Вариант №3

1. Государственная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных.

2. Порядок признания лица инвалидом.

**1. Государственная политика в отношении инвалидов и нетрудоспособных.**

Согласно Российскому законодательству, инвалид — это «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничениё жизнедеятельности определяется как «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое по ведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью».

Это определение сравнимо с тем, которое дается Всемирной организацией здравоохранения: люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности внешней среды к их особым нуждам, из-за предрассудков общества в отношении к инвалидам. Для того чтобы снизить воздействие этих ограничений, разработана система государственных гарантий по социальной защите инвалидов.

Социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Благодаря новой государственной социальной политике, исследователям и социальным работникам, просветительской деятельности ассоциаций, выступающих за соблюдение прав человека, постепенно происходят изменения, в том числе и в самом языке. За рубежом сегодня этот термин уже практически выходит из употребления, люди избегают употреблять такие «ярлыки», как глухой, слепой, заика, заменяя их сочетаниями «ослабленный слух (зрение, речевое развитие).

По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. По официальной статистике, в России сейчас 9 млн. инвалидов. По оценке Агентства социальной информации, их не менее 15 млн. Среди нынешних инвалидов очень много молодых людей и детей.

В узком смысле, с точки зрения статистики, инвалидом является человек, имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное в Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) или в лечебных учреждениях силовых ведомств. Подавляющее большинство таких людей состоят на учете в органах социальной защиты или в лечебных учреждениях силовых ведомств как получатели различного рода пенсий, в том числе пенсий не по инвалидности, а по другим основаниям (чаще всего по старости).

В широком смысле в контингент инвалидов входят так же лица, подпадающие под установленное законом определение инвалидности, но в силу разных обстоятельств не обратившиеся в БМСЭ. Какие же это обстоятельства? Их можно разделить на 2 класса. Первый связан с развитием здравоохранения и медицины, в частности диагностикой заболеваний и её доступностью (например, несвоевременное выявление злокачественных новообразований). Второй – с мотивами человека в получении статуса инвалида. В настоящее время эта мотивация выше, чем в прошлом, когда ограничения для трудовой деятельности инвалидов были весьма существенны, а статус инвалида не позволял работать.

Среди инвалидов можно выделить три группы: а) пенсионеры, получающие пенсию по возрасту; б) инвалиды, получающие пенсию по инвалидности; в) работающие лица трудоспособного возраста, не являющиеся получателями пенсий и пособий.

Рост инвалидности, с которым мы сегодня сталкиваемся, можно назвать ростом «накопленной» инвалидности. О чем идет речь? В течение длительного времени инвалидность не было столь необходимо оформлять, в то время как показатели заболеваемости и травматизма всегда оставались довольно высокими. Снижение шансов трудоустройства, ненадежность случайных заработков не могут не подталкивать граждан, имеющих основания для получения инвалидности, регистрировать инвалидность. Что бы выжить в таких условиях, они прибегают к аккумуляции всех доступных источников доходов, в том числе системы социального обеспечения.

Инвалидность, так или иначе определяемая, знакома каждому обществу, и каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов.

В течение последних тридцати лет в мире сложились устойчивые тенденции и механизмы формирования политики в отношении инвалидов, правительства различных стран разрабатывают подходы к решению проблем этой социальной группы, оказания помощи государственным и общественным институтам в определении и реализации политики, адресованном инвалидам,

Основные принципы формирования политики в отношении инвалидов, выработанные мировым соо6ществом:

- государство отвечает за устранение условий, ведущих к инвалидности, и решение вопросов, связанных с последствиями инвалидности,

- государство обеспечивает инвалидам возможность достигнуть одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере доходов, образования, занятости, здравоохранения, участия в общественной жизни.

- инвалиды имеют право жить в социуме, общество порицает изоляцию инвалидов, для этого общество стремится сформировать условия независимой жизни инвалидов (самообеспечение, самодостаточность в повседневной жизни, безбарьерная среда).

- за инвалидами признаются права и обязанности граждан данного общества. В компетенции государства находятся способы признания, обеспечения и реализации прав и обязанностей инвалидов, как членов общества.

- государство стремится к равнодушности мер социальной политики в отношении инвалидов на всей территории страны, независимо от того, где проживает инвалид (в сельской или городской местности, столице или провинции).

- при реализации политики в отношении инвалидов должны учитывать особенности индивида или группы инвалидов: все инвалиды в силу специфики своего заболевания находятся в разных стартовых условиях, и для обеспечения прав и обязанностей граждан страны в отношении каждой группы инвалидов проводится свой комплекс мероприятий.

Государственная политика в настоящее время остается основным публичным механизмом в определении, категоризации и легализации инвалидности и продолжает быть существенным элементом в конструировании и поддержании зависимого статуса людей с ограниченными возможностями. В этом смысле положение людей с инвалидностью в ряде стран связано с недостаточно развитым и не всегда эффективным правовым контекстом в части предусмотренных механизмов реализации соответствующего законодательства и ответственности за его исполнение.

В российских дебатах о социальной политике в отношении инвалидов наряду с одобрением и принятием идей интеграции ставится вопрос о затратах и выгодах, а качество и спектр существующих мер социальной защиты пока остаются второстепенным вопросом. В социальном законодательстве и программах содержатся необходимые требования доступности и интеграции, однако на практике пока далеко не во всех случаях можно говорить о готовности и возможности обеспечивать и достигать обозначенных целей.

Государственная политика в отношении инвалидов значительно разнится между странами. Диапазон основных предположений относительно характера недееспособности и спектр социальной проблематики инвалидности отражают разнообразие социальных, культурных и политических условий. Из всех можно назвать одну центральную проблему, общую для многих современных государств. дело в том, что современная маргинализация инвалидов по-прежнему связана с «измерением» ценности человека на основании способности трудиться и не быть иждивенцем. Однако вопрос заключается не только и не всегда в том, что инвалид не может трудиться физически, но часто в том, что на производственные системы (фабрики, заводы, рабочие места) накладываются дополнительные обязанности и требования гибких методов работы, решения вопросов, связанных с ритмами и порядком труда человека с ограниченными возможностями.

Здесь пересекаются интересы рынка и государства. Работодателю зачастую удобнее осуществлять благотворительность и вспомоществование, чем изменять условия труда в соответствии с индивидуальными потребностями работника. А система социальной защиты в современных капиталистических государствах в большей степени управляется категориями рыночной полезности человека. Одинаково неадекватна в рассуждениях о положении инвалидов как позиция патернализма, формирующая иждивенческие настроения, таки позиция невмешательства: «сумей сам продать себя на рынке труда». Политика социальной поддержки инвалидов должна строиться на платформе создания условий для равного участия людей с ограниченными возможностями в жизни общества. Организация доступности окружающей среды для инвалидов предполагает вслед за признанием равных прав инвалидов на участие в жизни общества организацию эффективного рынка услуг, где инвалиды все более и более представляются как потребители, имеющие специфические требования, спрос на определенные товары, услуги и доступные здания.

Концепция равного гражданства расценивает людей с ограниченными возможностями не как лиц с «остаточной трудоспособностью», а как достойных граждан, как потребителей специальных, специфических услуг и товаров. Такое смещение акцентов способствует отказу от отношения к инвалидам как к «поврежденным» людям и формированию отношения к инвалидам как к людям с особы ми, дополнительными потребностями.

Вместе с тем инвалид не является лишь пассивным потребителем товаров и услуг. Если общество стремится интегрировать инвалидов — это предполагает процессы повышения их статуса в социально-экономических, рыночных отношениях. Современная российская социальная политика не формирует иждивенческие настроения, ориентируя инвалидов на активную позицию в отношении занятости, независимой жизни, однако пока еще не действу ют в полную меру механизмы пресечения дискриминации и произвола работодателей в отношении инвалидов. Дискриминационные действия работодателей оправдываются ими с позиций требований рыночной экономики, а пре цедентов восстановления справедливости и вынесения наказания за нарушение конституционных гарантий пока недостаточно.

Вот почему современным специалистам, занятым в системе социального обслуживания, необходимо владеть нормативно-правовой базой работы с инвалидами, а так же знать механизмы ее применении и уметь добиваться законодательных гарантий, привлекая юристов и активистов общественных организаций для того, чтобы защитить тех, чьи права ущемляются.

**2. Порядок признания лица инвалидом.**

Последовательность событий, приводящих к социальной недостаточности и инвалидности, в общем, виде следующая: этиология - патология (болезнь) - нарушение функций - ограничение жизнедеятельности - социальная недостаточность - инвалидность - социальная защита.

Основанием для определения инвалидности является сочетание трех факторов: нарушение функций организма, стойкое ограничение жизнедеятельности, социальная недостаточность.

Классификация нарушений основных функций организма человека

1. Нарушение психологических функций (восприятия, внимания, мышления, речи, эмоций, воли).

2. Нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания).

3. Нарушение статодинамической функции.

4. Нарушение функции кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции.

Классификация основных категорий жизнедеятельности

1. Cпособность к самообслуживанию - способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, осуществлять личную гигиену.

2. Cпособность к самостоятельному передвижению – способность передвигаться в пространстве, преодолевать препятствие, сохранять равновесия тела.

3. Cпособность к обучению – способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

4. Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполнения работы.

5. Способность к ориентации – способность определяться во времени и пространстве.

6. Способность к общению - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации

7. Способность контролировать свое поведение – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально – правовых норм.

Классификация нарушений функции организма по степени выраженности предусматривает выделение преимущественно трех степеней нарушений:

1 степень – незначительные или умеренные нарушения функций;

2 степень – выраженные нарушения функций;

3 степень – значительно выраженные нарушения функций.

Виды социальной недостаточности:

1. Физическая зависимость - затруднение (или неспособность) к самостоятельному проживанию;

2. Экономическая зависимость - затруднение (или неспособность) к материальной независимости.

3. Социальная зависимость – затруднение (или неспособность) поддержания социальных связей.

**Критерии определения группы инвалидности**

Согласно критериям определения группы инвалидности в зависимости от степени нарушения функций организма, ограничений жизнедеятельности дифференцируют три группы инвалидности - I, II, III.

Критерием для определения первой группы инвалидности является социальная недостаточность, вызванная стойкими значительно выраженными расстройствами функций организма, которые обусловлены заболеваниями, последствиями травм, приводящими к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию третьей степени - полная зависимость от других лиц;

- способности к передвижению третьей степени – неспособность к передвижению;

- способности к ориентации третьей степени - дезориентация;

- способности к общению третьей степени – неспособность к общению;

- способности контроля за своим поведением третьей степени – неспособность контролировать свое поведение.

Первая группа инвалидности устанавливается лицам, которые нуждаются в постоянном постороннем уходе. Этим лицам недоступен никакой труд.

Примерами таких состояний являются:

1. Резко выраженная гемиплегия на почве органического поражения головного мозга различной этиологии или резко выраженная параплегия

2. При значительно выраженных нарушениях функций кровообращения, дыхания (недостаточность кровообращения III стадии и т. д.). У этих больных нарушены следующие категории жизнедеятельности: способность к самообслуживанию 3 степени, способность к передвижению 3 степени.

Первая группа инвалидности устанавливается также лицам, которые несмотря на стойкие резко выраженные нарушения и нуждаемость в постоянном постороннем уходе, могут выполнять отдельные виды труда в специально созданных условиях (на дому).

Критерием для установления второй группы инвалидности является социальная недостаточность, вызванная стойким выраженным расстройством функций организма, которые обусловлены заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетанию:

- способности к самообслуживанию второй степени – с использованием вспомогательных средств и с помощью других лиц;

- способности к передвижению второй степени – с использованием вспомогательных средств и с помощью других лиц;

- способности к трудовой деятельности второй, третьей степени – неспособность к трудовой деятельности или работа в специально созданных условиях;

- способности к обучению третьей, второй степени – неспособность обучения или учеба в специально созданных условиях;

- способности к ориентации второй степени - с помощью других лиц;

- способности к общению второй степени - с помощью других лиц;

- способности контроля за своим поведением второй степени – способность частично или полностью контролировать свое поведение при помощи других лиц.

Ограничение способности к обучению второй и третьей степени может быть основанием для установления второй группы инвалидности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности (за исключением учащихся).

Вторая группа инвалидности устанавливается лицам, которым противопоказаны все виды труда, а также лицам, которым доступен труд в специально созданных условиях (работа на дому, специально оборудованные рабочие места).

Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, вызванная стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма, которые обусловлены заболеваниями, последствиями травм, приводящими к нередко или к умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию:

- способности к самообслуживанию первой степени - с использованием вспомогательных средств;

- способности к передвижению первой степени – более длительная затрата времени при передвижении;

- способности к обучению первой степени – обучение с использованием вспомогательных средств;

- способности к трудовой деятельности первой степени – уменьшение объема работы или потеря профессии;

- способности к ориентации первой степени - с использованием вспомогательных средств;

- способности к общению первой степени – уменьшение объема усвоения, уменьшение скорости общения.

Ограничение способности к общению первой степени и способностью к обучению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности.

Причины инвалидности:

При определении группы инвалидности МСЭ всегда должна устанавливать причину инвалидности. Все документы, послужившие основанием для установления причины инвалидности, записываются в акт освидетельствования.

Существует несколько причин инвалидности:

1. Для гражданского населения:

- трудовое увечье;

- профессиональное заболевание;

- с детства;

- увечье, (заболевание) связанное с аварией на Чернобыльской АЭС;

- общее заболевания

2. Для военнослужащих:

- военная травма;

- заболевание, полученное в период военной службы;

- заболевание, полученное при исполнении (служебных) обязанностей, военной службы в связи с аварией на ЧАЭС.

**Литература**

1. Социальная работа: теория и практика. / Под ред. Е. И. Холостовой — М., 2001.

2. Теория и методика социальной работы. / Под ред. П.Д. Павленок — М., 1995.

3. Кожухарь В.Г.. Социальная защищенность: проблема социальной защиты военнослужащих. - М., 1996.