

# О реформе МСЭ, реабилитации, инклюзии: итоговое интервью Григория Лекарева



Григорий Лекарев. Фото предоставлено пресс-службой

**Люди с инвалидностью** · 28.01.2020

Григорий Лекарев уходит с поста заместителя министра труда и социальной защиты Российской Федерации. Эксклюзив АСИ: публикуем интервью по итогам десятилетней работы в министерстве.

**Вы проделали большую работу в сфере социальной защиты людей с инвалидностью. Какие качественные изменения произошли в этой области за время вашей работы в министерстве?**

На мой взгляд, их несколько. И хочу сразу сказать, что все, о чем я буду говорить, — результат слаженной командной работы большого коллектива.

Наверное, самое знаковое событие — это разработка и реализация государственной программы «Доступная среда». Эта программа сделала возможной ратификацию Конвенции о правах инвалидов. Она определила вектор, в направлении которого стала развиваться социальная политика страны в отношении людей с инвалидностью на протяжении последних десяти лет. А с учетом решения президента продлить ее действие до 2025 года, думаю, и далее будет основным инструментом реализации госполитики в этой сфере.

Идея инклюзии людей с инвалидностью развернулась в программе в систему мер.

Как мне кажется, программа помогла выстроить диалог между общественными организациями инвалидов, родителями детей-инвалидов, экспертным сообществом и органами власти. Такой диалог существует как на федеральном, так и на региональном уровнях.

*Хочу особо подчеркнуть, что сейчас ни одно решение не принимается без участия общественных организаций инвалидов и родителей детей-инвалидов.*

Программа с самого первого дня содержала в себе механизм поддержки регионов и получила живой отклик от них. Если в 2012 году только 12 регионов принимали участие в реализации мероприятий программы, то сейчас участвуют практически все субъекты РФ.

В регионах приспособлялись наиболее значимые для людей с инвалидностью объекты здравоохранения, социальных учреждений, службы занятости, транспортной инфраструктуры, культуры, информации и связи, а также образовательных организаций, учреждений по адаптивной физической культуре и спорту. Доля доступных для инвалидов приоритетных объектов и услуг прежде всего в этих отраслях возросла в 4,6 раза и составила 64,1% от общего числа (38,2 тыс.) таких объектов.

Почти в пять раз возросло число школ с инклюзивными условиями обучения детей-инвалидов (с 2 тыс. в 2011 году до 9,8 тыс. в 2018 году). Активно ведется эта работа в дошкольных организациях.



Фото: Александр Кондратюк / РИА Новости

В два раза за последние пять лет возросла доля приспособленных станций метрополитена. И 78% аэропортов федерального значения оборудованы амбулифтами для удобной посадки и высадки людей с инвалидностью.

В пять раз (с 3 до 15 тыс. часов в год) возрос объем вещания субтитрированных общенациональных телепрограмм.

После ратификации в 2012 году Конвенции о правах инвалидов в стране осуществлен ряд изменений, направленных на формирование правозащитного подхода к решению жизненно важных проблем людей с инвалидностью. Ранее им предоставлялись некоторые льготы и пособия, которые обеспечивали минимальный уровень социальных гарантий. За последние восемь лет в национальном праве сформирован комплекс обязательных для исполнения правовых норм, существенно расширивших их возможности по участию в жизни общества наравне с другими. Причем эти возможности определены в виде обязанностей органов власти на всех уровнях.

С этой целью изменения в духе конвенции внесены в базовый закон, регулирующий правоотношения в сфере инвалидности, в Гражданский, Жилищный и Уголовно-процессуальный кодексы, а также в 40 других федеральных и 750 региональных законов.

*Дискриминация по признаку инвалидности получила свое определение в законодательстве, и установлен ее запрет.*

Еще одно важнейшее изменение касается полномочий контрольно-надзорных органов. Ранее за осуществление такого контроля отвечали органы социальной защиты. Они не имели для этого ни полномочий, ни подготовленных кадров. Сейчас эти задачи поставлены перед отраслевыми и региональными надзорными органами.

С 1 января 2017 года введена в эксплуатацию федеральная государственная информационная система — федеральный реестр инвалидов. В реестре для каждого человека с инвалидностью предоставлен доступ к «личному кабинету», в котором отражается информация обо всех денежных выплатах и других мерах социальной поддержки, о ходе реализации индивидуальной программы реабилитации.

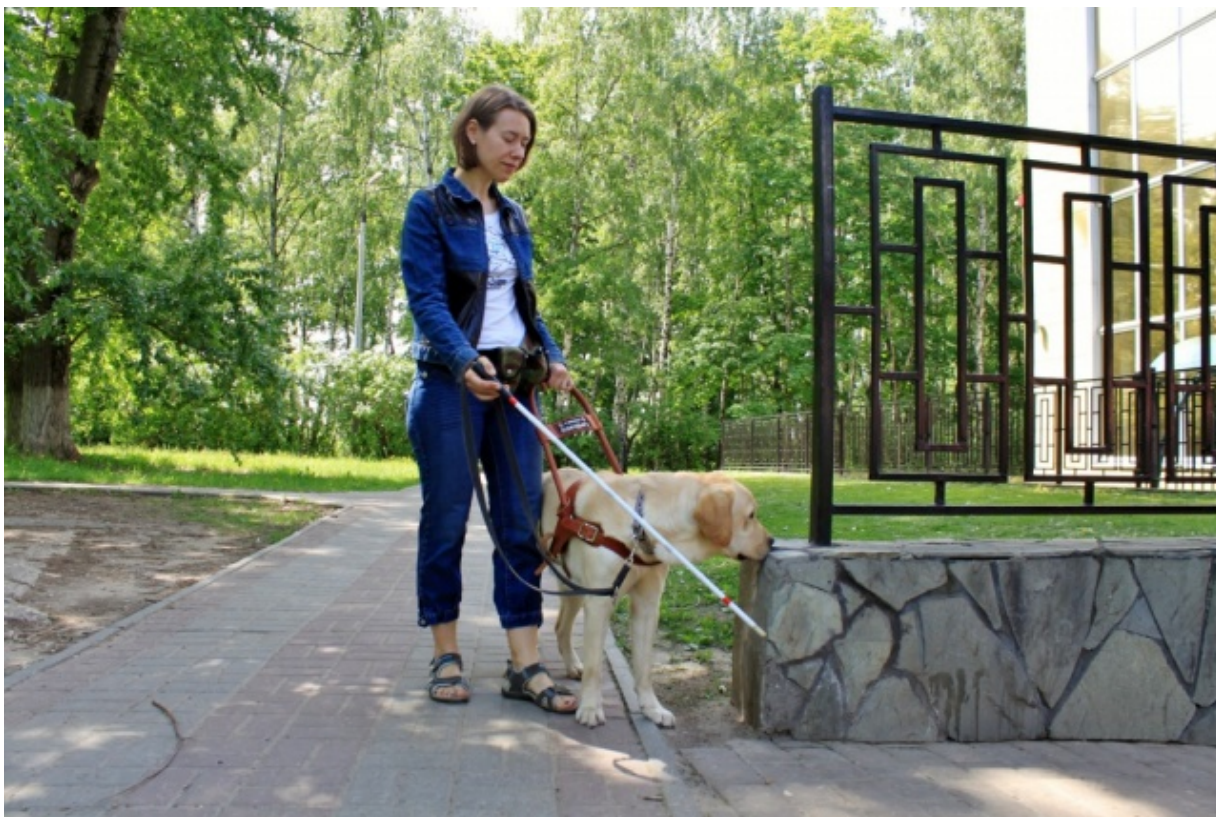
Важным решением, на мой взгляд, стало законодательное закрепление отмены обязанности инвалидов предоставлять справки об инвалидности и индивидуальные программы реабилитации при получении государственных и муниципальных услуг.

## Как изменилось обеспечение техническими средствами реабилитации?

За последние годы общий объем финансирования на ТСП значительно увеличен: если в 2010 году он составлял всего 12,9 млрд рублей, то в 2020 году — 35,5 миллиардов. Это позволило значительно увеличить охват получателей указанной меры социальной

поддержки. Одновременно вырос и уровень обеспеченности инвалидов ТСР: если в 2010 году он составлял порядка 83%, то сейчас достигает 90%.

Впервые за многие годы федеральный перечень ТСР был расширен. Инвалидам с одновременным нарушением слуха и зрения предоставляются брайлевские дисплеи и программное обеспечение экранного доступа. Увеличено для этой категории и количество бесплатных часов тифлосурдоперевода в шесть раз с 40 до 240 часов в зависимости от степени нарушения. Для людей на инвалидных колясках предусмотрена бесплатная замена аккумуляторных батарей на кресло-колясках с электроприводом.



Тренер с собакой-поводырем. Фото: Александра Захваткина / АСИ

В конце прошлого года в Правительство России внесен законопроект, предусматривающий возможность предоставления электронного сертификата на отдельные виды ТСР. Основная цель законопроекта — минимизировать недостатки действующих механизмов обеспечения. Электронный сертификат позволит инвалидам самостоятельно выбирать модель, функционал и марку изделия.

## **Расскажите о приватизации протезно-ортопедических предприятий. Чем вызвана необходимость изменений в отрасли?**

Разрозненные предприятия в форме ФГУП уже слабо реагировали на потребности инвалидов в качественной услуге. Сама организационная форма в виде унитарного предприятия устарела. Она не позволяет чутко реагировать на потребности и обеспечивать



рост качества предоставляемых услуг. Сеть ФГУПов по всей стране в итоге оказалась слабоуправляемой и застывшей структурой.

Наверное, именно поэтому на уровне правительства было принято решение о преобразовании этой системы предприятий в более современную и централизованную структуру — в акционерное общество, система управления которым лучше приспособлена к рыночным условиям. Сразу оговорюсь, речь всегда шла исключительно о преобразовании в акционерное общество со стопроцентным государственным участием.

Считаю, что это единственное правильное решение. Только в условиях централизации управления появилась возможность внедрять единые подходы к управлению, с тем чтобы качество протезно-ортопедической помощи начало расти. Это касается и хозяйственной деятельности предприятий, и внедрения современных технологий протезирования и реабилитации, и цифровых технологий в учетной и финансовой политике предприятия.

Фатальной для всей социальной сферы окажется попытка рассматривать протезно-ортопедическое предприятие исключительно через призму коммерческого предприятия, игнорируя социальный аспект.

*Если вы видите в этой организации только бизнес-процессы, оптимизируя производство в угоду максимизации прибыли, если сократите сопутствующие услуги, вы неизбежно пожертвуете интересами целых категорий граждан.*

В некоторых регионах страны филиалы предприятия — основные поставщики всех товаров для инвалидов, а не только протезов и ортопедической обуви, и других поставщиков там нет. Сокращение номенклатуры товаров в таких регионах, малейшее снижение доступности услуги неминуемо оставит человека один на один со своими проблемами. Именно поэтому убежден, что эта сеть предприятий должна управляться социальным ведомством, которое несет ответственность перед обществом и страной за социальное самочувствие людей с инвалидностью. Мы всегда выступали за принятие решений о судьбе этой отрасли на самом высоком властном уровне.

Минтруд — социальное ведомство, и я верю, что для него всегда будет важна доступность и качество услуг для людей с инвалидностью. В это министерство адресуют свои проблемы те, кто нуждается в помощи. Полагаю правильным, если будущее акционерное общество, так же как и сейчас ФГУП, будет находиться под максимально возможным контролем Минтруда, это позволит сохранить и развивать протезно-ортопедическую помощь.

## **Рассматривался ли вопрос привлечения частного капитала в будущее акционерное общество?**

Это привело бы к размыванию доли государства и к началу утраты контроля. Хочу обратить особое внимание, что эти предприятия обладают неплохой финансовой устойчивостью. У них достаточно собственных ресурсов для обновления оборудования, внедрения новейших технологий, обучения персонала и в целом развития. При появлении более амбициозных

планов, полагаю, государство может изыскать средства на развитие такой отрасли без привлечения инвесторов.

Сейчас поддержка государственного предприятия со стороны государства минимальна. Это компенсация расходов на содержание стационаров сложного протезирования. Деятельность стационаров убыточна, но если их закрыть, люди с тяжелыми и сложными случаями ампутации останутся без помощи. Мне кажется, это один из самых важных аспектов социальной функции протезных предприятий.

Что касается частного капитала, то мы всегда считали, что задача государства — создавать условия для появления частных протезно-ортопедических предприятий. Присутствие на рынке и государственных, и частных предприятий обеспечит повышение доступности протезно-ортопедической помощи населению. Этот процесс идет, и нужно его поддерживать и развивать.

Необходимо помнить, что имущественный комплекс протезно-ортопедических предприятий довольно неплохо развит, как правило, здания расположены в центрах городов и представляют немалый интерес для любого бизнеса. И мы всегда осознавали, что есть много желающих получить контроль над таким имущественным комплексом. Но насколько негативно это скажется на инвалидах, мы тоже хорошо понимаем.

Это не просто слова: когда был создан департамент по делам инвалидов еще в Минздравсоцразвития России, протезно-ортопедическая отрасль уже несла ощутимые потери. В стадии банкротства находилось крупнейшее предприятие отрасли — завод в Уфе. Схема понятна. Закредитованность и многочисленные долги, череда судебных разбирательств привела к болезненной утрате ведущего предприятия. Отрасль стояла перед очень серьезным вызовом. Фактически речь шла о том, будет ли в стране функционировать отрасль, которую начало создавать еще царское правительство и которая развивалась в советский период, особенно после Великой Отечественной войны.

Я рад, что сегодня вопрос стоит в плоскости путей развития отрасли, а не ставится как «быть или не быть».

**Ранее вы говорили, что успешное трудоустройство человека с инвалидностью с обеспечением всех его потребностей можно рассматривать как цель реабилитационного процесса. Что удалось изменить в этой части?**

В 2017 году были внесены изменения в законодательство о занятости населения. До этих изменений службы занятости работали с инвалидами почти в таком же порядке, как и с другими незанятыми гражданами, не всегда учитывая наличие у инвалидов значительных ограничений жизнедеятельности и особых потребностей при трудоустройстве.



Посетители на специализированной ярмарке вакансий для инвалидов в храме Христа Спасителя в Москве. Фото: Виталий Белоусов / РИА Новости

В 2017-м появился ряд новых положений. Во-первых, установлен механизм инициативных действий органов службы занятости по содействию в трудоустройстве. Теперь служба занятости сама информирует инвалида о возможностях на рынке труда, если он дал на это согласие.

Во-вторых, введена новая государственная услуга по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов. Такая помощь необходима им в освоении трудовых функций, дополнительном оснащении рабочего места, в поиске наставника, в том, чтобы доехать до места работы и обратно и передвигаться по территории работодателя.

Полагаю, что дальнейшие преобразования должны коснуться механизма квотирования рабочих мест для инвалидов. Также нужно ввести более гибкий механизм исполнения квот для работодателей. Соответствующий законопроект подготовлен министерством, и надеюсь, в обозримом будущем будет принят.

**Сталкиваясь со значительными ограничениями здоровья, человек обращается в систему медико-социальной экспертизы. Именно там принимается решение об установлении инвалидности. Что удалось изменить в системе МСЭ за время вашей работы?**

Медико-социальная экспертиза — сложнейшая тема, требующая глубоких экспертных знаний. И она напрямую затрагивает интересы тех, кто ждет помощи и поддержки от государства.

Когда начиналось реформирование МСЭ в 2010 году, было очевидно, что любое изменение нормативного регулирования будет вызывать живейший отклик людей.

*Но оставить систему в прежнем состоянии было уже невозможно. Нормативное регулирование того времени не обеспечивало прозрачности и проверяемости принятых решений.*

Более того, оно было настолько общим и абстрактным, что практически полностью полагалось на экспертное мнение и содержало лишь условные рамки. Именно поэтому при одинаковых состояниях здоровья мы имели совершенно разные результаты экспертиз по всей стране.

Все проекты новых нормативных актов разрабатывались с участием профессиональных и экспертных сообществ, специалистов научных институтов Минтруда России, ведущих специалистов в системе здравоохранения, общественных организаций инвалидов, пациентских организаций и родительских сообществ.

В период с 2011 по 2015 годы были сформированы научно обоснованные подходы к медико-социальной экспертизе, что обеспечило более объективный взгляд. Эти подходы были разработаны на основе положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья и учитывали особенности течения заболеваний в детском возрасте. Наша страна не единственная, кто берет за основу МКФ. Большинство развитых стран опираются именно на эту классификацию.

В 2015 году был осуществлен переход на количественную систему оценки степени выраженности нарушенных функций организма при проведении МСЭ, что позволило специалистам принимать решения на основе нормативно закреплённых и измеряемых параметров.

При установлении инвалидности особое значение имеют клинично-функциональные данные и все аспекты диагноза заболевания: стадия, тяжесть течения, осложнение этого заболевания, степень и тяжесть поражения тех или иных органов или систем и функций всего организма, обусловленные заболеванием. От того, насколько полно и четко данные о здоровье излагаются в направительной документации, во многом зависит решение экспертов.

## **Как вам кажется, какие задачи в плане освидетельствования граждан должны быть приоритетными в ближайшее время?**

На Федеральное бюро медико-социальной экспертизы возложена обязанность осуществлять мониторинг правоприменительной практики. Основная задача федерального бюро, на мой взгляд, должна заключаться в выявлении причин нарушений прав граждан при освидетельствовании и их своевременном исправлении.

С одной стороны, необходимо анализировать и вносить предложения по уточнению нормативного регулирования. С другой, исправлять перекосы на местах, и в этом вопросе у



федерального бюро есть все необходимые полномочия и ресурсы.

Кроме того, предстоит сделать все возможное для облегчения процедуры освидетельствования для граждан, которые обращаются за помощью. Уже сейчас значительно сокращены сроки рассмотрения вопроса на предмет инвалидности для паллиативных больных и тех, кто перенес ампутацию конечности. Это было сделано министерством, чтобы оказать помощь как можно скорее в самых тяжелых состояниях.

Установлен четкий перечень состояний, при которых дело рассматривается без личной явки граждан, то есть заочно. Это помогает людям, которые не могут лично обратиться в МСЭ.



Еще один важный шаг — перечень обследований, который должна представить система здравоохранения по конкретным заболеваниям. Такой перечень нужен для врачей и экспертов, чтобы исключить ошибки и пробелы в направительных документах и не допустить повторного обращения граждан за дополнительными обследованиями. Этот перечень был утвержден совместным приказом Минздрава и Минтруда, но работа по нему еще не завершена. Предстоит дополнить этот перечень, и эту работу нельзя затягивать.

В этой связи представляется важным обеспечить взаимодействие систем здравоохранения и МСЭ в электронном виде. Система МСЭ уже работает на едином программном продукте, это система ЕАВИИАС. В регионах началась работа по передаче электронных документов из отдельных организаций здравоохранения в учреждения МСЭ. Скорость перехода на электронное взаимодействие во многом определяется уровнем внедрения информационных технологий в медицинских организациях регионального уровня. В 2021 году эта работа должна быть завершена во всех медицинских организациях страны.

*Но самое важное, на мой взгляд, это полное внедрение в практику врачей-экспертов Кодекса этики и служебного поведения работников учреждений МСЭ.*

От корректного отношения специалистов МСЭ к людям, от их должного поведения во многом зависит социальное самочувствие такой уязвимой категории граждан, как люди с инвалидностью.

**Все чаще в обществе звучат вопросы, связанные с реабилитацией людей с инвалидностью, ее качеством, эффективностью и доступностью. Что изменилось в этом направлении?**

Залог успешной интеграции инвалидов с обществом — правильно организованный реабилитационный процесс, который должен начинаться как можно раньше с момента выявления нарушения здоровья, должен быть построен на индивидуальном подходе.

Работа в этом направлении начата в 2016 году. До этого отдельные мероприятия по реабилитации инвалидов регионы реализовывали самостоятельно, исходя из своего опыта, знаний специалистов и финансовых возможностей региональных бюджетов. Это привело к тому, что количество реабилитационных услуг, их объем и кратность значительно различались от региона к региону, что, конечно, вызывало непонимание у людей: почему реабилитация поставлена в зависимость от места жительства?

За прошедшие годы удалось сформировать единые подходы и методические документы, которые позволяют организовать реабилитационный процесс в регионах по общим правилам. Это и четкие правила межведомственного взаимодействия, и типовые документы организационно-штатного характера, и перечень оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.



Фото предоставлено Ассоциацией «Союз родителей детей-инвалидов, детей с ОВЗ, инвалидов с детства»

Конечно, я не могу сказать, что работа в этом направлении завершена, но удалось заложить системную основу становления системы реабилитации.

В случае тяжелого заболевания, приводящего к инвалидности, восстанавливать активность человека необходимо во всех аспектах его жизни. Это касается бытовых вопросов, вопросов пользования городской или сельской средой, восстановления или приобретения новых трудовых навыков, досуга, спорта. Правильно организованная реабилитационная система, обеспечивающая непрерывность, доступность и высокое качество реабилитации инвалида по всем направлениям, должна быть сформирована в каждом регионе страны.

Уже сейчас можно сказать, что запрос от регионов на формирование у них такой системы высок. Это обусловлено запросом инвалидов на качественную реабилитационную услугу, поскольку сегодня они все активнее участвуют в общественной, культурной, политической жизни страны, а эффективная реабилитация является залогом самостоятельности и независимости.

В формировании системы комплексной реабилитации важно и развитие технологий сопровождения, к которым относятся ранняя помощь, сопровождаемое проживание инвалидов и сопровождаемая трудовая деятельность.

Я полагаю, что в нашей стране в сфере социальной защиты инвалидов сейчас формируется современная нормативная правовая база, распределены роли и ответственность между федеральными и региональными органами власти, описана роль самих людей с

инвалидностью в деле формирования условий доступности и в деле учета их мнения при принятии решений. Этот процесс уже необратим. Самый главный вопрос на сегодня — соответствие динамики преобразований растущим ожиданиям людей с инвалидностью.