – случай подопечной, переведенной из под опеки на дому в больницу, на койку сестринского ухода, в связи с необходимостью 24-часового ухода. Орган опеки уведомил опекуна о прекращении опеки в связи с тем, что подопечная теперь находится под надзором организации, которая в силу закона и должна осуществлять функции опекуна. В то же время больница не имела фактической возможности выполнять функции опекуна (прежде всего по причине недостатка штатных единиц для этого), поэтому за разрешением на расходование средств в орган опеки и не обращалась. Подопечная таким образом, фактически лишилась возможности пользоваться своими средствами, как это прежде происходило, когда у нее был опекун, назначенный органом опеки. Она через некоторое время умерла и была похоронена как лицо, не имеющее родственников («отказник» на языке социальных работников), то есть с минимальными гарантиями, обеспечиваемыми за счет государства, в то же время имея значительные средства на своем банковском счете на достойные похороны. Эти средства в дальнейшем переходят в собственность государства в порядке наследования выморочного имущества. Пример показывает, что в существующей системе назначения опекунов присутствуют существенные проблемы, в частности, отсутствует возможность перераспределения или деления опекунских обязанностей «опекун – больница» (см. п. 5 ст. 11 Федерального закона «Об опеке») и таким образом, закон не дает оснований для эффективного взаимодействия этим участникам в интересах подопечного²¹.

ПРОБЛЕМА ДОСТУПА К ОБЩЕМУ ОБРАЗОВАНИЮ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

В 2010 году в области принята Концепция образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, согласно которой органы управления образованием должны стремиться к тому, чтобы образование было инклюзивным, то есть все дети должны обучаться, как правило, в образовательных учреждениях общего типа.²²

К сожалению эта идея не в полной мере нашла закрепление в принятом в июне 2013 г. законе «Об образовании в Архангельской области»²³. Например, одним из принципов инклюзивного образова-

ния, отраженных в Концепции (гл. II), является положение о том, что организация и характер учебного процесса должны быть адаптированы к потребностям детей, а не наоборот. Согласно Саламанкской декларации обучение лиц с особыми потребностями основано на представлении о том, что «различия между людьми являются нормальным явлением, что обучение следует соответствующим образом адаптировать к потребностям детей, а не подгонять детей к заранее устоявшимся предположениям относительно организации и характера учебного процесса»²⁴. К сожалению, закон Архангельской области закрепил прямо противоположный принцип. В п.3 пп.6) ст. 21 этого акта указывается как одно из условий инклюзивного образования «Обеспечение

²¹ В связи с рассматриваемым случаем представляет особый интерес обращение родителей детей-инвалидов, направленное в Государственную Думу через портал Демократор. Текст см.здесь <http://democrator.ru/problem/9547/docs> (01.05.2013). В нем родители обращают внимание на те предложения о поправках в ГК РФ, которые Думой были отклонены, а именно «В соответствии со второй частью поправок, не принятых Госдумой, опека могла распределяться между несколькими лицами – физическими и юридическими (государственными и негосударственными).» Проблема связана с ситуациями, когда подопечный помещается в интернат. Основной аргумент родителей за такое «расщепление» опекунских функций в том, чтобы не создавать почвы для злоупотребления стационарными учреждениями своими опекунскими правами в ущерб интересам подопечных, ибо эти учреждения оказываются одновременно в положении заказчика и исполнителя услуг, что весьма ограничивает возможности контроля над осуществлением ими своих опекунских обязанностей. Наш пример показывает, что помимо проблемы злоупотребления, есть серьезная проблема кадрового потенциала подобных учреждений (в нашем примере речь идет о стационарном учреждении здравоохранения). Характерно, что в ответе на вышеуказанное обращение и выражается вполне четко позиция законодателя, а именно: проблема организации взаимодействия между лицами, выполняющими опекунские полномочия в случае, если допустить их перераспределение или «расщепление», не может быть решена в соответствии с **действующим** законодательством (курсив наш). Ответ размещен на том же портале <http://democrator.ru/problem/9547/docs#answer/48027034> (01.05.2013). Таким образом проблема не может быть решена путем незначительных корректировок в одном из этих законов, оба они нуждаются в поправках.

²² Текст Концепции доступен в справ.-правовой системе «КонсультантПлюс» в разделе «Региональное законодательство» либо на сайте ИППК РО <http://ippk.arkh-edu.ru/doc/detail.php?ID=63313> (28.04.2013).

²³ Областной закон Об образовании в Архангельской области от 02.07.2013 № 712-41-ОЗ // http://www.aosd.ru/uploads/dcsadd_doc__2027.pdf

²⁴ Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, п. 4 // http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/salamanka.pdf

адаптации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья к образовательной среде государственной или муниципальной образовательной организации...»

В то время как ст. 21 посвящена дополнительным мерам по организации инклюзивного образования ст. 22 об образовании обучающихся с ограниченными возможностями здоровья опирается совсем на другие принципы, «забыв» о том, что Концепция самым первым принципом обучения учащихся с ОВЗ на территории области признает «приоритетность инклюзивного образования по сравнению с раздельным обучением в образовательных учреждениях общего типа и специальных (коррекционных) образовательных учреждениях» (гл.III). Если сравнить содержание статей 21 и 22, то очевидно, что право на инклюзивное образование и образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья – как будто находятся в разных плоскостях, как бы сами по себе, в то время как в Концепции они объединены. Таким образом, принципиальный подход, заложенный в Концепции, о том, что учащиеся с ограниченными возможностями здоровья имеют право на инклюзивное образование, оказался невостребованным в областном законе, который, хотя и не отрицает инклюзивного образования, но отнюдь не опирается на его приоритет.

На проблему реализации инклюзивного образования в городе и области необходимо обратить внимание. К сожалению, несмотря на существующие в области хорошие практики и положительные примеры инклюзии в образовании, широкого распространения инклюзивное образование пока не получает. Количество специальных классов в общеобразовательных школах увеличивается, а количество учреждений, применяющих инклюзивные практики, за 5 лет, прошедших с момента включения в областной закон об образовании положений о дополнительном финансировании обучения учащихся с ОВЗ, не увеличилось.

Несмотря на то, что законом предусмотрены гарантии равенства, а также в областном бюджете предусматриваются ежегодно дополнительные финансовые средства для того, чтобы образовательные учреждения общего типа могли создавать условия для детей с ограниченными возможнос-

ми здоровья, изменения не происходят быстро. В основном постепенное сближение двух систем (общей и специальной) наблюдается через открытие специальных классов и групп в учреждениях общего типа (как дошкольных, так и общеобразовательных), что является положительным движением к постепенной интеграции постольку, поскольку это способствует включению детей в общий коллектив школы, участие в общешкольных мероприятиях, а также помогает учащимся специальных классов более гибко и постепенно переходить в общие классы, когда есть готовность к этому.

При этом необходимо признать, что открытие специальных классов и групп в общеобразовательных учреждениях является лишь переходным этапом в формировании системы инклюзивного образования, а не собственно инклюзивным образованием, что в последующем необходимо расширять доступность качественного образования для обучающегося с ОВЗ в условиях групп и классов «общего типа».

Инклюзивное образование призвано обеспечить равенство и социальную интеграцию детей с ограниченными возможностями здоровья, которых в Архангельской области сегодня насчитывается около 13000, из них 4000 имеют статус инвалидов. А это, в частности, основывается на том, что с самого раннего возраста дети обучаются на территории своего района, в одной школе, в одном классе независимо от наличия или отсутствия инвалидности или ограниченных возможностей здоровья.

В ходе анкетирования и опроса респондентам предлагалось оценить, насколько сегодня решаются вопросы создания доступной среды для людей с инвалидностью в их населенном пункте Архангельской области в различных сферах (см. Приложение, таблица 3). Выявилось, что в сфере образования степень доступности оценивается значительно выше, чем в других сферах, но и здесь еще много проблем.

По сравнению с исследованием 2007 года²⁵ в два раза увеличилось число тех, кто знает о введении инклюзивного подхода к образованию.

²⁵ Образование для всех. Исследовательский проект. РОО «Союз общественных объединений инвалидов Архангельской области», Поморский центр социально-политических исследований «Стига». – Архангельск, 2007.

Знаете ли Вы, что в Архангельске развивается общественное движение по инклюзивному подходу к образованию?	2007	2013
Знаю	6,1	12,3
Что-то слышал	21,6	31,9
Слышу сейчас впервые	66,6	52,6
Затрудняюсь ответить	5,8	3,2

Как Вы считаете, будет лучше для школы, в которой учится ваш ребенок, если в ней будет развиваться инклюзивный подход к образованию?	2007	2013
Однозначно лучше	7,5	9,3
Скорее лучше	31,1	36,9
Скорее хуже	18,7	20,4
Однозначно хуже	5,5	6,1
Затрудняюсь ответить	37,2	27,3
k	0,14	0,2

Но число сторонников инклюзивного образования увеличилось не столь явно.

При этом, данные исследования выявили положительное отношение родителей, чьи дети не имеют ОВЗ, и учителей общеобразовательных школ к идее реализации практики инклюзивного обучения детей-инвалидов: 64 % респондентов готовы или скорее готовы к тому, что дети с ограничениями физического здоровья, в том числе серьезными, будут учиться в общих классах.

При этом доступность дошкольного образования для детей с инвалидностью оценивается респондентами значительно выше, чем доступность школьного образования. Более 56 % респондентов считают, что вопросы дошкольного образования решаются и скорее решаются и 29 % – что вопросы скорее не решаются и не решаются (коэффициент равен $k=0,27$). Решение вопросов доступности общеобразовательных школ отмечают 42 % опрошенных и столько же придерживаются противоположного мнения ($k=0,01$). Намного сложнее обстоит дело с развитием инклюзивных школ. Только 27 % респондентов целевой группы отмечают, что эти вопросы решаются и скорее решаются и 44 % утверждают, что вопросы скорее не решаются и не решаются (коэффициент доступности отрицательный, равен $k=-0,17$) (см. Приложение, таблица 3).

Однако, труднее всего идет процесс сближения общей и специальной систем обучения там, где речь идет о праве на образование детей с ментальными нарушениями или множественными нарушениями. Проблема их интеграции является особенно острой. Как показало исследование, 57 % родителей детей общеобразовательных школ хотят, чтобы их дети обучались и общались со сверстниками, не отличающимися по уровню интеллектуального развития, и только 21 % респондентов готовы или скорее готовы к тому, что дети с ограничениями ментального здоровья будут учиться в общих классах.

В любом случае, программа интеграции должна проходить постепенно. Начинать ее необходимо в раннем возрасте, когда детьми усваивается ценностно-нормативная система, идет социально-пси-

хологическое формирование личности в процессе социализации, воспитания и обучения. Формирование толерантной культуры должно происходить на всех уровнях сознания: индивидуальное, массовое, общественное.

Практика складывается таким образом, что решения об открытии специальных классов VIII вида (классов для детей с умственной отсталостью) в школах «общего типа» принимаются неохотно. Объективными причинами является необходимость дополнительных ресурсов (специально подготовленных педагогов, отдельных помещений для небольших групп учащихся, дополнительных средств на оплату труда и учебное оборудование и приспособления). Таким образом, дети формально зачисляются в общеобразовательное учреждение, однако под нажимом их руководителей родители соглашаются с переводом детей на домашнее обучение. Конечно, никакого инклюзивного образования в таких случаях быть не может, дети не посещают школу.

Эта практика носит массовый характер. Об этом говорили участники фокус-групп и глубинных интервью. Это мнение разделяют и родители и педагоги. Родители тех детей, у кого есть инвалидность, выражают тревогу, что инклюзивное образование как идея сворачивается до домашнего обучения. Педагоги считают, что индивидуальный подход и учет потребностей и интересов ребенка при домашнем обучении важнее коммуникации со сверстниками, которая не всегда положительная. Приводились примеры, когда учащиеся с ментальными нарушениями становились в школе «изгоями». Но успех интеграции во многом зависит от профессионализма и отношения к детям учителей, необходимого оснащения школы, наличия учебных и методических материалов.

Проведенное исследование выявило низкую степень готовности государственных и образовательных институтов к практике инклюзивного образования детей-инвалидов с ментальными нарушениями. Государственный подход ориентирован преимуще-

ственно на социальную защиту, а не на позитивную социальную интеграцию детей с ментальными нарушениями. Есть случаи, когда родители добивались возможности обучения в общеобразовательной школе ребенка с ментальными нарушениями только через судебное решение.

Подобные случаи свидетельствуют о существовании тенденции к сегрегации и дискриминации учащихся с умственной отсталостью, то есть фактического закрытия им доступа в школу, не смотря на то, что признание «необучаемым» юридически и фактически не допускается.

В одном из таких случаев родители при поддержке прокуратуры добились открытия специального класса VIII вида в общеобразовательном учреждении. Городская организация родителей г. Мирный обратилась в городскую прокуратуру с просьбой о защите права детей на доступ в школу. Речь шла именно о защите прав детей, для которых необходимо обучение по специальным (коррекционным) программам VIII вида. Родители заявили о том, что администрация города обещает с 2005 года принять меры по получению соответствующих лицензий и подготовке специальных педагогов. Однако к 2012 году школы Мирного такой возможности обучения предложить не смогли. Дети, нуждающиеся по заключению специалистов в специальном образовании по программам VIII вида, получали либо обучение на дому, будучи прикрепленными к общеобразовательным учреждениям, либо вдали от своих родителей в Савинской коррекционной школе Плесецкого района.

Прокурор города обратился с иском в интересах детей в Мирнинский городской суд, и 25 июля 2012 года Мирнинский городской суд Архангельской области принял решение, обязывающее администрацию города в трехмесячный срок со дня вступления решения в силу организовать и обеспечить обучение детей-инвалидов по специальным коррекционным программам VIII вида²⁶. В мотивировочной части решения суд указал на ряд норм российского законодательства, в том числе положение статьи 5 Закона РФ «Об образовании» о том, что право на образование является равным для всех граждан РФ, а также на положения статьи 24 Конвенции о правах людей с инвалидностью, которая, в частности указывает на необходимость обеспечить доступ инвалидам наравне с другими к инклюзивному образованию, получение требуемой поддержки внутри системы образования, в

обстановке, максимально способствующей освоению знаний и социальному развитию.

Таким образом с сентября 2012 года в одной из общеобразовательных школ города Мирный был открыт специальный класс VIII вида. Теперь дети с ментальной инвалидностью, сложными и множественными нарушениями ходят в школу, также как и другие ученики²⁷.

Общественные организации инвалидов и родителей детей с инвалидностью вносят серьезный вклад в развитие инклюзивного образования и в развитие гражданских инициатив. Этот фактор необходимо учесть при реализации международного проекта САФУ-Kolarctic «Школа для всех – развитие инклюзивного образования», цель которого – создание современной системы инклюзивного образования на Европейском Севере России с учетом международного опыта и подготовка специалистов для психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования в приарктическом регионе²⁸.

Сохраняется проблема архитектурной доступности школьных зданий и учреждений. Не только старые школьные здания не соответствуют действующим требованиям строительства зданий и сооружений для маломобильных групп населения, но и вновь возводимые здания строятся с нарушением таких требований. Обеспечение архитектурной доступности учреждений образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья названо одной из основных целей вышеупомянутой Концепции образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Архангельской области. Однако пока в области не принято программы действий по обеспечению доступности школьных зданий и зданий других образовательных учреждений.

В целом реализация мероприятий по архитектурной доступности для людей с инвалидностью оценивается респондентами низко: 30 % считают, что эти вопросы решаются и скорее решаются и 54% – что вопросы скорее не решаются и не решаются (коэффициент доступности равен $k = -0,24$) (см. Приложение, таблица 3).

В поселке Урдома Ленского района в декабре 2007 года произошел пожар в местной школе. В 2010 году проектно-сметная документация новой школы прошла соответствующую экспертизу, в

²⁶ Решение суда по делу № 2-366/12 от 25 июля 2012 года размещено на сайте «Гражданские инициативы» <http://www.sousnko.ru/files/-eshenie-suda-po-obrazovaniyu-irniy.pdf>

²⁷ О том, как решались вопросы доступности образования в этом случае, мы поместили материал в ряде номеров бюллетеня «Защити свои права», который выпускался ежемесячно в ходе проекта. См. Сайт Союза общественных организаций инвалидов Архангельской области <http://www.sousnko.ru/page/id/10/> (01.05.2013).

²⁸ http://www.narfu.ru/international/news/?ELEMENT_ID=45360, дата обращения 20.12.2012.

2012 году начато строительство школы на 860 учащихся. Стоимость строительства составляет 625 млн. рублей. При этом проверка на соответствие проектной документации требованиям СНИП 35-01-2001 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения, по-видимому, не проводилась. Таким образом, один из крупнейших по мощности образовательных объектов области может стать недоступным для учеников с ограниченными возможностями.

Еще одна важная проблема – профессиональная подготовка для граждан с ментальной инвалидностью. Для обеспечения независимой жизни человек нуждается в оплачиваемой работе. Многие граждане с психическими расстройствами имеют профессию, получают профессиональное образование.

Респонденты достаточно высоко оценили доступность начального и среднего профессионального образования для людей с инвалидностью: 50 % считают, что эти вопросы решаются и скорее решаются и 39 % - что вопросы скорее не решаются и не решаются (коэффициент доступности равен $k=0,11$) (см. Приложение, таблица 3).

Однако, для тех, кто обучался в классах VIII вида, т.е. классах, где обучаются дети с ментальными нарушениями, получение профессиональной подготовки является проблемой, так как подходящую профессиональную подготовку с учетом индивидуальных особенностей получить сложно не только в образовательных учреждениях, но и на предприятиях. Информации о предложениях таких услуг очень немного²⁹.

Кроме этого специалисты психоневрологического интерната для совершеннолетних отмечают, что часто к ним попадают молодые пациенты, не имеющие профессии, но после реабилитации, способные к профессиональному обучению. Эти пациенты не могут получить профессиональную подготовку, так как

в училищах нет групп для взрослых лиц, тем более с ментальными нарушениями.

По мнению специалистов интерната одним из способов решения проблемы трудоустройства может стать создание Учебного центра для воспитанников интерната, где они могли бы получать профессиональные навыки, востребованные на рынке труда.

ПРОБЛЕМА ТРУДОУСТРОЙСТВА

В целом реализация мероприятий по доступности трудовой занятости для людей с инвалидностью оценивается респондентами низко: 37 % считают, что эти вопросы решаются и скорее решаются и 49 % - что вопросы скорее не решаются и не решаются (коэффициент доступности равен $k=-0,12$) (см. Приложение, таблица 3).

Для людей с психическими нарушениями проблема трудоустройства – одна из самых чувствительных. Например, среди клиентов муниципального центра помощи совершеннолетним подопечным (о центре см. ниже пар. «Муниципальное бюджетное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Центр помощи совершеннолетним подопечным»), имеющих психическое расстройство, но являющихся полностью дееспособными, в среднем лишь 10 процентов работают официально, то есть трудовые отношения с ними оформлены должным образом. Для большинства таких клиентов не доступны ни помощь при трудоустройстве (специальные услуги для таких граждан не предусмотрены законодательством о занятости, а помощь общественных организаций весьма ограничена и зависима от внешних ресурсов), ни гарантии сохранения рабочего места.

Работодатели, как правило, не очень стремятся принять на работу человека с психическим расстройством, и самые «добрые» из них соглашаются принять такого человека на работу, но только не официально, то есть без оформления письменного трудового договора и, соответственно, без каких-либо социальных гарантий.

По информации Министерства труда, занятости и социальной защиты находит работу примерно половина обращающихся в государственную службу занятости граждан с инвалидностью³⁰. Так в 2012 году 818 граждан с инвалидностью из 1702 обратившихся нашли работу, в том числе 40 было устроено на специальные рабочие места. В то же время процент трудоустроенных граждан с психическими расстройствами значительно ниже,

²⁹ Министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области публикует справочники профессиональной подготовки, которые включают сведения не только о возможности получить профессиональное образование определенного уровня (высшее или среднее профобразование), но и возможности получения курсовой и профессиональной подготовки (краткосрочного обучения профессии в течение 1-3 месяцев) <http://www.arhzan.ru/home/slugbazan/proforientpo/spravochnikkurspodg.aspx> (дата обращения 28.04.2012). Однако, как правило, такие курсы предполагают, что для зачисления необходим документ, подтверждающий наличие среднего образования. Кроме того, учитывая, что услуги поддерживаемого трудоустройства не предусмотрены законом, реализовать на практике такую подготовку и последующее трудоустройство выпускника коррекционного класса VIII вида представляется маловероятным

³⁰ Письмо министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области от 17.01.2013 № 305/02-01/227.

менее четверти из них нашли работу. Из 112 человек, имеющих инвалидность в связи с психическими расстройствами, лишь 25 человек нашли работу через учреждения занятости в 2012 году³¹. Специальных рабочих мест для этих граждан, по-видимому, не создано. А положение граждан с психическими расстройствами, у которых нет статуса инвалида, по-видимому, еще сложнее, так отсутствует тот формальный признак «инвалидность», который мог бы давать основание для дополнительных мер поддержки и услуг через государственные учреждения занятости. В то же время, учитывая данные о количестве граждан, находящихся на амбулаторном сопровождении граждан в Центре помощи совершеннолетним подопечным, не менее 80 клиентов центра нуждаются в поддержке и содействии трудоустройству только в Архангельске.

Именно для этих людей государственная поддержка трудоустройства особенно необходима. По мнению специалистов Ширшинского психоневрологического интерната, если граждане, прошедшие курс реабилитации и социально-психологической адаптации не получают возможности трудовой занятости и интеграции в общество, то все усилия специалистов, врачей, психологов, социальных работников и пациентов напрасны, начинается деградация.

Многие граждане с ментальными нарушениями имеют профессиональные навыки для работы на стройках. Но государственных строительных компаний практически нет, а частные – не принимают их на работу. Участники фокус-группы прокомментировали проблему таким образом, что правительство отменило льготы предприятиям, предоставляющим рабочие места инвалидам, а также повысило норму численности работников предприятий, которые обязаны давать работу инвалидам с 30 человек до 100. В результате малый и средний бизнес, где могли быть трудоустроены инвалиды, не заинтересован в этом. Необходимо экономическое стимулирование работодателей для приема на работу людей с ментальными нарушениями: дотирование, налоговые льготы, субси-

дирование, компенсации на оборудование рабочих мест для инвалидов и др.

Федеральным законом от 02.07.2013 в статью 21 Федерального закона «О социальной защите инвалидов» внесено дополнение, согласно которому работодателям, численность работников которых составляет не менее чем 35 человек и не более чем 100 человек, законодательством субъекта Российской Федерации может устанавливаться квота для приема на работу инвалидов в размере не выше 3 процентов среднесписочной численности работников. Таким образом, в соответствии с законом, расширение числа предприятий, которым установлена квота для приема на работу инвалидов, вполне возможно и от регионального законодателя зависит, будут ли соответствующие поправки внесены в областной закон о трудовой занятости инвалидов.

Обсуждение вопроса о необходимости внесения изменений в областной закон «О государственных гарантиях трудовой занятости инвалидов на территории Архангельской области» в целях реализации вышеуказанного положения федерального закона уже начато летом 2013 года. По мнению общественных организаций, для предприятий с численностью от 35 до 50 человека должна быть установлена квота таким образом, что одна должность должна быть выделена для работника с инвалидностью, для предприятий с численностью от 51 до 100 человек – 2 квотируемых рабочих места.

Среди проблем, которые отмечают общественные организации инвалидов в связи с квотированием рабочих мест, следующие:

1) Работодатели неохотно принимают на работу людей с инвалидностью, в том числе и в рамках квот;

2) Организации находятся в неравных условиях, часть из них игнорирует законодательство о квотировании, не предоставляет в центры занятости предусмотренную законом информацию и при этом никаких неблагоприятных последствий в связи с неисполнением закона не испытывают;

3) В открытом доступе отсутствует информация о количестве квотируемых рабочих мест на предприятиях и в том числе по профессиям и специальностям, предусмотренным для трудоустройства инвалидов.

ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

В соответствии со статьёй 25 Конвенции инвалиды должны получать те услуги в здравоохранении, которые необходимы им по причине инвалидности. В отличие от других статей, эта статья прописана наиболее конкретно. Речь идет о том,

³¹ Там же. Утверждение о том, что положение граждан с ментальной инвалидностью в целом хуже (не только в сфере занятости), чем граждан с инвалидностью, подтверждается исследованиями, проведенными и в других территориях России. Например, результаты опроса в рамках проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» показали, что особенно тяжелым граждане считают положение инвалидов с детства, пожилых и людей с нарушениями интеллектуального развития. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // http://ecsocman.hse.ru/data/2011/02/13/1214888083/Romanov_06.pdf (01.05.2013), с. 51.

что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности. Государства-участники принимают все надлежащие меры для обеспечения доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, в том числе к реабилитации по состоянию здоровья.

При проведении исследования выявилось нарушение данной статьи Конвенции. Сегодня ментальные инвалиды не обеспечены тем же набором, качеством и уровнем бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другие лица.

Родители и опекуны ментальных инвалидов и сотрудники психоневрологических интернатов приводили следующие примеры нарушений в этой сфере. Ранее в Областной психиатрической больнице были отделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь. В настоящее время амбулаторная терапевтическая помощь оказывается пациентам в интернатах, есть возможность оказать первую хирургическую помощь. Но возможности оказать пациентам интерната стоматологическую и хирургическую помощь в плановом порядке сегодня нет. Для пациентов наблюдательного отделения нет возможности провести простую санацию рта. Больницы отказываются принимать пациентов с психиатрическим диагнозом на плановое лечение, объясняя это тем, что в больнице нет специализированных условий. И только при состояниях, угрожающих жизни, таких больных принимают в стационарные учреждения здравоохранения. Невозможность оказания медицинской помощи в условиях интерната не является причиной госпитализации. Таким образом, очевидно, что право на получение специализированной медицинской помощи в стационарных учреждениях здравоохранения для тех граждан, что проживают в интернатах, нарушается. Причем это нарушение носит массовый характер, учитывая его распространенность по всей системе учреждений стационарного социального обслуживания.

По мнению специалистов психоневрологических интернатов, инвалидам, проживающим в домашних условиях, легче получить специализированную медицинскую помощь. Но родители приводили примеры, когда в подобной помощи отказывали. Родители отмечают большую роль человеческого фактора в решении этих вопросов, госпитализация больного с психоневрологическим диагнозом часто зависит от личности врача, его отношения.

Родители приводили примеры отказов в госпитализации на основании психиатрических диагнозов в ГБУЗ Архангельской области «Первая

городская клиническая больница», ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7», ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4».

Пример: Родители в течение нескольких дней не могли госпитализировать сына инвалида 1 группы, не лишенного дееспособности, с неукротимой рвотой. Врачи стационарных учреждений здравоохранения отказывали в госпитализации, так как в анамнезе пациента были психиатрические расстройства. На пятый день молодой человек был госпитализирован в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница», откуда переведен в Талаги в ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница». Таким образом, в итоге специализированную помощь пациент получил. Однако, семья не удовлетворена тем, что такая помощь оказывается в психиатрическом, а не в обычном стационарном учреждении. Поддержание контактов пациента с семьей в психиатрической больнице значительно сложнее осуществить, чем в обычном стационаре, так как в ней разрешено присутствие близких не более 1 часа в день.

Для людей с ментальными расстройствами практически недоступной становится стоматологическая помощь. Это происходит потому, что, во-первых, из-за особой чувствительности психоневрологических пациентов этот вид медицинской услуги часто должен оказываться под общим наркозом, а клиники на это не идут. Во-вторых, для «лежачих» больных нет никакой возможности эту услугу получить, на дому этот вид помощи не оказывается.

Эти примеры свидетельствуют о нарушении положений пункта d ст.25 Конвенции, требующих, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли инвалидам услуги того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения.

Система медицинского обслуживания в целом рассматривается родителями детей-инвалидов и опекунами как настроенная недружелюбно. Уровень комфортности среды (профессионализм и дружелюбность специалистов, внимание окружающих) в учреждениях здравоохранения по месту жительства оценивается как низкий ($k = -0,29$): 31 % респондентов считают, что инвалиды чувствуют себя там комфортно и скорее комфортно и в два раза больше респондентов считают, что инвалидам там не комфортно и скорее не комфортно.

В каких учреждениях люди с инвалидностью чувствуют себя наиболее комфортно (профессионализм и дружелюбность специалистов, внимание окружающих):						
Учреждения	Комфортно	Скорее комфортно	Скорее не комфортно	Не комфортно	Затрудняюсь ответить	К
Учреждения здравоохранения по месту жительства	7,52	23,31	40,60	18,80	9,77	-0,29
Психиатрические стационары	0,75	8,27	26,32	25,56	39,10	-0,43
Учреждения медико-социальной экспертизы	7,52	15,04	34,59	26,32	16,54	-0,38
Учреждения социальной защиты населения	10,53	27,82	29,32	18,80	13,53	-0,10

Вызывает озабоченность деятельность Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ). Уровень комфортности среды (профессионализм и дружелюбность специалистов, внимание окружающих) в МСЭ оценивается как низкий ($k = -0,38$): 23 % респондентов считают, что инвалиды чувствуют себя там комфортно и скорее комфортно и в три раза больше респондентов считают, что инвалидам там не комфортно и скорее не комфортно.

Подавляющее большинство родителей имеют негативный опыт контакта с МСЭ: невнимательное и порой грубое отношение, освидетельствование детей без присутствия родителей, длительность процедуры сбора документов (некоторым пришлось брать отпуск на работе). По мнению родителей, освидетельствование или подтверждение инвалидности часто зависит от личного расположения специалистов МСЭ. Родители говорили о случаях, когда были готовы отказаться от освидетельствования из-за нервозности этой процедуры.

Вызывает недоумение родителей необходимость ежегодного переосвидетельствования при диагнозах даун-синдром, ДЦП и множественная инвалидность. Родители приводили примеры лишения инвалидности у детей с ДЦП и даун-синдромом на период от недели до нескольких месяцев, когда родители опаздывали пройти переосвидетельствование по различным причинам: сильные морозы, болезнь родителей или детей, незнание процедуры освидетельствования совершеннолетнего. При этом граждане лишаются пенсии, дополнительных пособий и льгот, необходимых для лечения и реабилитации.

По мнению участников фокус-групп, в последнее время деятельность бюро МСЭ направлена на снижение или отмену группы инвалидности, даже если диагноз остался прежним, а состояние здоровья не изменилось. Это означает потерю социальных выплат, которые порой являются един-

ственными средствами для существования, а также возможность бесплатно получать необходимые лекарства и реабилитацию.

Участники исследования говорили о том, что практически невозможно усилить группу инвалидности. В случае если инвалид или родители ребенка-инвалида не согласны с решением МСЭ, они должны в месячный срок обжаловать данное решение в Федеральное бюро МСЭ и, если решение останется неизменным, имеют право на обжалование решения комиссии МСЭ в судебном порядке. Но, как правило, у людей нет на это сил, времени, необходимого образования и средств.

Парадокс, но родители вынуждены скрывать успехи реабилитации своих детей для сохранения у ребенка инвалидности. Чем больше родители и врачи принимают усилий по реабилитации ребенка, тем больше шанс, что с него будет снята инвалидность и как следствие – потеря соответствующих социальных выплат. Но ребенку требуется постоянная реабилитация, а часто это дорогостоящие процедуры.

Еще одним направлением деятельности МСЭ является разработка индивидуальной программы реабилитации (ИПР). Участники исследования поднимали вопросы непродуманности ИПР, ее несоответствия реальным запросам инвалида, отсутствие в ИПР современных технических средств реабилитации. Массовый характер носят частично заполненные или незаполненные вообще ИПР. Для людей с ментальными нарушениями эти программы часто носят формальный характер, учитывают не потребности граждан, а возможности учреждений реабилитации, которые ограничены. В Архангельской области нет учреждений, где бы люди с инвалидностью могли пройти одновременно все виды реабилитации, согласно ГОСТ Р 53874-2010 от 01 октября 2011 года «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг».

Участники фокус-групп и глубинных интервью говорили еще об одной проблеме – проблеме организации санаторно-курортного лечения для граждан с ментальными нарушениями.

Администрация Новодвинского детского дома-интерната для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии неоднократно поднимала вопрос о реализации права детей-инвалидов с ментальными нарушениями на санаторно-курортное обеспечение. До 2008 года воспитанники, способные к самообслуживанию и адекватному поведению в обществе, выезжали на лечение в санатории в соответствии с профильным соматическим заболеванием, без учета диагноза, на основании которого выставлена группа инвалидности (инвалидность по умственной отсталости). С 2008 года региональное отделение ФСС отказывает в предоставлении путевок на основании ссылки на методические указания Минсоцразвития РФ от 22.12.1999 №99/231, где указано, что противопоказанием для санаторно-курортного лечения является умственная отсталость (олигофрения в степени имбецильности) по МКБ-10 диагноз А-71. В результате все воспитанники Новодвинского дома-интерната имеют статус дети-инвалиды, и в рамках этой меры получение санаторно-курортного лечения им недоступно. Доступными остались летние лагеря по программе «Летний отдых для детей, попавших в трудную жизненную ситуацию».

Если для лиц до 18 лет остались хотя бы летние лагеря, то после 18 лет пациентов с ментальными нарушениями не принимают в санатории и дома отдыха, аргументируя это тем, что персонал и отдыхающие против. Речь идет о людях с ментальными нарушениями, а не о страдающих шизофренией и другими заболеваниями, в период стойкой ремиссии и они могут получать санаторно-курортное лечение.

ПРОБЛЕМА СТАЦИОНАРНОГО СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ПРОБЛЕМА ЖИЛЬЯ

Получение места в психоневрологическом интернате (ПНИ) для граждан с психическими расстройствами – довольно сложное дело в Архангельской области. В области функционирует десять ПНИ для совершеннолетних (Благовещенский, Вельский, Виноградовский, Вычегодский, Октябрьский, Сийский, Трепузовский, Туровецкий, Ширшинский, Хозьминский) и Новодвинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей.

В специальном докладе Уполномоченного по правам человека в Архангельской области, анализирующем состояние соблюдения права недееспособных граждан на стационарное социальное обслуживание, изданном в 2010 году, отмечено, что на 1 июня 2010 года в очереди на получение

услуг стационарного социального обслуживания в учреждениях психоневрологического профиля состояло 483 гражданина³². Несмотря на то, что за период с 2005 по 2010 годы число мест в психиатрических стационарах увеличилось на 440, потребность в них не уменьшилась, как отмечает Уполномоченный.

Из доклада очевидно, что проблема решается очень медленно, она требует значительных затрат и в ближайшее время, очевидно, не может быть решена за счет открытия новых учреждений или реконструкции действующих.

Результат этого – определенное число граждан, признанных недееспособными, продолжает проживать в стационарных медицинских учреждениях – психиатрических больницах, несмотря на то, что в лечении они уже не нуждаются. Уполномоченный отмечает, что по данным Государственного учреждения здравоохранения «Архангельская областная клиническая психиатрическая больница» в 2009 в больнице проживало 112 граждан, признанных недееспособными и не получивших путевки в интернат по причине отсутствия мест³³. По данным министерства здравоохранения в 2012 году 247 человек нуждалось в выписке из стационара, однако переехать из больницы им некуда.

При этом, по мнению специалистов психоневрологических интернатов, во многих случаях поступления пациента из семьи из-за невозможности обеспечить уход в домашних условиях, ситуация могла быть разрешена иначе, если бы семье была оказана помощь. В Ширшинском интернате около 100 человек могли бы быть выписаны, но одних не готова принять семья, у других – нет жилья. Поэтому случаи выписки из психоневрологических учреждений носят единичный характер. Существует необходимость органам социальной защиты разработать эффективные программы помощи таким семьям.

Семьи с детьми с ментальной инвалидностью – одни из самых уязвимых. По данным исследования³⁴ в 57 % семей после рождения ребенка с инвалидностью отец оставляет семью, мать одна воспитывает

³² Массовые нарушения прав недееспособных граждан на предоставление услуг стационарного социального обслуживания в учреждениях психоневрологического профиля. Специальный доклад. Архангельск, 2010, с. 10 // <http://www.pomorupolnom.ru/> (01.05.2013).

³³ Там же, с. 6.

³⁴ Романов П., Ярская-Смирнова Е. и др. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации. М., 2009 // http://socpolicy.ru/wp-content/uploads/2012/02/book_2_correct.pdf; Положение семей с инвалидами детства в России // <http://www.dislife.ru/flow/theme/10483>, дата обращения 15.03.2013.

тывает ребенка и в большинстве случаев не имеет возможности работать, так как не может оставить без присмотра даже взрослого ребенка. Но, если семья сохраняется, перед ней все равно встает вопрос, что будет с ребенком, когда родители состарятся или после смерти родителей. Фактически единственным вариантом остается психоневрологический интернат.

Кроме этого, психоневрологические интернаты пополняются выпускниками детских домов-интернатов. По достижении совершеннолетия выпускника детского дома-интерната обследует специализированная комиссия. Комиссия может принять решение о проживании молодого человека самостоятельно, тогда его должны выписать из интерната с предоставлением жилья. В реальности практически все молодые люди, находящиеся в специализированных домах-интернатах для лиц с интеллектуальными проблемами, по достижении 18-летнего возраста автоматически переводятся в психоневрологические учреждения социального обслуживания для взрослых.

По мнению специалистов, самостоятельное проживание человека с интеллектуальными проблемами, проведшего несколько лет в интернате и не имеющего навыков самостоятельного проживания, невозможно без специальной подготовки и поддержки. Участники исследования, родители и специалисты, говорили о недостаточности реабилитационных программ в детских домах-интернатах и отсутствии реабилитационного центра пост-интернатной адаптации, что приводит к невозможности реализации права молодых людей на самостоятельную жизнь, обучение и трудоустройство.

Положительным примером является опыт проекта «Сервисное жилье» Новодвинского дома-интерната для детей с серьезными нарушениями в интеллектуальном развитии. «Сервисное жилье» как одна из форм постинтернатной поддержки выпускников с ментальными нарушениями было открыто в рамках международного социального проекта в 1999 году. В рамках проекта приобретено две квартиры, где самостоятельно проживают и ведут домашнее хозяйство выпускники интерната. Четыре первых участника проекта создали свои семьи, родилось пятеро детей, все семьи благополучные. В настоящее время проект расширился за счет аренды дополнительного жилья: двое выпускников приобрели собственное жилье, двое проживают в комнатах по найму. У этих выпускников сохранена дееспособность, они стабильно трудятся в открытом обществе.

Администрацией Новодвинского интерната сделано экономическое обоснование развития программы «Сервисное жилье». Развитие системы

постинтернатного сопровождения является актуальным направлением реализации плана первоочередных мероприятий «Стратегии действий в интересах детей Архангельской области на 2012-2017 годы» в соответствии с Распоряжением правительства Архангельской области от 25.09.2012 № 400-РП по предоставлению равных возможностей детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, детям с ограниченными возможностями здоровья, нуждающимся в особой заботе со стороны государства.

Эксперты подчеркивают, что в ряде документов, регламентирующих предоставление социальных услуг, отсутствует порядок осуществления постинтернатной поддержки в форме самостоятельного проживания молодых инвалидов.

Специалисты Ширшинского психоневрологического интерната приводили множественные примеры, когда пациентам восстанавливали дееспособность, но они вынуждены по-прежнему проживать в интернате, так как у них нет жилья. Ширшинский дом-интернат имеет опыт положительной судебной практики: 8 случаев, когда имеется решение суда предоставить жилье пациентам интерната, но администрации муниципальных образований не имеют возможности предоставить жилье, подают иски в суды, или ставят в очередь, которая не движется десятилетиями. и т.д.

Специалисты подчеркивают, что проблема отсутствия жилья касается пациентов среднего и старшего возраста. Среди молодых пациентов эта проблема встречается реже, что является следствием действия Федерального закона от 21.12.1996 № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». С 1 января 2013 года вступил в силу Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части обеспечения жилыми помещениями детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 29 февраля 2012 года № 15-ФЗ. Он изменил порядок обеспечения жильем. Ранее молодые люди получали жилье по договорам социального найма, при этом могли стать жертвами мошенников, которые принуждали приватизировать жилье, а потом его продавали. Теперь жилье детям-сиротам предоставляется по договорам найма специализированных жилых помещений, для чего региональные власти должны создать специализированный жилищный фонд. Срок договора найма составляет пять лет, в течение которых выпускники интернатов не смогут совершать с жильем какие-либо сделки. Действие такого договора может быть продлено еще на пять лет, если у гражданина есть проблема социальной реабилитации, сложности с трудоустройством или

правопорядком. По окончании срока договора специализированного найма жилье будет передано на условиях социального найма.

Проблема обеспечения жильем для граждан, проживающих в стационарных учреждениях, является довольно серьезным стимулом для развития других, помимо стационарных, форм социального обслуживания, а именно – социального обслуживания на дому, что способствовало бы тому, чтобы услуги были приближены и приспособлены к гражданам, а не наоборот. Кроме того, назначение опекуна по месту жительства гражданина во многих случаях предпочтительнее, чем помещение под надзор организации. В одном из случаев подопечный проживал в больнице, несмотря на то, что у него имелось собственное жилое помещение, так как назначить ему опекуна по месту жительства не удалось.

Министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области принимает меры к тому, чтобы укреплять институт опеки, готовить опекунов к исполнению опекунских обязанностей по месту жительства граждан, организует приемные семьи для пожилых граждан и инвалидов.

В Архангельской области принят закон, согласно которому граждане, назначенные опекунами, получают денежные выплаты³⁵. В то же время специалисты отмечают, что институт опеки по месту жительства гражданина развивается в области слабо. Причиной этого является недостаточная информированность и неподготовленность граждан к принятию на себя опекунских обязанностей.

Кроме того проблемой является неравномерное распределение профессиональных ресурсов и услуг по территории области. Услуги и специалисты сосредоточены в Архангельске, в то время как в области их не хватает. Как отмечает Уполномоченный по правам человека, «вопрос создания службы профессиональных опекунов во всех муниципальных образованиях области является одним из наиболее актуальных»³⁶.

Опека является основным институтом, предназначенным для защиты прав и интересов граждан, признанных недееспособными. В то же время, граждане, имеющие психические расстройства, но являющиеся полностью дееспособными, также нуждаются в защите своих интересов и помощи в реализации прав. В этом мог бы помочь институт

патронажа, пока довольно редко используемый на практике.

ПАТРОНАЖ КАК ФОРМА ЗАЩИТЫ ИНТЕРЕСОВ ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Патронаж – это форма организации помощи совершеннолетним гражданам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять свои права и обязанности, защищать свои права. Это означает, что в силу физических или психических нарушений или инвалидности, гражданин нуждается в помощи другого лица, чтобы организовать свою жизнь, например, оформить документы, обратиться за необходимой услугой, получить нужную информацию и принять значимое для него решение.

Патронаж, в отличие от опеки или попечительства, не означает, что гражданин признан недееспособным или ограничен судом в дееспособности. Он является полностью дееспособным, однако, помощь ему требуется для того, чтобы жить полноценной жизнью в своем привычном окружении, не прибегая к услугам стационарных учреждений социального обслуживания (интернатов).

Для учреждения патронажа гражданин, нуждающийся в поддержке по состоянию здоровья, должен обратиться в орган опеки и попечительства, который назначает ему помощника. Такой помощник может являться сотрудником учреждения опеки, однако, закон не требует, чтобы помощник обязательно работал в муниципальном учреждении. Помощником, согласно закону, не может быть сотрудник учреждения социального обслуживания. Также как опекуном и попечителем, помощником может быть любой гражданин, способный выполнять функции помощника. Помощник назначается с его согласия, а также с согласия гражданина, нуждающегося в помощи. Для этого может заключаться, например, договор о патронаже. Помощник может, если это необходимо, быть представителем гражданина, но только по договору (или по доверенности). Законным представителем (как опекун или попечитель) помощник не является.

Контроль помощника и прекращение патронажа обеспечивает орган опеки и попечительства, который обязан известить гражданина о том, что помощник допускает нарушения. В этом случае гражданин вправе расторгнуть договор с помощником. Гражданин также вправе в любое время отказать от помощника и расторгнуть договор о патронаже.

Чем отличается патронаж от опеки или попечительства?

Для установления патронажа необходимо желание самого гражданина, нуждающегося в помощи,

³⁵ Областной закон от 29.10.2008 № 578-30-ОЗ «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Архангельской области».

³⁶ Массовые нарушения прав недееспособных граждан на предоставление услуг стационарного социального обслуживания в учреждениях психоневрологического профиля. Специальный доклад. Архангельск, 2010, с. 18 // <http://www.pomorupolnom.ru/>

поскольку он является полностью дееспособным. А опека или попечительство устанавливается в соответствии с законом, когда гражданин признан недееспособным или ограничен судом в дееспособности. Поэтому помощник, в отличие от опекуна или попечителя не может быть законным представителем. Это означает, что он не вправе принимать решения за гражданина, либо действовать в его интересах без его согласия. Все решения в отношении своих прав и обязанностей гражданин, находящийся под патронажем, принимает сам. Помощник лишь помогает ему.

Патронаж – это развивающийся правовой и социальный институт, он находит применение и при оказании социальных услуг и медицинских услуг, но нуждается в более четком правовом закреплении. Пока неясными остаются вопросы – какова роль помощника в защите прав гражданина и представлении его интересов? Должен ли он быть скорее представителем чем социальным работником, осуществляющим уход за гражданином, или наоборот? Имеет ли право помощник получать оплату за выполнение своих обязанностей? Если помощник должен быть независимым от учреждений социального обслуживания, то имеет ли он право осуществлять контроль оказания социальных услуг в интересах патронируемого гражданина? Каковы должны быть требования к кандидатам в помощники? Имеют ли право помощники на сопровождение (а также подготовку к выполнению обязанностей помощника) наравне с опекунами и попечителями? На все эти вопросы может ответить в полной мере лишь федеральное законодательство, однако, регионы России вправе до принятия федерального закона вводить в действие собственное законодательство в соответствии с ГК РФ, следовательно определять порядок назначения помощника, контроля исполнения им своих обязанностей, а также оплаты его услуг за счет бюджетных средств.

В действующем российском законодательстве патронажу посвящены:

Ст. 41 Гражданского кодекса РФ:

1. Над совершеннолетним дееспособным гражданином, который по состоянию здоровья не способен самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, может быть установлен патронаж.

2. В течение месяца со дня выявления совершеннолетнего дееспособного гражданина, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, ему назначается органом опеки и попечительства помощник. Помощник может быть назначен с его согласия в письменной форме, а также с согласия в письменной форме гражданина, над которым устанавливается патронаж. Ра-

ботник организации, осуществляющей социальное обслуживание совершеннолетнего дееспособного гражданина, нуждающегося в установлении над ним патронажа, не может быть назначен помощником такого гражданина.

3. Помощник совершеннолетнего дееспособного гражданина совершает действия в интересах гражданина, находящегося под патронажем, на основании заключаемых с этим лицом договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора.

4. Орган опеки и попечительства обязан осуществлять контроль за исполнением помощником совершеннолетнего дееспособного гражданина своих обязанностей и извещать находящегося под патронажем гражданина о нарушениях, допущенных его помощником и являющихся основанием для расторжения заключенных между ними договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора.

5. Патронаж над совершеннолетним дееспособным гражданином, установленный в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи, прекращается в связи с прекращением договора поручения, договора доверительного управления имуществом или иного договора по основаниям, предусмотренным законом или договором.

В областном законе «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Архангельской области» патронаж упоминается в статье 11, а именно: органы опеки и попечительства осуществляют следующие полномочия по защите прав и интересов ... совершеннолетних дееспособных граждан, по состоянию здоровья не способных самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, над которыми установлен патронаж:

1) выявляют и ведут учет граждан, нуждающихся в установлении над ними ... патронажа;

2) производят подбор кандидатов ... в помощники совершеннолетнего дееспособного гражданина;

3) устанавливают ... патронаж в отношении совершеннолетних граждан;

4) осуществляют контроль за исполнением помощником совершеннолетнего дееспособного гражданина своих обязанностей и извещают находящегося под патронажем гражданина о нарушениях, допущенных его помощником и являющихся основанием для расторжения заключенных между ними договора поручения, договора доверительного управления имуществом и иного договора.

Таким образом организация оказания помощи в форме патронажа возложена на органы опеки и попечительства. Установление патронажа не препятствует получению патронируемым граждани-

ном социальных услуг, которые предусмотрены законодательством.

Итак, патронаж это правовой институт, предназначенный для оказания помощи гражданам, которые в силу состояния своего физического или психического здоровья не могут самостоятельно осуществлять права и обязанности, а также защищать свои права. В то же время – это не только представление интересов гражданина (помощник должен иметь доверенность от гражданина, чтобы выступать в его интересах), но и форма заботы, осуществляя которую помощник может там, где это необходимо, помочь понять суть совершаемых сделок, объяснить их последствия и таким образом оказать гражданину помощь в принятии важных решений, влияющих на его права и обязанности.

РАЗВИТИЕ ИНСТИТУТА ПАТРОНАЖА НАД ДЕЕСПОСОБНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ, НУЖДАЮЩИМИСЯ В ЗАЩИТЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ

По данным 2012 года 478 человек в области, в их числе находятся и граждане с психическими расстройствами, находятся под патронажем. При этом около 90% из них (423 человек) находится под патронажем в Архангельске. Данный институт поддержки не развит в других муниципальных образованиях области.

В то же время граждан, нуждающихся в патронаже, не мало, а развитие патронажа наряду с такими институтами, как опека, попечительство, социальное сопровождение может значительно улучшить качество жизни тех, кто нуждается в помощи по состоянию здоровья, в том числе и граждан имеющих психические нарушения и нуждающихся в помощи в связи с этим.

Следующие причины препятствуют развитию института патронажа в муниципальных образованиях:

- недостаточное внимание со стороны органов власти по отношению к развитию патронажа наряду с опекой, отсутствие механизмов привлечения помощников для патронажа над дееспособным гражданином, нуждающимся в помощи;

- отсутствие нормативных актов на региональном и муниципальном уровне, регулирующих порядок предоставления помощи дееспособным гражданам, имеющих ментальные нарушения;

- отсутствие необходимых услуг дееспособным гражданам, имеющим психические нарушения, в комплексных центрах социального обслуживания;

- слабое взаимодействие между учреждениями здравоохранения, расположенными на территории муниципалитета, органами опеки и попечительства, учреждениями социальной защиты населения при организации помощи и социальных

(социально-медицинских) услуг гражданам с психическими нарушениями;

- недостаточность финансового обеспечения органов опеки и попечительства на муниципальном уровне для осуществления патронажа;

- отсутствует перечень патронажных услуг, за которые должна производиться оплата;

- загруженность специалистов опеки и попечительства дополнительными обязанностями и функциями, которые не относятся непосредственно к организации опеки и попечительства на уровне муниципалитета;

- отсутствие штатной единицы в органах опеки и попечительства для осуществления организации и руководства патронажем;

- сложившийся на практике заявительный характер получения услуг, связанных с назначением помощника нуждающимся. В условиях недостаточной информированности граждан о возможности получения такой помощи, она остается невостребованной. Обязанность органов опеки и попечительства заключается в том, чтобы найти помощника для нуждающегося в течение месяца со дня выявления такого человека, а не со дня поступления заявления от него, т.к. он может просто не знать об этом праве;

- слабая информированность населения о людях с психическими нарушениями и ментальной инвалидностью, наличие стереотипов и предубеждений о психических расстройствах, недостаточная доступность услуг психолога и психиатра на небольших территориях области, полное отсутствие освещения информации в СМИ;

- отсутствие возможности пройти обучение и получить специальную подготовку кандидатам в помощники для граждан, которые нуждаются в патронаже на уровне муниципалитета;

- отсутствие взаимодействия и преемственности между системой здравоохранения и социальной защиты при переходе пациента с ментальными нарушениями из учреждений одной системы в другую, когда у пациента медицинских проблем уже нет, а социальные пока помочь решать некому;

- недостаточность представления интересов лиц с ментальными нарушениями со стороны общественных организаций инвалидов на муниципальном и региональном уровне.

Услуги патронажа оказываются всего одним учреждением, расположенным в городе Архангельске, Муниципальным бюджетным учреждением «Центр помощи совершеннолетним подопечным».

Другая проблема – отсутствие взаимодействия между учреждениями здравоохранения и социальной защиты и органами опеки. Весной 2013 года Министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области начата разработ-

ка административного регламента по взаимодействию этих структур при предоставлении помощи совершеннолетним дееспособным гражданам, имеющим психические расстройства. То, что такая работа была начата, является одним из результатов диалога общественных организаций инвалидов и органов власти и управления в ходе реализации данного проекта.

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК» «ЦЕНТР ПОМОЩИ СО-
ВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПОДОПЕЧНЫМ»**

создано в январе 2005 года. Предметом и целью деятельности Центра является участие в осуществлении деятельности по опеке, попечительству и патронажу в отношении совершеннолетних граждан.

В составе центра созданы несколько отделений, в том числе отделение экстренной помощи и патронажа и отделение амбулаторного сопровождения граждан, страдающих психическими расстройствами, находящихся под опекой, попечительством и патронажем.

На период, когда граждане пожилого возраста, инвалиды, а также лица, попавшие в трудную жизненную ситуацию, нуждаются в неотложной помощи, над ними устанавливается социальный патронаж, выполняемый специалистами отделения экстренной помощи и социального патронажа. Специалисты отделения помогают в разрешении трудностей. В штат отделения входят специалисты по социальной работе, в психолог и юрист, которые оказывают консультативные услуги, в том числе и с выездом на дом.

При проведении социального патронажа клиентам Центра предоставляются услуги, которые помогают адаптироваться в жизни. Центр оказывает помощь и поддержку в следующем:

- Проводит мероприятия направленные на мотивацию клиентов к самореализации позитивных жизненных целей;
- Мероприятия направленные на профилактику обострения заболеваний у клиентов отделения;

- Оказывает содействие в госпитализации в учреждения здравоохранения;
- Помощь в решении вопросов жизнеобеспечения;
- Помощь и поддержка в преодолении жизненных конфликтов;
- Помощь в разработке планов жизненных перспектив;
- Помощь в разработке рационального режима дня, недели;
- Содействие в социально-правовом консультировании, посредническая помощь;
- Социально-психологическая поддержка;
- Содействие в решении вопросов трудоустройства совместно с Центром занятости населения;
- Консультирование и поддержка в сфере жилья;
- Сопровождение в лечебное учреждение, содействие в получении поддерживающей терапии, связь с лечащим врачом;
- Содействие в организации досуга и социальных контактов, путем привлечения в дневные отделения Центра;
- При необходимости помощь в рациональном планировании бюджета.

В отделении амбулаторного сопровождения клиенты могут получить поддержку в решении вопросов жизнеобеспечения, в преодолении жизненных конфликтов, в социально-правовом консультировании, решении вопросов трудоустройства, помощь в планировании своего бюджета и другие услуги.

На амбулаторном сопровождении находится 106 граждан с психическими расстройствами, проживающих в городе. Кроме того, в двух отделениях опеки, попечительства и патронажа под опекой специалистов находятся 47 человек и 284 человека под патронажем.

Преимущество амбулаторного сопровождения в том, что помощь оказывается клиенту вне отрыва от привычного социального окружения, только с его согласия и на бесплатной основе; оказание помощи строится на основе партнерства с клиентом и его ближайшим социальным окружением.

Выводы и рекомендации

Результаты исследований, практика работы правового центра АРО ВОГ, а также наших коллег в других регионах России показывают, что изменения необходимы не только на федеральном, но и на региональном уровне. Архангельской области необходимо также разрабатывать меры по распро-

странению и осуществлению положений Конвенции. Это вытекает из положений Конституции РФ, согласно которой (ст. 72 п. 1 пп. б) вопросы защиты прав и свобод человека и гражданина находятся в совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ.

Следующие рекомендации являются неотложными и настоятельно требующими решения:

1. Необходима единая система учета не только детей-инвалидов и лиц с особыми образовательными потребностями, но и полная информационная база данных и статистических показателей о положении инвалидов, которые можно было бы использовать при планировании, мониторинге, оценке и осуществлении политики развития региона в интересах инвалидов.

2. Необходимо постоянно анализировать ситуацию с соблюдением прав граждан с психическими расстройствами и разрабатывать меры поддержки и социальной интеграции в различных сферах, где их права наиболее уязвимы, а именно:

- обеспечение доступа к дошкольному и общему среднему обязательному образованию детей с психическими расстройствами и множественными нарушениями, в особенности тех детей, которые проживают в интернатах;

- обеспечение профессиональной подготовки и профессионального образования, а также содействие в трудоустройстве, в том числе создание специальных и квотированных рабочих мест, прежде всего на предприятиях государственной и муниципальной формы собственности;

- доступ к полной информации о государственных услугах в различных формах, изложенной понятным языком;

- доступ к качественным нестационарным социальным услугам, а также опеке, попечительству и патронажу в месте жительства.

3. Информация о состоянии соблюдения основных прав человека, в том числе прав граждан с ментальной инвалидностью должна включаться в доклады, представляемые органами исполнительной власти по итогам реализации принятых программ.

4. При работе системы мер поддержки и реализации этих мер обеспечивать взаимодействие различных государственных и муниципальных органов и учреждений с общественными организациями.

5. Предусмотреть в качестве обязательного курса повышения квалификации государственных и муниципальных служащих изучение прав человека. В качестве обязательного требования к повышению квалификации государственных служащих системы занятости и социальной защиты, органов опеки и сотрудников социальных учреждений предусмотреть изучение Конвенции ООН о правах инвалидов.

6. Проанализировать проблемы реализации областного закона от 29.10.2008 № 578-30-ОЗ «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству в Архангельской области»

и разработать систему мер по выявлению граждан, нуждающихся в опеке и патронаже, повышению численности опекунов, попечителей и помощников, гарантии их социальной защиты и программу их подготовки и сопровождения.

7. Разработать нормативный акт, обязательный для образовательных учреждений, определяющий порядок создания условий для обучения детей с ментальными нарушениями в образовательных учреждениях общего типа, создать ресурсные центры для оказания методической поддержки образовательным учреждениям.

8. Ввести должность уполномоченного по правам инвалидов в Архангельской области с правом рассмотрения обращений по жалобам граждан с инвалидностью и проведения исследований положения людей с инвалидностью, проживающих в стационарных социальных учреждениях.

9. Разработать программу развития социального обслуживания на территории области, которая предусматривала бы меры по постепенному пере-профилированию стационарных учреждений социального обслуживания с тем, чтобы создать возможность более гибкого сочетания стационарных и нестационарных форм социального обслуживания; чтобы стационарное обслуживание предлагалось лишь в качестве крайней меры, после того как другие меры оказались не эффективными; чтобы развитие и распространение получали нестационарные формы социального обслуживания, в том числе опека, попечительство (после введения в действие соответствующих норм ГК РФ) и патронаж.

10. Разработать программу обеспечения поддерживаемого трудоустройства для граждан с психическими расстройствами и ментальной инвалидностью.

11. Разработать программу действий по реализации Концепции образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Архангельской области, утвержденной Постановлением Правительства Архангельской области от 23 марта 2011 № 75-пп.

12. Разработать нормативно-правовые документы предусматривающие оказание альтернативных видов социальной помощи лицам с ментальными нарушениями. Увеличить государственную поддержку НКО, реализующих альтернативные формы социального обслуживания лиц с психическими и умственными нарушениями.

Приложение

Социальное самочувствие инвалидов и членов их семей

География проекта



Старт исследования – опрос участников конференции «Доступная среда: распространение опыта по созданию условий для включения людей с инвалидностью в местное сообщество» (г. Архангельск, 25 октября 2012 г.)

Распространение анкет в районы через участников областного семинара «Люди с инвалидностью – за равенство перед законом» (г. Архангельск, 26 ноября 2012 г.)

Полевой опрос целевой группы – октябрь-декабрь 2012 г., 400 респондентов

Фокус-группы и интервью – март 2013 г.

Телефонный опрос населения – апрель 2013 г., 400 респондентов

Таблица 1. Полевой опрос целевой группы

Место проживания респондентов	%	чел.
г. Архангельск	29,00	116
г. Северодвинск	21,25	85
г. Новодвинск	9,25	37
п. Октябрьский, Устьянский район	6,00	24
г. Коряжма	5,75	23
г. Вельск	5,25	21
с. Карпогоры, Пинежский район	3,75	15
г. Каргополь	3,75	15
п. Яренск, Ленский район	3,50	14
г. Мирный	2,75	11
г. Котлас	2,25	9
г. Няндомы	0,75	3
г. Плесецк	0,75	3
д. Лукинская, Верхнетоемский район	0,75	3
д. Шардонемь, Пинежский район	0,75	3
д. Горка Муравьевская, Вельский район	0,75	3
п. Катунино, Приморский	0,75	3
п. Коноша	0,75	3
п. Талаги, Приморский район	0,75	3
п. Ширшинский, Приморский район	0,75	3
п. Ясный, Пинежский район	0,75	3
	100,00	400

Исследование выявило:

- Уровень социального самочувствия (субъективный показатель) и уровень качества жизни (объективный показатель) целевой группы ниже, чем у населения в целом.
- Уровень комфортности среды определяется целевой группой значительно ниже, чем населением в целом.
- Стигматизация лиц с ментальными расстройствами носит характер своеобразной общественной «нормы».
- Лица с ментальной инвалидностью – самая уязвимая в правах социальная группа
 - нарушение прав зафиксировано во всех сферах
 - при этом, многие проблемные ситуации НЕ квалифицируются целевой группой как правовые проблемы, а воспринимаются как бытовые или социальные проблемы.
- Общая тенденция – искать причины проблем не в правовом поле, а – в социальном.
- Системная проблема: зафиксированы массовые ситуации, когда в медучреждениях общего профиля лицам с ментальными нарушениями отказывают в лечении, перенаправляя в специализированные учреждения, которых нет.
 - стоматологическая и зубопротезная помощь, хирургическое лечение
- Человеческий фактор: прямая зависимость результатов лечения, социального обслуживания и других видов помощи лицам с ментальными нарушениями от уровня компетентности, внимательности, заинтересованности специалиста.
 - уровень этой зависимости у населения в целом – 22%,
 - у целевой группы – 89%
- Проблема исследователей – выявить нарушения прав, дать анализ ситуаций, в которых граждане с ментальными нарушениями нуждаются в поддержке правозащитников.
- Задача правозащитников – перевести решение проблем в законодательное русло.

Социальный портрет респондентов целевой группы

Диаграмма 1.

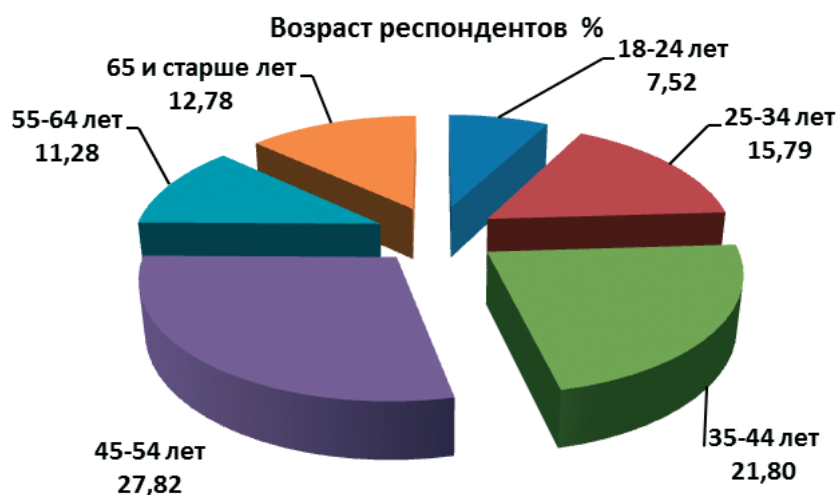


Диаграмма 2.



Диаграмма 3.

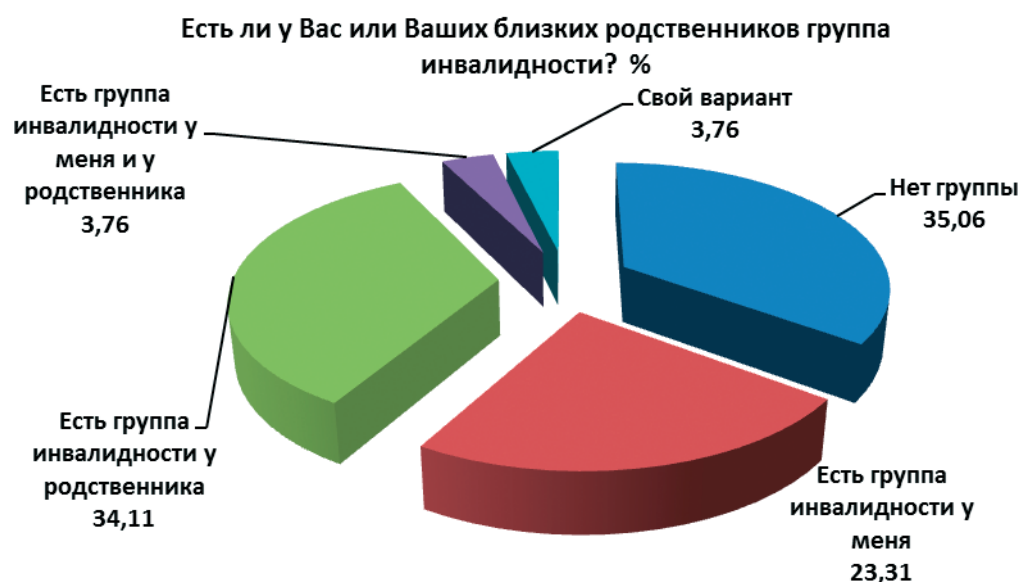


Диаграмма 4.



Диаграмма 5.

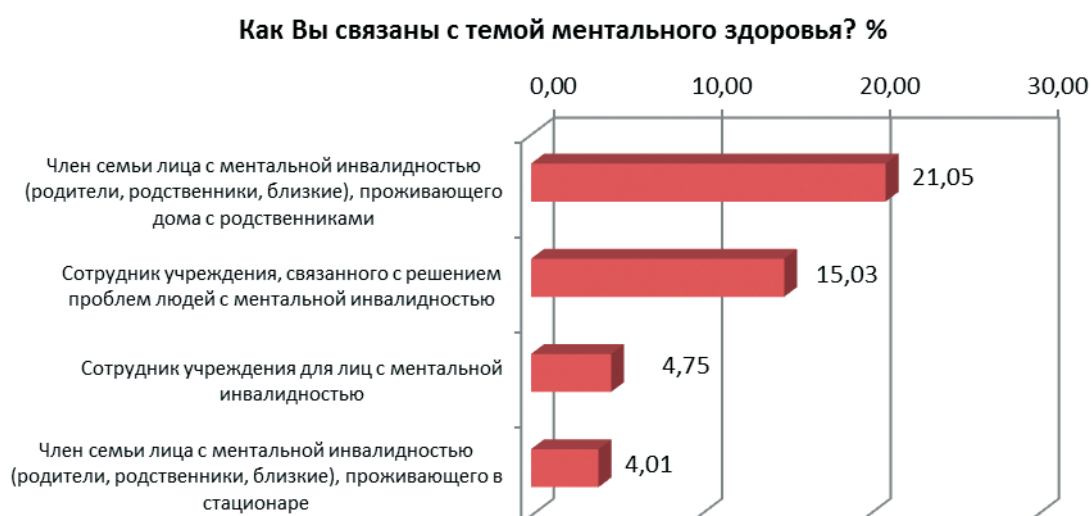


Диаграмма 6.



Информированность о Конвенции ООН

Диаграмма 7.



Оценка изменений в социальной сфере

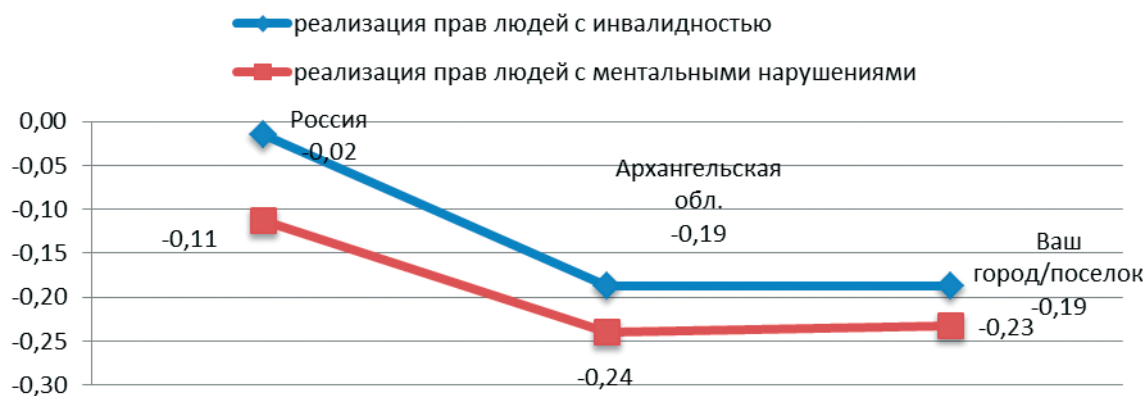
Диаграмма 8.



Реализация прав людей с ментальными нарушениями

Диаграмма 9.

Насколько, по Вашему мнению, реализуются права людей, имеющих нарушения психического здоровья или интеллектуального развития, в России в целом, в Архангельской области и в Вашем городе/поселке, в частности? (к)



В данном вопросе и далее данные демонстрируются через коэффициент (к).

к рассчитывается по формуле: $\frac{A-B}{A+B+C}$

где:

А – это сумма положительной оценки

В – это сумма отрицательной оценки

С – нейтральная позиция

Интервал значения к от: -1 до +1

(от крайней негативной до максимально положительной)

Влияние психического диагноза на реализацию прав

Диаграмма 10.

Какое влияние оказывает диагноз психического (ментального) расстройства или нахождение под диспансерным наблюдением («на учете в ПНД») на реализацию прав гражданина? %

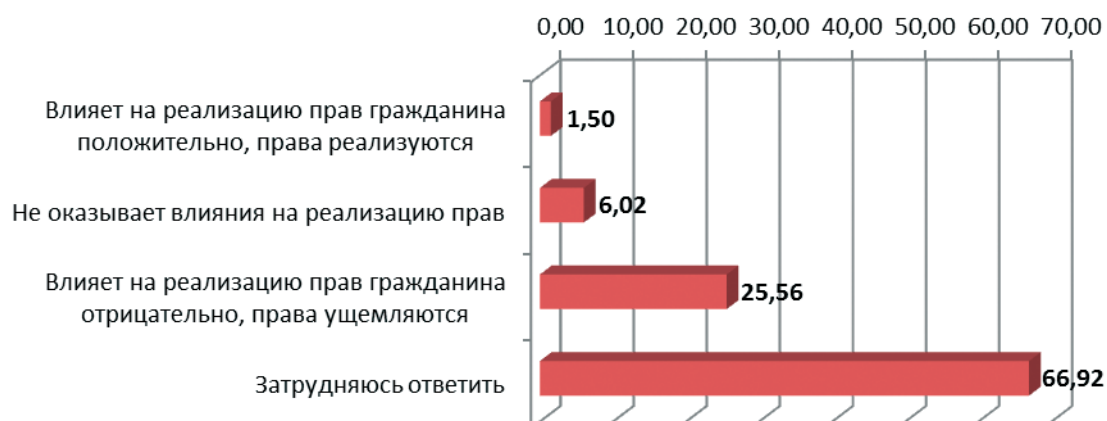


Таблица 2.

Оцените, насколько, по Вашему мнению, реализуются права и возможности людей, имеющих ментальные ограничения в различных областях?	Права реализуются	Скорее реализуются	Скорее не реализуются	Права не реализуются	Затрудняюсь ответить	К
Получение медицинской помощи	9,77	33,08	11,28	3,01	42,86	0,29
Получение психиатрической помощи	6,77	24,81	14,29	3,76	50,38	0,14
Получение социального обслуживания	8,27	27,82	18,05	6,77	39,10	0,11
Решение жилищных вопросов	3,01	3,76	28,57	18,05	46,62	-0,40
Получение образования	2,26	20,30	21,80	11,28	44,36	-0,11
Реализация права на труд (трудоустройство)	3,76	4,51	24,06	21,80	45,86	-0,38
Семейные отношения	8,27	13,53	16,54	6,02	55,64	-0,01
Совершение нотариальных действий	5,26	12,78	14,29	9,77	57,89	-0,06
Реализация информационной доступности	4,51	16,54	18,80	12,03	48,12	-0,10
Включенность в социальные связи (коммуникация, общественные организации, досуг и пр.)	5,26	17,29	14,29	15,79	47,37	-0,08

Диаграмма 11.



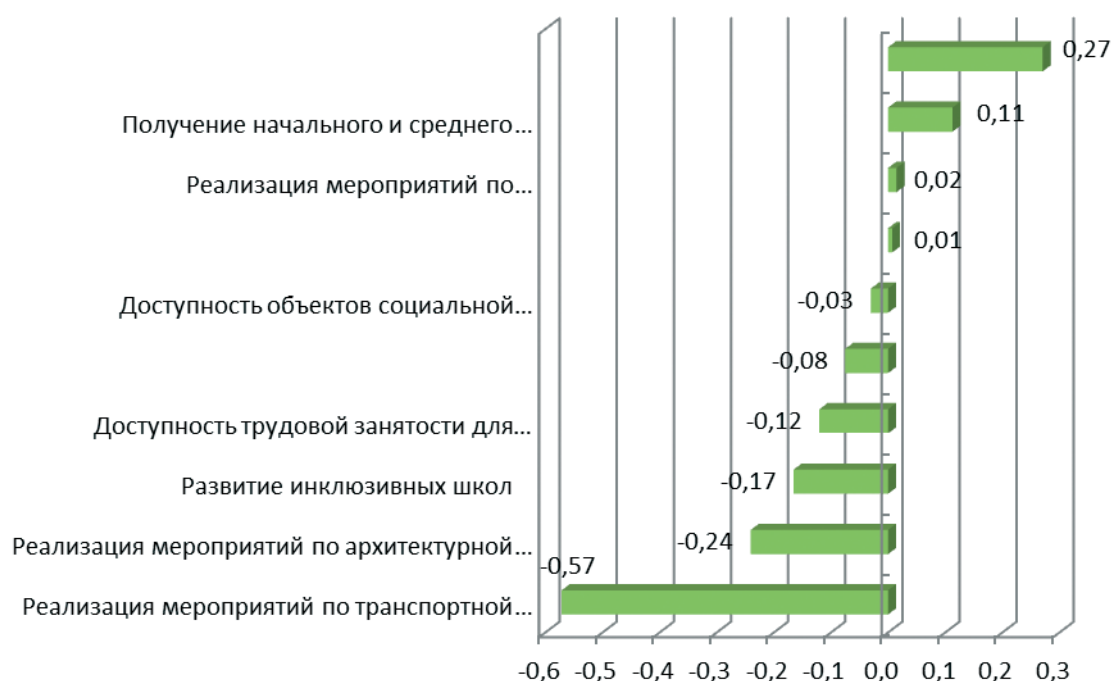
Оценка доступности среды

Таблица 3.

Сферы доступности среды	Вопросы решаются	Вопросы скорее решаются	Вопросы скорее не решаются	Вопросы не решаются	Затрудняюсь ответить	К
Доступность дошкольного образования для детей с инвалидностью	18,05	38,35	18,80	10,53	14,29	0,27
Создание сети доступных общеобразовательных школ	7,52	34,59	24,81	16,54	16,54	0,01
Развитие инклюзивных школ	8,27	18,80	18,80	24,81	29,32	-0,17
Получение начального и среднего профессионального образования для людей с инвалидностью	15,79	34,59	19,55	19,55	10,53	0,11
Получение высшего образования для людей с инвалидностью	9,02	27,82	24,06	20,30	18,80	-0,08
Доступность объектов социальной инфраструктуры для людей с инвалидностью	8,27	35,34	25,56	21,05	9,77	-0,03
Реализация мероприятий по архитектурной доступности для людей с инвалидностью	4,51	25,56	30,08	24,06	15,79	-0,24
Реализация мероприятий по транспортной доступности для людей с инвалидностью	2,26	14,29	31,58	42,11	9,77	-0,57
Реализация мероприятий по информационной доступности для людей с инвалидностью	11,28	35,34	30,83	14,29	8,27	0,02
Доступность трудовой занятости для инвалидов	9,02	27,82	29,32	19,55	14,29	-0,12

Диаграмма 12.

Степень доступности среды для людей с инвалидностью (к)



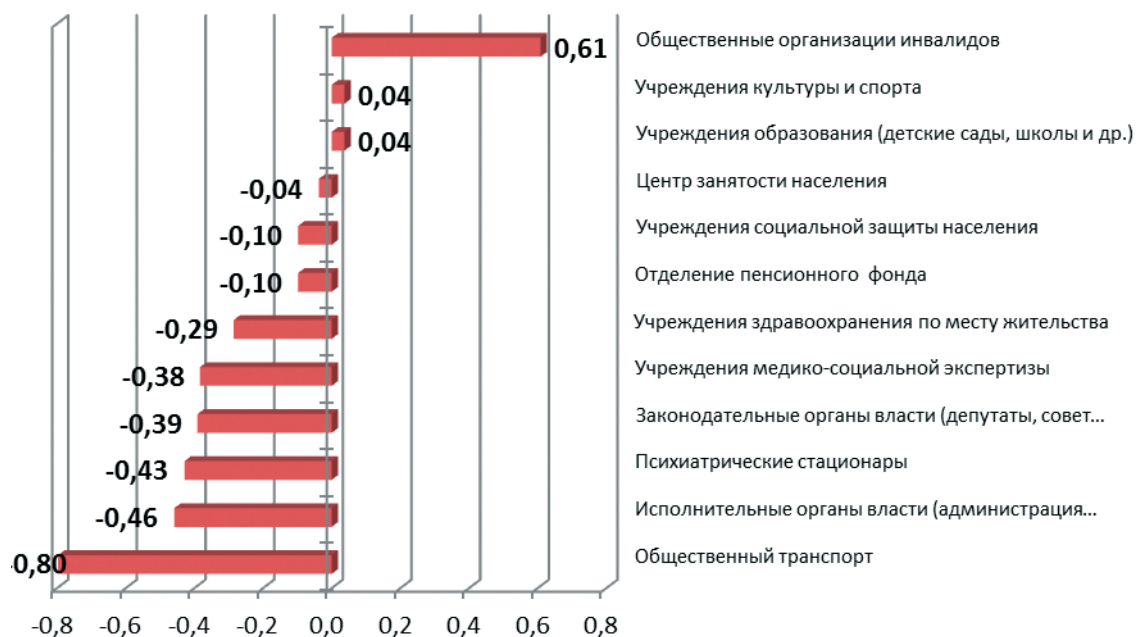
Комфортность среды

Таблица 4.

В каких учреждениях люди с инвалидностью чувствуют себя наиболее комфортно (профессионализм и дружелюбность специалистов, внимание окружающих)?	Комфортно	Скорее комфортно	Скорее не комфортно	Не комфортно	Затрудняюсь	К
Учреждения здравоохранения по месту жительства	7,52	23,31	40,60	18,80	9,77	-0,29
Психиатрические стационары	0,75	8,27	26,32	25,56	39,10	-0,43
Учреждения медико-социальной экспертизы	7,52	15,04	34,59	26,32	16,54	-0,38
Учреждения социальной защиты населения	10,53	27,82	29,32	18,80	13,53	-0,10
Центр занятости населения	10,53	21,80	23,31	12,78	31,58	-0,04
Отделение пенсионного фонда	11,28	27,07	36,84	11,28	13,53	-0,10
Общественные организации инвалидов	33,08	40,60	10,53	2,26	13,53	0,61
Исполнительные органы власти (администрация города/поселка)	4,51	12,78	37,59	25,56	19,55	-0,46
Законодательные органы власти (депутаты, совет депутатов)	4,51	13,53	36,09	21,05	24,81	-0,39
Учреждения образования (детские сады, школы и др.)	9,02	32,33	27,07	10,53	21,05	0,04
Учреждения культуры и спорта	12,78	30,08	27,82	11,28	18,05	0,04
Общественный транспорт	0,75	4,51	44,36	40,60	9,77	-0,80

Диаграмма 13.

В каких учреждениях люди с инвалидностью чувствуют себя наиболее комфортно (профессионализм и дружелюбность специалистов, внимание окружающих)? (к)



Удовлетворенность основными показателями

Таблица 5.

Насколько Вы удовлетворены следующими показателями?	% целевая группа					k	
	Удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Не удовлетворен	Затрудняюсь ответить	Целевая группа	Все население
Уровень дохода в Вашей семье	9,02	19,55	28,57	33,83	9,02	-0,34	-0,19
Ваша работа, учеба	18,05	33,08	12,78	12,03	24,06	0,26	0,44
Отношения в семье	48,12	30,83	6,77	0,00	14,29	0,72	0,79
Качество и доступность медицинских услуг	8,27	15,04	37,59	29,32	9,77	-0,44	-0,38
Работа Администрации города/поселка	4,51	17,29	34,59	26,32	17,29	-0,39	-0,37
Ваши дружеские отношения	54,14	30,08	4,51	2,26	9,02	0,77	0,89
Качество и доступность социальной защиты	8,27	19,55	34,59	21,05	16,54	-0,28	0,09
Жилищные и бытовые условия	27,07	25,56	24,81	15,04	7,52	0,13	0,32
Организация свободного времени	27,82	27,82	19,55	12,03	12,78	0,24	0,33
Качество и доступность образования	14,29	27,82	27,07	11,28	19,55	0,04	0,35
Качество и доступность информации о правах и услугах	12,03	24,81	30,08	18,80	14,29	-0,12	0,24

Диаграмма 14.

Насколько Вы удовлетворены следующими показателями? (k)

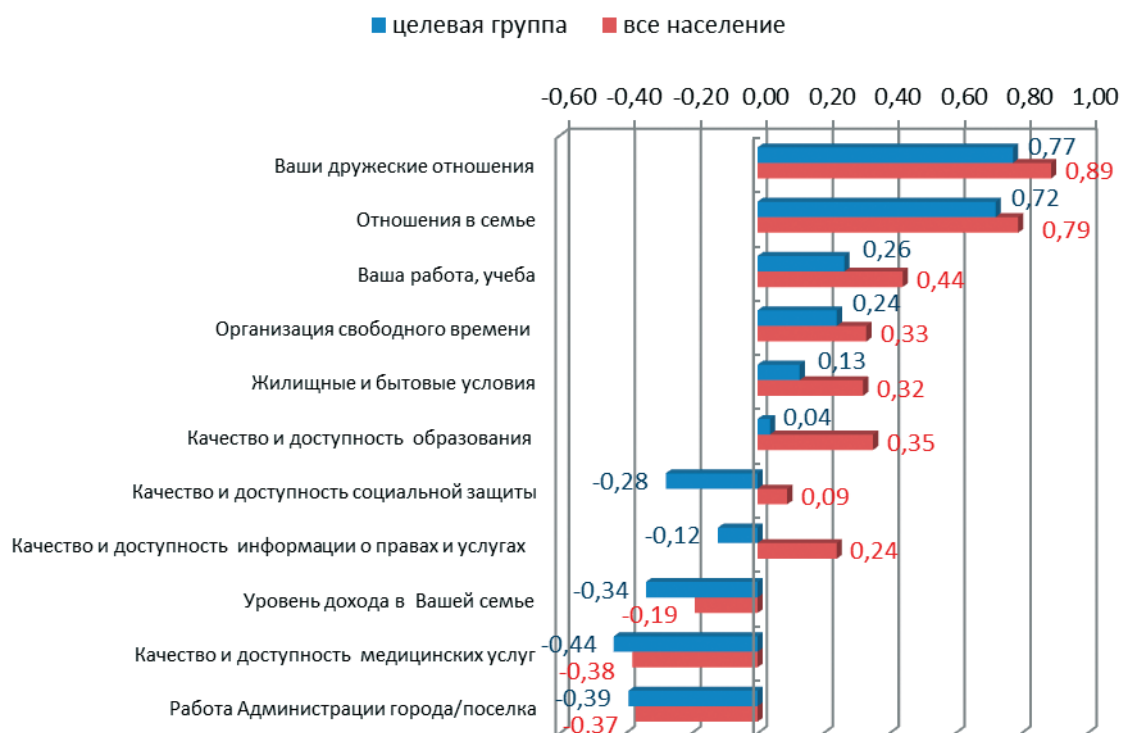
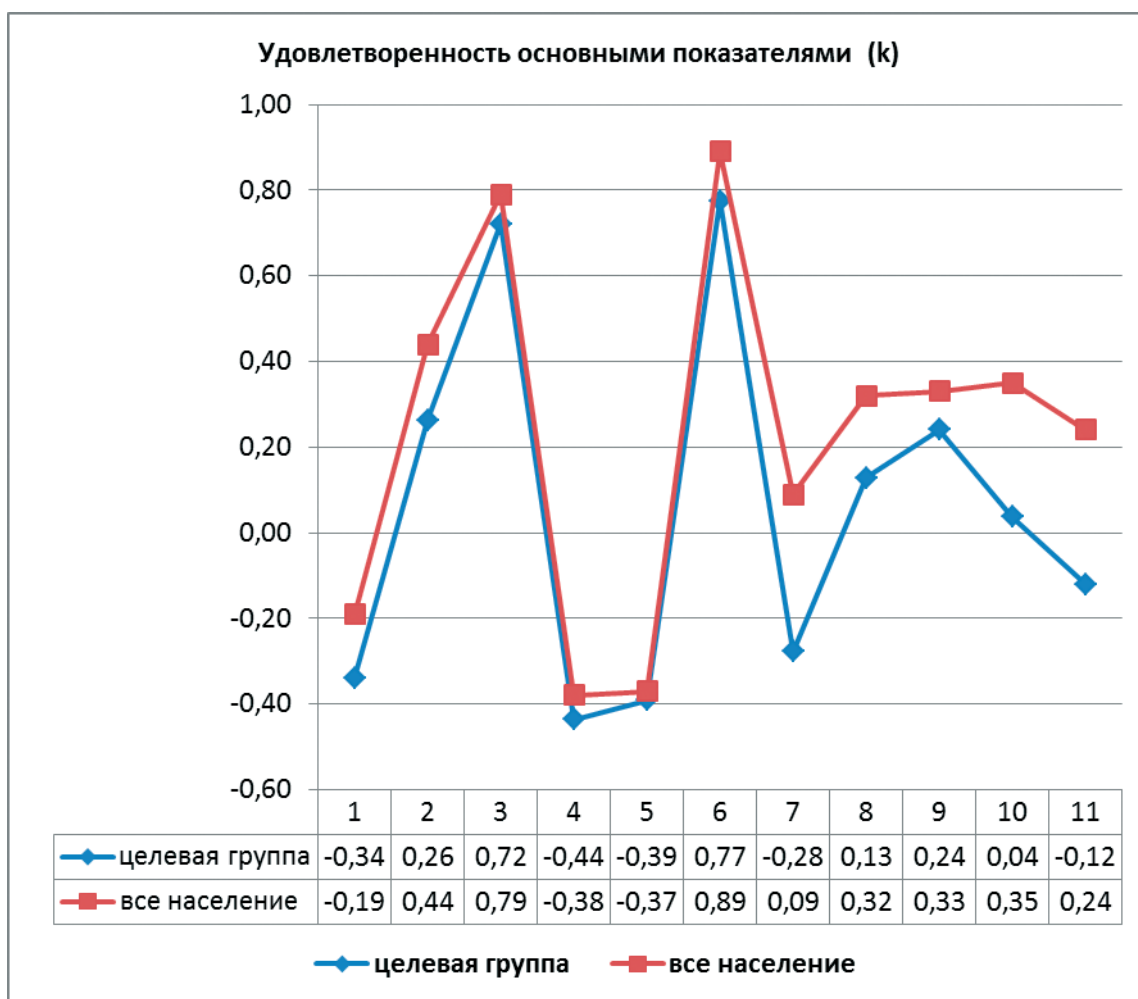


Диаграмма 15.



1. Уровень дохода в Вашей семье
2. Ваша работа, учеба
3. Отношения в семье
4. Качество и доступность медицинских услуг
5. Работа Администрации города/поселка
6. Ваши дружеские отношения
7. Качество и доступность социальной защиты
8. Жилищные и бытовые условия
9. Организация свободного времени
10. Качество и доступность образования
11. Качество и доступность информации о правах и услугах

Таблица Актуальность потребностей семей с инвалидами

Таблица 6.

Какие потребности наиболее актуальны для семей, имеющих людей с инвалидностью?	% целевая группа					k	
	Потребность актуальна	Скорее актуальна	Скорее не актуальна	Потребность не актуальна	Затрудняюсь ответить	Целевая группа	Все население
Социальное обслуживание	60,15	21,80	6,77	3,76	7,52	0,71	0,87
Дополнительное обслуживание	46,62	28,57	9,02	3,01	12,78	0,63	0,88
Технические средства реабилитации	63,91	13,53	3,76	3,76	15,04	0,70	0,90
Информация о социальных службах и социальных услугах	53,38	27,07	6,77	3,01	9,77	0,71	0,90
Участие в общественных организациях	39,85	32,33	8,27	6,77	12,78	0,57	0,71
Специализированная, (высокотехнологичная) мед. помощь	66,92	16,54	2,26	3,01	11,28	0,78	0,85
Возможность подрабатывать	56,39	25,56	1,50	2,26	14,29	0,78	0,86
Индивидуальная программа Реабилитации (ИПР)	63,91	17,29	6,02	2,26	10,53	0,73	0,90

Диаграмма 16.



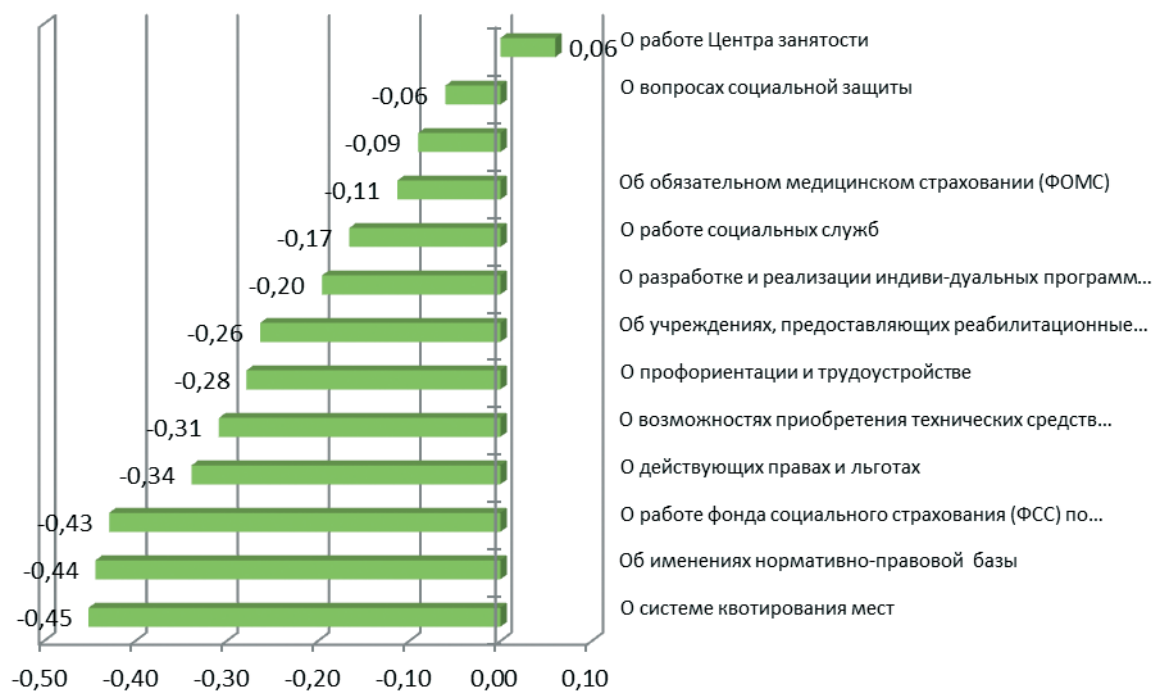
Уровень информированности респондентов

Таблица 7.

Оцените, достаточно ли Вам информации по следующим вопросам?	Достаточно	Скорее достаточно	Скорее недостаточно	Недостаточно	Затрудняюсь ответить	К
Вопросы социальной защиты	12,03	30,83	28,57	20,30	8,27	-0,06
Изменения нормативно-правовой базы	3,76	15,79	30,08	33,83	16,54	-0,44
О действующих правах и льготах	7,52	20,30	34,59	27,07	10,53	-0,34
О системе квотирования мест	3,01	13,53	28,57	33,08	21,80	-0,45
О возможностях приобретения технических средств реабилитации	8,27	18,05	31,58	25,56	16,54	-0,31
Об учреждениях, предоставляющих реабилитационные услуги	6,02	24,06	35,34	21,05	13,53	-0,26
О работе социальных служб	10,53	27,07	35,34	18,80	8,27	-0,17
О работе Центра занятости	18,05	25,56	21,05	16,54	18,80	0,06
О деятельности учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ)	15,04	23,31	27,82	19,55	14,29	-0,09
О разработке и реализации индивидуальных программ реабилитации (ИПР)	14,29	18,80	30,08	22,56	14,29	-0,20
О профориентации и трудоустройстве	9,02	16,54	33,08	20,30	21,02	-0,28
О работе фонда социального страхования (ФСС) по распределению путевок	7,52	14,29	33,08	31,58	13,53	-0,43
Об обязательном медицинском страховании (ФОМС)	10,53	25,56	27,07	20,30	16,54	-0,11

Диаграмма 17.

Оцените, достаточно ли Вам информации по следующим вопросам? (к)



Уровень информированности в правовых вопросах

Таблица 8.

Оцените, насколько Вы информированы о следующих правовых вопросах?	Вполне информирован	Скорее информирован	Скорее не информирован	Совсем не информирован	Затрудняюсь ответить	К
Установление инвалидности	26,32	41,35	18,80	6,77	6,77	0,42
Назначение пенсии инвалиду	22,56	39,85	22,56	10,53	4,51	0,29
Права инвалида на медицинское и санаторно-курортное обслуживание	22,56	30,08	29,32	12,78	5,26	0,11
Право инвалида на протезирование	15,04	18,80	30,08	17,29	18,80	-0,14
Права инвалида на транспортное обеспечение	11,28	24,81	32,33	18,80	12,78	-0,15
Права инвалида в сфере образования	19,55	30,83	23,31	9,77	16,54	0,17
Профессиональная реабилитация инвалидов	12,78	23,31	26,32	22,56	15,04	-0,13
Права инвалидов в семейных отношениях	14,29	27,82	24,06	15,04	18,80	0,03
Права инвалидов в жилищном праве	12,03	18,80	34,59	22,56	11,28	-0,26
Право инвалида на социальное обслуживание и социальную помощь	23,31	30,83	23,31	16,54	6,02	0,14
Права инвалида на обеспечение беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры и на информацию	16,54	27,82	27,82	15,79	12,03	0,01
Права и льготы инвалидам, предусмотренные налоговым законодательством	17,29	23,31	29,32	19,55	10,53	-0,08

Диаграмма 18.



Общественный доклад

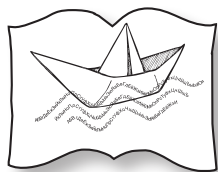
О соблюдении прав людей с психическими нарушениями и ментальной инвалидностью в Архангельской области и рекомендации по реализации их прав в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов

Доклад подготовлен в рамках проекта
«Люди с инвалидностью – за равенство перед законом»
при финансовой поддержке
«Института Открытое Общество – Фонд Содействия»
(Будапешт, Венгрия)

Над докладом работали:
Н. Мякшин, О. Руссова, Г. Шашурина, Е. Шинкарева

Мякшин Николай Александрович	arvog@mail.ru
Руссова Ольга Николаевна	russovas@mail.ru
Шашурина Галина Вячеславовна	arvog2012@yandex.ru
Шинкарева Елена Юрьевна	len.shinkar@mail.ru

Редактор, корректор: *Т.В. Овчинникова*
Дизайн, верстка, обложка: *П.Заросликова*



Издательский оригинал-макет –
Литературно-издательский центр «ЛОЦИЯ»
г. Архангельск, ул. Поморская, 34.
Тел.: +7 (952)308-17-43
www.lotsia.ru, e-mail: lotsia@yandex.ru