

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности

(код и наименование направления подготовки / специальности)

Государственно-правовая

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

на тему: «Правовое регулирование социальных услуг и повышение их качества как способ обеспечения национальной безопасности»

Обучающийся

И.Д. Шакмаев

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. юрид. наук, А.В. Моисеев

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2023

Аннотация

Тема работы: «Правовое регулирование социальных услуг и повышение их качества как способ обеспечения национальной безопасности».

Одним из стратегических национальных приоритетов Российской Федерации в новой Стратегии национальной безопасности, утвержденной Указом Президента Российской Федерации 02 июля 2021 г. № 400 названо сбережение народа России и развитие человеческого потенциала. Среди задач, посредством которых достигается указанная цель национальной безопасности, является повышение качества социальных услуг и их доступности для всех граждан, формирование условий для активного участия в жизни общества лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп.

Цель исследования – провести комплексный теоретико-правовой анализ предоставления социальных услуг как одного из способа обеспечения такого приоритета национальной безопасности, как сбережение народа России и развитие человеческого потенциала.

Объект исследования – общественные отношения, складывающиеся в сфере государственной политики, направленной на сбережение народа России и развитие человеческого потенциала, обеспечиваемого посредством оказания социальных услуг, формирование условий для активного участия в жизни общества лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп.

Предмет исследования – нормы законодательства, регулирующие основания и порядок предоставления социальных и в том числе медицинских услуг, научная литература и материалы юридической практики.

Структура выпускной квалификационной работы определяется целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, трех глав, разбитых на параграфы, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретико-правовой анализ социальных услуг как части национального приоритета сбережения народа России и развития человеческого потенциала.....	8
1.1 Историко-правовой анализ становления и развития социальных услуг как части социальной защиты населения в отечественном законодательстве.....	8
1.2 Субъекты права на социальные услуги	13
1.3 Понятие и виды социальных услуг	21
Глава 2 Правовое регулирование предоставления медицинских услуг	36
2.1 Понятие и правовое регулирование предоставления медицинских услуг	36
2.2 Виды медицинских услуг, предоставляемых инвалидам	39
Глава 3 Проблемы и перспективы совершенствования механизма реализации социальной реабилитации как отдельного вида социальных услуг	45
3.1 Механизм реализации социальной реабилитации инвалидов	45
3.2 Перспективы развития социальной реабилитации инвалидов.....	67
Заключение	77
Список используемой литературы и используемых источников.....	81

Введение

Актуальность исследования.

Одним из стратегических национальных приоритетов Российской Федерации в новой Стратегии национальной безопасности, утвержденной Указом Президента Российской Федерации 02 июля 2021 г. № 400 [91] названо сбережение народа России и развитие человеческого потенциала. Среди задач, посредством которых достигается указанная цель национальной безопасности, является повышение качества социальных услуг и их доступности для всех граждан, формирование условий для активного участия в жизни общества лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп.

Действительно, сбережение народа, развитие человеческого потенциала и повышение качества жизни, будучи факторами успешного регулирования процесса развития государства [6, с. 44], отражают не только качество уровня жизни населения России, но и являются основой для жизни человека и развития личности.

В Стратегии национальной безопасности применительно к социальным услугам, речь идет о наиболее социально уязвимой категории населения, к числу которых относятся лица с ограниченными возможностями и лица старших возрастных групп.

Если обратиться к официальным статистическим данным, то в настоящее время в мире наблюдается тенденция старения населения. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что к 2050 году число лиц старше 60 лет увеличится более чем в три раза и составит два миллиарда человек, т.е. пожилым будет каждый пятый житель планеты [11].

Кроме лиц пожилого возраста социально уязвимой категорией населения являются инвалиды, которые не всегда относятся к лицам старшей возрастной группы. Численность инвалидов также имеет тенденцию роста в мировом масштабе и составляет 15 % населения Земли [58, с. 11]. При этом, в Российской Федерации, начиная с 2010 года наблюдалось снижение числа

инвалидов. Например, в 2016 году в Российской Федерации общая численность инвалидов составляла 12 751 тыс. человек, то на 1 января 2022 года – 11 331 тыс. человек. Однако на 1 января 2023 года данная цифра увеличилась до 10 933 тыс. человек [45].

Уменьшение численности инвалидов в Российской Федерации сложно связать с повышением качества их жизни или уровня здравоохранения. По большей части это объясняется достаточно частым отказом в признании лица инвалидом медико-социальной комиссией, что также не является положительной тенденцией.

Рассматриваемые социально-уязвимые категории населения, по сравнению с остальной частью населения имеют повышенные потребности в медико-санитарной помощи и различных видах социальных услуг. Условия их жизни зачастую находятся в прямой зависимости от помощи других членов общества, гуманности общества по отношению к ним.

Лица с инвалидностью, испытывающие трудности в передвижении, со своей стороны не могут самостоятельно решить проблемы недоступности архитектурной среды, даже имея на это средства, т.к. любое изменение среды происходит в общественном пространстве и влияет на качество жизни всех граждан, для их введения необходимо коллективное согласование вопроса по внесению этих изменений. Уровень доступности организаций здравоохранения имеет значительную дифференциацию: от организаций федерального и республиканского значения, где есть практически все для обеспечения доступности, до организаций районного уровня, где нет самого необходимого (адаптированной входной группы, средств для преодоления вертикальных коммуникаций – лифта, специального подъемника, доступных санитарно-гигиенических помещений).

Много вопросов на практике возникает не только по поводу права на социальные услуги, но и их качество, что прямо отражается на качестве жизни социально-уязвимой категории населения и создает препятствия для развития личности.

Все выше изложенное обуславливает актуальность и важность исследования темы настоящей выпускной квалификационной работы – «Правовое регулирование социальных услуг и повышение их качества как способ обеспечения национальной безопасности».

Цель исследования – провести комплексный теоретико-правовой анализ предоставления социальных услуг как одного из способа обеспечения такого приоритета национальной безопасности, как сбережение народа России и развитие человеческого потенциала.

Поставленная цель достигается посредством решения следующих задач:

- провести историко-правовой анализ предоставления услуг инвалидам в отечественном и зарубежном законодательстве;
- рассмотреть субъектный состав лиц, имеющих право на социальные услуги и проанализировать их социально-правовой статус;
- проанализировать понятие и виды социальных услуг;
- исследовать понятие и правовое регулирование предоставления медицинских услуг;
- определить виды медицинских услуг, которые предоставляются инвалидам;
- исследовать механизм реализации социальной реабилитации инвалидов как отдельного вида социальных услуг;
- наметить пути развития социальной реабилитации инвалидов.

Объект исследования – общественные отношения, складывающиеся в сфере государственной политики, направленной на сбережение народа России и развитие человеческого потенциала, обеспечиваемого посредством оказания социальных услуг, формирование условий для активного участия в жизни общества лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп.

Предмет исследования – нормы законодательства, регулирующие основания и порядок предоставления социальных и в том числе медицинских услуг, научная литература и материалы юридической практики.

Нормативную правовую базу исследования составили: Конституция Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации и другие федеральные законы, нормативные правовые акты, регулирующие предоставление социальных услуг.

Методологическую основу исследования составил комплекс методов, в частности: исторический метод, диалектический и логический методы, метод системного анализа и синтеза, сравнительно-правовой и формально-юридический методы.

Теоретическая база исследования представлена трудами следующих ученых: О.В. Аверьяновой, В.В. Антропова, Е.Н. Бабиной, К.Ю. Батороева, М.И. Брагинского, О.В. Волковой, Ю.В. Давыдовой, Д.И. Ержипалиева, Р.Н. Жаворнкова, О.А. Жилкиной, А.Е. Золотаревой, В.П. Кузьмина, Ю.Г. Лесковой, Н.Ю. Марчук, Г.Н. Пономаренко, А.В. Радоновой, Т.В. Рогачевой, А.Л. Шиловской, С.В. Якимчук, Ю.В. Ячменева и др.

Структура выпускной квалификационной работы определяется целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, трех глав, разбитых на параграфы, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Глава 1 Теоретико-правовой анализ социальных услуг как части национального приоритета сбережения народа России и развития человеческого потенциала

1.1 Историко-правовой анализ становления и развития социальных услуг как части социальной защиты населения в отечественном законодательстве

Эволюция предоставления социальных услуг, как в отечественном, так и в зарубежном законодательстве идет параллельно с развитием социальной защиты инвалидов вообще и формированием институтов негосударственного обеспечения населения социальными услугами [7].

В отечественном историческом опыте социальной защиты инвалидов можно выделить три больших периода:

- дореволюционный период, охватывающий X начало XX вв.;
- советский период, включающий временные рамки 1917 - 90-е гг. XX в.;
- современный период, который начинается с 90-х гг. XX в. и продолжается по настоящее время.

В свою очередь каждый из обозначенных периодов включает несколько этапов.

Например, Р.Н. Жаворонков дореволюционный период развития социальной защиты инвалидов разделяет на следующие периоды [18, с. 45-46].

Во-первых, период религиозного влияния (996 г. – середина XVI в.) в который государственная политика в отношении инвалидов определялась и была возложена на церковь. Так, Устав Владимира I Святославовича 996 г. общественное презрение поручал духовенству, источником которого была церковная десятина [53, с. 36]. Основной формой помощи инвалидов была милостыня, которая предоставлялась посредством раздачи еды, мест приюта в богадельных.

Во-вторых, период государственного презрения (помощи) (середина XVI в. – начало XX в.). Особенностью данного периода было признание инвалидов бедными в силу состояния их здоровья и которые не способны самостоятельно обеспечить себя. Такие лица подлежали презрению в специальных государственных учреждениях. Впервые на Стоглавом Соборе 1551 г. было принято решение о создании богаделен для нуждающихся престарелых и прокаженных [88].

Для решения проблем, связанных с защитой престарелых и прокаженных были изданы ряд нормативных актов: Указ Ивана IV «О милостыне», Указ царя Федора Алексеевича 1681 г. «О презрении убогих и уменьшении нищих». Полностью модель государственного презрения была сформирована Петром I, когда содержание таких лиц было пожизненным за счет казны [18, с. 47]. Непосредственно дома для инвалидов были созданы при Екатерине II.

В результате Земской 1864 г. и Городской 1870 г. реформ функции приказов общественного презрения были переданы земскому и городскому самоуправлению. Положительным итогом названных реформ стало увеличение числа инвалидов, которые находились в сфере государственного презрения.

Именно благодаря созданной модели государственного презрения стало возможным введение такой формы обеспечения инвалидов, как денежная (материальная), что значительно предупреждало нищенство среди отдельных категорий инвалидов. При этом, наряду с государственным презрением существовало и общественное презрение, основанное на религиозной модели.

В-третьих, возникновение экономической модели инвалидности, что связано было с развитием капитализма в России во второй половине XIX в. и реформой 1861 г. В качестве причин потери трудоспособности признавались объективные обстоятельства. На законодательном уровне закрепляются трудовые и социальные права инвалидов. Лицам, получившим производственные увечья, выплачивалась компенсация в виде пенсии. Кроме

того, начинает развиваться система страхования рабочих от несчастных случаев и на случай болезни.

Как можно заметить, в дореволюционный период развития социальной защиты инвалидов, непосредственно оказание социально значимых услуг, к примеру, медицинских, долгое время не было доступно простым людям. Так, медицинская помощь оказывалась на платной основе, а бесплатная по принципу врачебного долга и помощи страждущему. Только с середины XIX в. с формированием системы социального страхования создаются различные кассы взаимопомощи, больничные кассы.

Начало советского периода развития социальной защиты инвалидов было связано со сменой политической власти и государственного строя в 1917 г. Однако данные изменения сохранили экономическую модель инвалидности, которая просуществовало весь советский период [18, с. 53] и для которой характерно оказание следующих мер помощи инвалидам:

- содержание инвалидов посредством выплаты пенсий, пособий, предоставления льгот, социального обслуживания;
- восстановление трудоспособности инвалида [18, с. 54].

Основное внимание государства было сосредоточено на материальном обеспечении инвалидов, предоставлении им возможности осуществлять трудовую деятельность и вопросах установления инвалидности. Кроме того, устанавливаются пособия для инвалидов, которые не имели трудового стажа. В этот же период учреждается система домов-интернатов для престарелых и инвалидов, пансионатов ветеранов труда, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для детей с физическими недостатками [61].

Третий период развития социальной защиты инвалидов, начавшийся с 90-х гг. прошлого столетия характеризуется как медико-социальная модель, заложенная в Законе СССР от 11 декабря 1990 г. № 1826-1 «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР» [22].

С принятием ныне действующего Федерального закона «О социальной защите инвалидов» (далее – Федеральный закон № 181-ФЗ) [95] начинается

современный период развития социальной защиты.

В свою очередь современный период имеет несколько этапов развития:

- 1995 – 2001 гг. – формируются основы правового регулирования социальной защиты;
- 2002 – 2004 гг. – реформирование пенсионного обеспечения инвалидов;
- 2005 – 2009 гг. – реформирование социального обеспечения инвалидов в виде натуральной помощи. Понятие «льготы» заменяется на «меры социальной поддержки». Вопросы социального обслуживания передаются субъектам Российской Федерации. Развивается централизованное регулирование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- 2010 – 2011 г.г. – совершенствование правового регулирования социальной защиты инвалидов;
- С 2012 г. по настоящее время. Развивается тенденция обеспечения социально-уязвимой категории населения посредством денежных выплат и социального обслуживания, что более подробно будет исследовано в следующих частях настоящей выпускной квалификационной работы.

Несколько иначе происходило становление и развитие социальной защиты инвалидов в зарубежных странах. Так, в середины XIX в Бельгии, Пруссии и Австрии вводится обязательное страхование по болезни, инвалидности и старости. Во Франции с 1852 г. существовали кассы взаимопомощи. С 1883 г. В Германии на законодательном уровне закрепляется система обязательного социального страхования от несчастных случаев [7].

В целом, система социальной защиты к концу XIX в. в некоторых зарубежных странах характеризовалась предоставлением социальных услуг в форме компенсации дохода при наступлении страхового риска, охватывала наемных работников, обязательный характер системы страхования и участие в финансировании работника, его работодателя и государства [3].

В современный период социальная политика в отношении инвалидов стран Европейского Союза существенно изменилась, получившая новый наднациональный и надгосударственный курс социальной защиты и благосостояния граждан. При этом, еще на рубеже XX – XXI вв. в основе социальной политики были заложены международные стандарты таких базовых документов, как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. [40].

Каждая из стран, входящих в состав ЕС, проводит социальную политику по защите интересов инвалидов согласно собственному законодательству и общепринятым актам, действующих в рамках стран-участников. Основными направлениями социальной защиты инвалидов в странах ЕС являются:

- помощь в повседневной жизни и содействие независимой жизни;
- поддержание дохода и уровня жизни;
- трудоустройство инвалидов.

С целью поддержания дохода и уровня жизни во всех странах ЕС распространены денежные выплаты лицам, которые не способны работать из-за инвалидности. Большинство стран предоставляют два вида помощи:

- фиксированная страховая выплата (пенсия), зависящая от предыдущих взносов и зарплаты;
- независимая от предыдущих взносов выплата для поддержания дохода, которой может предшествовать оценка необходимости в ней.

В некоторых странах, например в Дании и Нидерландах, обострилась проблема в связи со значительным ростом оформлений инвалидности. Это объясняется недостаточной заинтересованностью органов управления фондов, которые не несут финансовой ответственности в обоснованном определении оснований для оказания помощи в связи с инвалидностью.

Таким образом, развитие социальной защиты инвалидов по большей части сконцентрировано на решение таких вопросов, как их материальное обеспечение, экспертное установление трудоспособности или жизнедеятельности организма. Непосредственно оказание социально

значимых услуг социально-уязвимой категории населения по сей день отличается не достаточным уровнем их нормативно-правового регулирования, что подробно будет исследования далее в настоящей работе.

1.2 Субъекты права на социальные услуги

К числу субъектов, которые имеют право на социальные услуги, Стратегия национальной безопасности относит всех граждан Российской Федерации, лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп (подп. 2 п. 33 Стратегии национальной безопасности).

Конституция Российской Федерации [32] в ч. 2 ст. 7 говорит социальной поддержке семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан. Если в контексте Стратегии национальной безопасности, то материнство, отцовство и детство охватывается понятием всех граждан. Вопрос возникает о том, кого Стратегия признает в качестве лиц с ограниченными возможностями здоровья. При этом следует отметить, что действующее законодательство использует еще такую дефиницию, как «социально-незащищенная категория граждан».

Роструд в своем приказе к социально-незащищенной категории граждан относит инвалидов, многодетных семей, детей, лиц, имеющих детей-инвалидов и лиц, осуществляющих уход за больными членами семьи [77]. Однако, законодатель не унифицировал данную категорию граждан, нуждающихся в социальной защите и социальном обеспечении.

Д.И. Ережипалиев обращает внимание на некорректность употребления дефиниции «социально незащищенные категории граждан», предлагая ее заменить его на «граждан, имеющих право на дополнительную социальную защиту» [17, с. 50]. Однако, социально-незащищенная категория граждан не ограничивается только правом на получение социальной дополнительной защиты, а объединяет всех граждан, которые не могут самостоятельно защищать свои права и нуждаются в особой социальной защите.

Под лицом с ограниченными возможностями здоровья понимают человека, который имеет определенные дефекты, вызванные нарушением функционирования организма. Следует отличать лиц с ограниченными возможностями здоровья от инвалидов.

Конвенции ООН о правах инвалидов [31] под инвалидами понимает лиц 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.

На сегодняшний день понятие инвалида сформулировано в ст. 1 Федерального закона № 181-ФЗ, где инвалид раскрывается как лицо, у которого имеется нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, сформировавшееся по причине заболевания, травм или дефектов, обусловившее ограничение жизнедеятельности, и, вследствие этого, вызывающее необходимость социальной защиты.

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью (Федеральный закон № 181-ФЗ)

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении МСЭ исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала. Специалисты бюро (главного бюро, Федерального бюро) обязаны ознакомить гражданина (его законного представителя) с порядком и условиями признания гражданина инвалидом, а также давать разъяснения гражданам по вопросам, связанным с установлением инвалидности.

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Эти признаки должны присутствовать в комплексе, наличие одного из указанных признаков не является достаточным условием для признания гражданина инвалидом. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп – на 1 год. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет. Переосвидетельствование инвалида может осуществляться заблаговременно, но не более чем за 2 месяца до истечения установленного срока инвалидности.

В случае признания гражданина инвалидом датой установления инвалидности считается день поступления в бюро заявления гражданина проведения МСЭ. Инвалидность устанавливается до 1-го числа месяца,

следующего за месяцем, на который назначено проведение очередной МСЭ гражданина (переосвидетельствования).

В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются: общее заболевание, трудовое увечье, профессиональное заболевание, инвалидность с детства, инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период ВОВ, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы, инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска, а также иные причины, установленные законодательством РФ [1, с. 23].

Гражданину, признанному инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и индивидуальная программа реабилитации. Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах МСЭ.

В отличие от инвалида, наличие физических и иных дефектов хотя и может повлечь определенные ограничения возможностей, но не является достаточным основанием для признания лица инвалидом.

При этом, различия лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов имеют не только медицинский, но и социальный, и юридический характер, так как оказывает влияние на формирование государственной политики в отношении данных лиц [98, с. 87]. Важно также заметить, что обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья могут иметь инвалидность.

Действующее законодательство не устанавливает единой классификации лиц с ограниченными возможностями здоровья, так как существует множественность вариантов нарушений здоровья у человека не допускающая возможности создания их универсальной систематизации.

В доктрине можно найти различные подходы к определению видов лиц

с ограниченными возможностями здоровья. Так, В.А. Лапшина и Б.П. Пузанова, всех лиц с ограниченными возможностями здоровья классифицируют в зависимости от нарушений здоровья, которые влекут ограничения возможностей таких лиц. В частности, к таким нарушениям относятся; нарушения слуха; зрения; речи; опорно-двигательного аппарата; умственную отсталость; задержку психического развития; нарушение поведения и общения; нарушения психофизического развития [35].

Т.В. Егорова предлагает достаточно обобщенную классификацию лиц с ограниченными возможностями здоровья, разделяя их на:

- лица с телесными (соматическими) нарушениями (опорно-двигательный аппарат, хронические заболевания);
- лица с сенсорными нарушениями (слух, зрение);
- лица с нарушениями деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения) [15].

Н.М. Бурькина в основу классификации лиц с ограниченными возможностями здоровья берет причины возникновения нарушения:

- врожденное нарушение развития;
- несчастный случай, стихийное бедствие;
- производственная травма;
- дорожно-транспортное происшествие; болезнь;
- иные причины возникновения [9].

Как можно заметить, в данной классификации не конкретизированы последствия указанных нарушений.

И.Д. Фиалковская предлагает всех лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья разделить в зависимости от характера (тяжести) нарушений, которые могут быть как временными, так и стойкими с необратимыми, тяжелыми поражениями здоровья:

- лица с дефектами, полностью преодолеваемыми в процессе обучения и развития;
- лица с дефектами, подлежащими регулярной коррекции в процессе

обучения и развития;

- лица со сложными дефектами, трудно поддающимися или не поддающимися лечению и исправлению [98, с. 88].

Следует обратить внимание на то, что в Письме Минпросвещения России от 25.02.2019 г. № 07-1267 [55] указывается на отсутствие исчерпывающего перечня заболеваний, при наличии которых обучающиеся признаются лицами с ограниченными возможностями здоровья. Психолого-медико-педагогическая комиссия принимает соответствующее решение самостоятельно с учетом особых образовательных потребностей обучающихся и индивидуальной ситуации развития. Из данного положения можно сделать вывод о том, что обучающимся с ограниченными возможностями здоровья относятся физические лица, имеющие подтвержденные медицинской комиссией недостатки в физическом и (или) психологическом развитии. На данное обстоятельство прямо указано в определении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, закрепленного в Федеральном законе «Об образовании» [97]. При этом п. 3 Приложения к Приказу Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н приведен перечень видов стойких расстройств функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами [76].

Таким образом, введение категории «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» обусловлено необходимостью создания специальных условий получения образования исходя из решения психолого-медико-педагогической комиссии. Лица с ограниченными возможностями здоровья не имеют вследствие состояния своего здоровья возможности для самореализации без специальной поддержки со стороны государства и общества. При этом следует иметь в виду, что лицо с ограниченными возможностями здоровья может иметь инвалидность.

Таким образом, в контексте Стратегии национальной безопасности к лицам с ограниченными возможностями здоровья относятся как инвалиды, так и другие лица, не имеющие статус инвалида, т.е. не признанные медико-

социальной экспертизой таковыми.

Получателем социальных услуг в контексте Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [96] (далее – Федеральный закон № 442-ФЗ), является гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги.

Обращает на себя внимание то, что в Федеральном законе № 442-ФЗ не содержится понятия «трудная жизненная ситуация». Вместо этого четко прописаны обстоятельства, при наличии которых граждане признаются нуждающимися в социальном обслуживании.

К числу таких обстоятельств относятся:

- полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
- наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;
- наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;
- отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;
- наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;
- отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста 23 лет и завершившего пребывание в

организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

– отсутствие работы и средств к существованию [1, с. 71].

Предметом настоящего исследования круг потребителей социальных услуг ограничен лицами старших возрастных групп и лицами с ограниченными возможностями здоровья. В связи с чем, далее следует рассмотреть лиц старших возрастных групп, как субъектов, имеющих право на социальные услуги.

Следует отметить, что лица старших возрастных групп в действующем законодательстве именуется по-разному, например, пенсионеры или старые люди после 70 лет, или долгожители, или лица преклонного возраста, или старшее поколение, как предложил Президент РФ, вводя дополнения в государственную программу Российской Федерации «Социальная поддержка граждан».

Международным сообществом принято ряд документов международного характера в части защиты прав пожилых граждан [82]. Хартия основных прав Европейского Союза выделяет отдельно права пожилых людей на достойную и независимую жизнь и участие в социальной и культурной жизни [100]. В Хартии пожилых людей [60] закреплено право на качественное бесплатное медицинское обслуживание, обеспечивающее поддержание здоровья в соответствии с возрастной категорией и сохранение активной физической формы. Кроме того, в отношении пожилых лиц ООН сформулированы принципы, позволяющие «сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста» [78]. Приведенные нормы международного права носят рекомендательный характер.

Обращаясь к российским нормам, следует отметить, что значительный юридический массив в сфере прав пожилых граждан до сих пор не систематизирован, многочисленные нормы, имеющие непосредственное отношение к правам пожилых людей, а также деятельности государственных и негосударственных структур по отношению к ним, находятся в различных

федеральных и региональных документах. Чтобы выявить существующие нормативные пробелы в сфере регулирования прав пожилых людей, необходимо рассматривать каждую сторону социальной сферы отдельно.

Таким образом, субъектами права на социальные услуги имеют граждане Российской Федерации из числа лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья и старших возрастных групп, начиная с возраста достижения права на пенсионное обеспечение.

1.3 Понятие и виды социальных услуг

Исследование понятия «социальная услуга» необходимо предварить определением социальной защиты населения, которая включает организацию всей социально-экономической деятельности для обеспечения социальных прав и потребностей.

В доктрине признается, что формами реализации социальной защиты являются социальные гарантии, социальное страхование, социальная помощь, социальная поддержка, социальные компенсации, социальное обеспечение [107, с. 193], пенсии, пособия, компенсационные выплаты и социальные услуги [79, с. 236], меры социальной поддержки [23]. Перечисленные формы социальной защиты имеют разные защищаемые интересы, финансовые источники, а также отличаются организующей их системой.

Конституционный Суд РФ в одном из своих определений отметил, что социальная защита осуществляется посредством разнообразных форм (льготы, компенсации, субсидии, услуги, дополнительные права и пр.) [50].

В целом, формами реализации социальной защиты являются социальное обеспечение, социальное страхование, социальная помощь и социальное обслуживание [89, с. 44].

В Федеральном законе № 442-ФЗ в ст. 3 сформулировано понятие «социальное обслуживание» как деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам. При этом, составляющим элементом социального

обслуживания является «социальная услуга», понятие которого также определено в ст. 3 Федерального закона № 442-ФЗ как «действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности».

Правовое регулирование социальных услуг осуществляется не только социально-обеспечительным законодательством, но и нормами гражданского законодательства.

Так, глава 39 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) [13] определяет место услуги как объекта гражданско-правового регулирования. При оказании услуги не создается конкретное овеществленное материальное благо [8, с. 111-113]. При всем при этом, услуга связана с конкретной деятельностью субъекта, в результате которой у ее получателя возникает определенное благо.

Как уже отмечалось, социальные услуги регулируются Федеральным законом № 442-ФЗ, который дополняет идею создания отношений по оказанию социальных услуг, наделяя правом их оказывать широкий круг субъектов. Здесь названы негосударственные коммерческие организации социального обслуживания, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации, предоставляющие социальные услуги [86, с. 44].

Федеральный закон № 442-ФЗ напрямую не закрепляет правила применения ГК РФ к рассматриваемой области отношений, но, проводя комплексный анализ законодательства, можно сделать положительный вывод.

Потребность защиты нуждающихся граждан со стороны государства вызвала в последние годы появление социального предпринимательства, так как по справедливому замечанию Ю.Г. Лесковой, силами только государственных органов невозможно разрешить все вопросы социально-

обеспечительных отношений [36]. У.Б. Филатова [99] отмечает, что вовлечение в социальную сферу элементов гражданского общества позволяет государству передать ряд функций социальной сфере субъектам предпринимательства.

Нормы Федерального закона «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» [92], устанавливающего основы оказания социальных услуг, относят оказание социальной услуги к гражданско-правовым отношениям, указывая на необходимость применения законодательства о защите прав потребителя.

Анализируя гражданское и социальное право, следует обратить внимание, что закрепленный в ст. 779 ГК РФ признак услуги «деятельность или определенное действие» совпадает с аналогичным признаком понятия социальной услуги, приведенного в ст. 3 Федерального закона № 442-ФЗ.

В то же время наличие у социальной услуги дополнительных черт позволяет рассматривать ее как особый вид услуг. Эти особенности заложены законодателем в самом определении социальной услуги, они заключаются в:

- сфере оказания услуг - социальное обслуживание, которое осуществляется в рамках социально-обеспечительных отношений;
- цели оказания услуг - предоставление блага, которое выражается, как в удовлетворении потребностей, так и в оказании помощи;
- задачах оказания услуг вытекают из принципов деятельности социального государства.
- субъектном составе правоотношений по оказанию социальной услуги.

Перечисленные признаки являются системообразующими, которые позволяют выделить социальные услуги в особый вид гражданско-правовых услуг. Виды социальных услуг перечислены в ст. 20 Федерального закона № 442-ФЗ, посредством их группирования в следующие несколько групп:

- социально-бытовые услуги, которые направлены на поддержание

жизнедеятельности их получателей в быту;

- социально-медицинские услуги направлены на поддержание и сохранение здоровья посредством организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, наблюдения за получателями услуг с целью выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- социально-психологические услуги предусматривают оказание помощи в коррекции психологического состояния получателя с целью его адаптации;
- социально-педагогические услуги имеют своей целью профилактику отклонений в поведении и развитии личности, формирование позитивных интересов, организацию досуга и оказание помощи в воспитании детей;
- социально-трудовые услуги направлены на оказание помощи в сфере трудоустройства и трудовой адаптацией;
- социально-правовые услуги позволяют оказать помощь в получении юридических услуг;
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала;
- срочные социальные услуги.

К учреждениям социальной защиты относят пансионаты, психоневрологические интернаты, дома престарелых, социально-оздоровительные и социально-реабилитационные центры, центры социального обслуживания населения, консультативные центры и др.

Иногда к учреждениям социальной защиты относят также органы власти в сфере социальной защиты населения. Таковыми, в частности, являются Министерство труда и социальной защиты РФ, Министерство социально-демографической и семейной политики Самарской области, Департамент социального обеспечения г.о. Тольятти, территориальные подразделения - управления социальной защиты населения г.о. Тольятти [57].

Далее следует подробнее рассмотреть учреждения социальной защиты в

более типичном их понимании - как организации социального обслуживания.

В систему организаций социального обслуживания входят организации, находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти, субъектов РФ, а также негосударственные организации, которые предоставляют социальные услуги нуждающимся гражданам в целях улучшения условий жизнедеятельности и расширения возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности (п. п. 1, 2 ст. 3, п. п. 3 - 5 ст. 5 Федерального закона № 442-ФЗ; п. 2 Правил, утв. Приказом Минтруда России от 24.11.2014 г. № 940н [73]).

В указанных организациях предоставляются, в частности, социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые и социально-правовые услуги. Также могут быть оказаны срочные социальные услуги (например, обеспечение бесплатным горячим питанием) (ст. ст. 20, 21 Федерального закона № 442-ФЗ; п. 8 Правил № 940н).

Социальные услуги предоставляются бесплатно или за плату (частичную плату) на дому, в полустационарной или стационарной форме (ч. 1 ст. 19, ч. 1 ст. 31, ч. 1 ст. 32 Федерального закона № 442-ФЗ).

Социальное обслуживание на дому включает оказание социальных услуг гражданам при сохранении их пребывания в привычной благоприятной среде - месте их проживания (п. 2 Примерного порядка, утв. Приказом Минтруда России от 24.11.2014 г. № 939н [72]).

При полустационарном обслуживании организация социального обслуживания предоставляет социальные услуги их получателям в определенное время суток (ч. 2 ст. 19 Федерального закона № 442-ФЗ).

Стационарная форма социального обслуживания предполагает постоянное, временное (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневное (в неделю) круглосуточное проживание гражданина в организации социального обслуживания (ч. 3 ст. 19 Федерального закона № 442-ФЗ).

В зависимости от вида оказываемых социальных услуг организации социального обслуживания можно отнести к следующим категориям (Приложение к Приказу Минтруда России от 17.04.2014 г. № 258н [69]).

Во-первых, организации, осуществляющие стационарное обслуживание.

Так, на территории Самарской области действует 22 пансионата (5271 место), в том числе:

- 9 пансионатов для ветеранов (1614 мест)
- областной геронтологический центр (260 мест)
- Красноармейский специальный пансионат для маргинальных групп населения (200 мест)
- 9 пансионатов психоневрологического профиля (2812 мест), в том числе 3 молодежных (738 мест)
- 2 дома-интерната для умственно отсталых детей (385 мест).

В пансионатах области создано 36 отделений милосердия на 2396 мест [12].

По общим правилам социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания предоставляются их получателям за плату. При этом размер ежемесячной платы рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но не может превышать 75% среднедушевого дохода получателя социальных услуг, рассчитанного в соответствии с ч. 4 ст. 31 Федерального закона № 442-ФЗ.

Социальные услуги предоставляются бесплатно несовершеннолетним детям и лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов. Кроме того, на бесплатные услуги могут рассчитывать и граждане, у которых на дату обращения среднедушевой доход ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно. Нормативными правовыми актами субъектов РФ могут быть предусмотрены иные категории граждан, которым социальные услуги

предоставляются бесплатно. Правила определения среднедушевого дохода регламентированы Постановлением Правительства РФ от 18.10.2014 г. № 1075 [62].

В доходы гражданина включается любая выплата, произведенная ему в денежной форме, в том числе ежемесячные выплаты инвалидам в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и ежемесячная денежная выплата в соответствии с Федеральным законом № 178-ФЗ [4].

Согласно ст. 17 Федерального закона № 442-ФЗ социальные услуги предоставляются гражданину на основании договора, заключаемого между учреждением социального обслуживания и гражданином или его законным представителем. Существенными условиями договора о предоставлении социальных услуг являются положения, определенные индивидуальной программой, а также стоимость социальных услуг в случае, если они предоставляются за плату или частичную плату.

Пансионаты устанавливают внутренние правила проживания, за нарушение которых лицо может быть отчислена из данного учреждения.

Так, из материалов дела следовало, что Б. поступил в ГБУ г. Москвы Пансионат для ветеранов труда на основании путевки, выданной Департаментом социальной защиты населения города Москвы. Между сторонами был заключен договор о стационарном социальном обслуживании.

В материалах дела имеются многочисленные докладные записки сотрудников пансионата о нарушении ответчиком Правил внутреннего распорядка, из которых следовало, что Б. часто возбужден, раздражителен в ответ на замечания, критику, употребляет спиртные напитки, как в состоянии алкогольного опьянения, так и вне его ведет себя грубо с проживающими и персоналом, на замечания и критику не реагирует.

Установив факт нарушения Б. Правил внутреннего распорядка пансионата, суд пришел к выводу об обоснованности заявленных истцом требований о переводе Б. в специальное стационарное учреждение

социального обслуживания – ГБУ г. Москвы Психоневрологический интернат. Между тем, судом не было учтено, что в силу статьи 4 Федерального закона № 442-ФЗ социальное обслуживание граждан осуществляется на основании принципа добровольности.

Таким образом, в качестве правовых последствий систематического нарушения получателем социальных услуг порядка проживания в организации стационарного социального обслуживания действующее законодательство предусматривает либо отчисление такого гражданина из организации стационарного обслуживания либо перевод его в специальную организацию стационарного социального обслуживания, осуществляемый только с его согласия.

Однако, в решении суда были приведены ссылки на нормы статей 4, 18 Федерального закона № 442-ФЗ, равно выводы о том, что действующее законодательство не предоставляет поставщику социальных услуг право требовать принудительного выдворения гражданина в иное учреждение социального обслуживания, однако, тем не менее, исковые требования ГБУ г. Москвы Пансионат для ветеранов труда судом были удовлетворены [65].

Во-вторых, организации, осуществляющие полустационарное обслуживание. Социальное обслуживание в полустационарной форме осуществляется в целях улучшения условий жизнедеятельности получателей социальных услуг посредством оказания получателям социальных услуг постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи.

Социальное обслуживание в полустационарной форме осуществляется поставщиками социальных услуг в определенное время суток и включает в себя оказание социальных услуг, необходимых гражданину с учетом его индивидуальной нуждаемости.

Приказом министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 08.02.2019 г. № 59 утверждены основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальных услуг, оказываемых в форме социального обслуживания в полустационарной

форме социального обслуживания [67].

Результатом предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания является улучшение условий жизнедеятельности получателя социальных услуг и (или) расширение его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности [30].

В-третьих, организации, осуществляющие обслуживание на дому. Социальное обслуживание на дому направлено на продление пребывания инвалидов в привычной социальной среде (семья, соседи и т.д.) и в целях поддержания их социального статуса.

Следует обратить внимание на то, что инвалидам, являющимся бактерио- или вирусносителями, либо при наличии у них хронического алкоголизма, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому [2, с. 81].

В-четвертых, организации, предоставляющие срочные социальные услуги. Например, это:

- служба срочного социального обслуживания;
- консультативный центр [28].

Согласно ч. 1 ст. 41 Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее - Закон о психиатрической помощи) [21] основаниями для помещения в стационарную организацию социального обслуживания, предназначенную для лиц, страдающих психическими расстройствами, являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, для лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое

лицо по своему состоянию не способно подать личное заявление, - решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в иной организации социального обслуживания, предоставляющей социальные услуги в стационарной форме, а в отношении дееспособного лица - также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

При этом, как отмечено Конституционным Судом РФ, положение ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи не предполагает помещение лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, в специализированное (психоневрологическое) учреждение для социального обеспечения на основании решения органа опеки и попечительства, принятого по заключению врачебной комиссии с участием врача-психиатра, которое содержит сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, без проверки обоснованности такого решения в надлежащем судебном порядке [49].

Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для лиц, страдающих психическими расстройствами (ч. 2 ст. 41 Закона о психиатрической помощи).

Таким образом, оформление гражданина, страдающего психическим расстройством, в психоневрологический интернат осуществляется путем подачи личного заявления и заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра.

Статья 20 Федерального закона № 442-ФЗ закрепляет точный перечень видов социальных услуг, предоставление которых с учетом индивидуальных потребностей будет возможно получателями этих услуг. А именно:

– социально-бытовые, направленные на поддержание

жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту (предоставление площади жилых помещений, обеспечение питанием, мягким инвентарем, уборка жилых помещений, организация досуга и отдыха, предоставление помещений для отправления религиозных обрядов, помощь в приготовлении и (или) приеме пищи, в посещении театров, написании писем, гигиенические услуги, покупка за счет средств получателя социальных услуг и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, оплата социальных услуг, помощь в организации ритуальных услуг, оказание транспортных услуг;

- социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья (наблюдение за состоянием здоровья получателей социальных услуг, организация и проведение оздоровительных мероприятий, консультирование по социально-медицинским вопросам, мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни, реабилитационные мероприятия, занятия по адаптивной физической культуре, помощь в проведении медико-социальной экспертизы, госпитализации, зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, организация обеспечения техническими средствами ухода и реабилитации).

Министерством труда и социальной защиты РФ утверждены рекомендации по предоставлению социально-медицинских услуг в форме социального обслуживания на дому ветеранам и инвалидам Великой Отечественной войны [74], в которых содержатся основные положения законодательства Российской Федерации, регулирующего предоставление социально-медицинских услуг и медицинской помощи на дому, по

определению нуждаемости ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны в предоставлении социально-медицинских услуг на дому;

- социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия (психодиагностика и обследование личности, психологическая коррекция, психологическая помощь и поддержка, психопрофилактическая и психологическая работа, социально-психологическое консультирование, психологический тренинг);
- социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей (обучение родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными, социально-педагогическая коррекция, формирование позитивных интересов, организация досуга);
- социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;
- социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг (помощь в оформлении и восстановлении документов, получении юридических услуг, в защите прав и законных интересов);
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов (обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими

средствами реабилитации, проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания, обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, помощь в обучении навыкам компьютерной грамотности);

- срочные социальные услуги (обеспечение бесплатным горячим питанием или наборами продуктов, одеждой, обувью, содействие в получении временного жилого помещения, юридической помощи, экстренной психологической помощи и др.).

Следует обратить внимание на то, что по смыслу п. 3 ч. 1 ст. 21 Федерального закона № 442-ФЗ следует, что срочные социальные услуги включают в себя содействие в получении временного жилого помещения. При этом, жилые помещения для социальной защиты отдельных категорий граждан предназначены для временного проживания граждан, нуждающихся в специальной социальной защите вследствие обстоятельств, объективно ухудшающих условия их жизнедеятельности, на период разрешения их трудной жизненной ситуации.

Поэтому, к примеру, суд по существу правильно признал доводы истцов о том, что они относятся к указанной категории граждан, недостаточными для признания их лицами, нуждающимся в специальной социальной защите, поскольку по обстоятельствам дела, с 2014 года Ч. сдавала комнату гражданину Т., не имеющему регистрацию в Санкт-Петербурге, уроженцу Донецкой области, несмотря на выданное ей предписание, не устранила данных нарушений, продолжая сдавать комнату гражданину Т.; на требования администрации Красногвардейского района Санкт-Петербурга Ч. уклонилась от предоставления документов, подтверждающих нуждаемость ее и членов ее семьи в специальной социальной защите; при выходе в адрес 04 апреля 2016 года сотрудников СПб ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» был установлен факт непроживания истцов в специальном социальном жилье, а также то обстоятельство, что в течение длительного времени истцы не принимали никаких мер к разрешению

своего жилищного вопроса, трудоустройства для получения заработка и возможности обеспечить себя жильем. При таком положении не имелось оснований рассматривать обстоятельства, в которых находились истцы, как ухудшающие условия их жизнедеятельности по объективным причинам.

Кроме того, поскольку истцы не обосновали, каким именно образом они собираются решать указанную ими трудную жизненную ситуацию, вследствие чего невозможно определить, носит ли она временный характер, суд правильно исходил из того, что истцы по существу пытаются разрешить свой жилищный вопрос путем предоставления им жилого помещения специализированного жилищного фонда на неопределенный срок, что не отвечает целям такого предоставления [5].

Проведенный в первой главе настоящей выпускной квалификационной работы теоретико-правовой анализ услуг, предоставляемых инвалидам, позволяет сформулировать следующие выводы.

Во-первых, проведенный краткий исторический экскурс в развитие социальных услуг в России, позволяет сделать вывод о том, что основными вопросами, которые решались в отношении инвалидов, это их материальное обеспечение, экспертное установление трудоспособности или жизнедеятельности их организма, а также помещение в соответствующие дома для проживания.

Во-вторых, к числу субъектов, которые имеют право на социальные услуги, Стратегия национальной безопасности относит всех граждан Российской Федерации, лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп. Лица с ограниченными возможностями здоровья не имеют вследствие состояния своего здоровья возможности для самореализации без специальной поддержки со стороны государства и общества. При этом следует иметь в виду, что лицо с ограниченными возможностями здоровья может иметь инвалидность. К лицам старших возрастных групп относятся лица, достигшие возраста права на пенсионное обеспечение.

В-третьих, правовое регулирование социальных услуг осуществляется не только социально-обеспечительным законодательством, но и нормами гражданского законодательства. Социальная услуга имеет ряд особенностей в сравнении с гражданско-правовой услугой, обусловленных сферой, целью и задачами оказания. В виду широкого перечня социальных услуг и ограниченности объема настоящей выпускной квалификационной работы, далее в следующей части исследованы будут проанализированы особенности и выявлены проблемы предоставления медицинских услуг и социальной реабилитации.

Глава 2 Правовое регулирование предоставления медицинских услуг

2.1 Понятие и правовое регулирование предоставления медицинских услуг

В сфере правового регулирования медицинских услуг возникает ряд сложностей, требующих научного анализа. При этом, прежде, необходимо определиться с понятием «медицинская услуга».

В доктрине предлагаются различные определения медицинской услуги.

Так, В.В. Кванина, медицинскую услугу понимает как «определенный набор медицинских мероприятий в виде профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, протезирования, ортопедии и зубопротезирования» [29, с. 43].

По мнению И.Г. Ломакиной, медицинская услуга представляет собой совокупность необходимых профессиональных действий исполнителя, направленных на удовлетворение потребностей пациента в поддержании здоровья, лечении или профилактики заболеваний, диагностике и совершаемые по согласию пациента, подвергнутого медицинскому вмешательству [37, с. 19].

Н.К. Елина медицинскую услугу определяет как «медицинскую деятельность, реализующаяся в рамках гражданско-правового договора и представляющая собой деятельность медицинского учреждения, осуществляемая на основании лицензии и направленная на исследование, укрепление, сохранение, восстановление организма человека, его органов и тканей» [16, с. 24].

Как действие или совокупность действий определяет медицинскую услугу О.Е. Жамкова, по мнению которой, такую деятельность осуществляет исполнитель, имеющий необходимую профессиональную подготовку, а сама деятельность направлена на удовлетворение индивидуальных потребностей пациента с целью его выздоровления и поддержания здоровья [19].

Приведенные варианты определений не учитывают всей специфики медицинской услуги, а отражают лишь субъектный состав и содержание деятельности исполнителя.

Другая группа ученых определяют медицинскую услугу как объект гражданских правоотношений.

К примеру, по мнению Ю.В. Ячменева, медицинская услуга по своей юридической природе представляет собой действия или деятельность специализированной организации в соответствии с требованиями законодательства [108, с. 131].

О.А. Жилкина, рассматривая медицинскую услугу как объект гражданских правоотношений, выделяет следующие ее отличительные признаки:

- объект – здоровье человека;
- цель – положительное воздействие на состояние здоровья пациента;
- имеет профессиональный характер;
- имеет возмездный характер [20, с. 113].

А.Р. Шаяхметова, отмечает следующие особенности медицинской услуги:

- индивидуальный характер, определяемый состоянием здоровья пациента, длительностью заболевания, а также отношением пациента к услуге, его содействием и желанием следовать рекомендациям врачей;
- возможно осуществлять только на основании специального разрешения (лицензии);
- направлена на достижение определенной цели;
- отсутствие гарантированного результата [103, с. 46].

Понятие медицинской услуги легально определено в п. 4 ч. 1 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [94], в соответствии с которой под таковой понимается «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств,

направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение».

Медицинская помощь включает в себя медицинские услуги: комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Иными словами, медицинская помощь характеризуется как более широкое, обобщающее понятие по отношению к медицинской услуге.

В тоже время по поводу соотношения категорий медицинской помощи и медицинской услуги среди ученых складывается оживленная дискуссия. Так, одни авторы отмечают тождественный характер указанных категорий, другие утверждают обратное, руководствуясь критерием бесплатности медицинской помощи, исходя из ее сути и в силу указания на то закона. Однако, целесообразно говорить о том, что медицинская помощь и медицинская услуга – понятия не тождественные, однако их соотношение допустимо в контексте части и целого. Так, опираясь на положения ФЗ об основах охраны здоровья, в которых представлены обе дефиниции, можно утверждать, что медицинская услуга является составной частью медицинской помощи. Последняя представляет собой более широкое фундаментальное определение, в рамках которой необходимо рассматривать любые медицинские манипуляции.

Конституционный Суд РФ по вопросу соотношения медицинской помощи и медицинской услуги указал на то, что первая (медицинская помощь) включает в себя второе (медицинские услуги), которые могут предоставляться как на возмездной, так и на безвозмездной основе [48].

Проблему соотношения «медицинской помощи» и «медицинской услуги» И.В. Тимофеев видит в том, что федеральный законодатель объединил в первом понятии (медицинская помощь) две конструкции, имеющие публично-правовую (медицинская помощь) и частноправовую (медицинская услуга) природу, что привнесло трудности в их понимание [90, с. 10].

Далее ученый предлагает медицинскую услугу определить в экономико-правовом значении как характеристику медицинского вмешательства, используемую для финансово-экономического учета, контроля и расчетов в здравоохранении [90, с. 13].

Проведенный анализ научно-правовых определений медицинской услуги, позволяет выделить следующие ее характерные признаки:

- оказывает воздействие на такие ценные и значимые нематериальные блага человека, как здоровье и жизнь;
- медицинская услуга уникальна в отношении как самого процесса оказания услуги, так и эффекта ее воздействия на пациента, что обусловлено личностью исполнителя и условиями ее оказания, особенностями состояния здоровья пациента [102];
- в процессе оказания медицинской услуги особую роль играет исполнитель как субъект правоотношений, от профессиональной квалификации которого напрямую зависит результат медицинского воздействия [104, с. 159];
- неосвязаемость, невозможность демонстрации и восприятия услуги до момента ее оказания [24].

Таким образом, медицинская услуга – это «совершение профессиональных действий, имеющих неосязаемый специфический характер, направленных на поддержание, сохранение, восстановление или улучшение здоровье человека».

2.2 Виды медицинских услуг, предоставляемых инвалидам

Определившись в предыдущей части с понятием медицинской услуги, следует отметить, что в контексте Федерального закона № 442-ФЗ речь идет не просто о медицинских услугах, а о социально-медицинских услугах. Особенностью социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам, является их направленность на поддержание и сохранение здоровья инвалидов

посредством организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за ними для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Список социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам достаточно широк, в связи с чем, в доктрине предлагает классифицировать их на отдельные виды в зависимости от форм социального обслуживания.

Так, одной из форм социального обслуживания, является домашняя форма. Исходя из анализа Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому [72], можно выделить следующие виды предоставляемых социально-медицинских услуг:

- осуществление процедур, направленных на сохранение здоровья инвалидов, включающие измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и др.;
- осуществление наблюдения за инвалидом с целью выявления отклонений в состоянии его здоровья;
- предоставление консультационных услуг по вопросам социально-медицинского характера, т.е. в части, касающейся поддержания и сохранения здоровья инвалидов, проведение оздоровительных мероприятий, наблюдение за инвалидом, направленное на выявление отклонений в состоянии здоровья;
- занятия, направленные на обучение здоровому образу жизни;
- занятия адаптивной физической культуры;
- реабилитационные мероприятия в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида;
- помощь в проведении медико-социальной экспертизы;
- помощь в госпитализации;
- помощь в получении бесплатной зубопротезной и протезно-ортопедической помощи;
- обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации [74].

В стационарной форме [70] или полустационарной форме [71] социального обслуживания предоставляются все выше указанные услуги, а также организация и проведение оздоровительных мероприятий.

Примерный перечень социальных услуг утвержден Постановлением Правительства РФ от 24 ноября 2014 г. № 1236 [63].

Кроме того, в рамках государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, предоставляемых в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» [93] инвалиды имеют право на следующие виды социально-медицинских услуг:

- обеспечение необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения, которые предоставляется в рамках стандартов медицинской помощи и объеме жизненно необходимых лекарств [80];
- обеспечение медицинскими изделиями;
- обеспечение специализированными продуктами лечебного питания детей-инвалидов;
- предоставление путевки на санаторно-курортное лечение в профилактических целях. Основные принципы медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение определены Порядком медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [66].

Обращение гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, с заявлением о предоставлении путевки на санаторно-курортное лечение, является юридическим фактом, обуславливающим начало правоприменительной процедуры, в рамках которой путевки на санаторно-курортное лечение должны предоставляться таким гражданам в последовательности, определяемой датой регистрации их заявлений [47].

Например, К. обратилась в суд с иском к Министерству обороны Российской Федерации об индексации сумм, выплачиваемых в счет возмещения вреда, возмещении стоимости путевки и дороги, расходов на лекарства, дополнительных расходов.

В обоснование иска указала, что в связи с полученными 8 мая 1992 года телесными повреждениями в результате опрокидывания на нее будки на автобусной остановке, и последующей утратой профессиональной трудоспособности от указанного, решением Дзержинского районного суда города Оренбурга от 29 мая 2002 года с Министерства обороны Российской Федерации в ее пользу взыскано в счет возмещения вреда здоровью ежемесячно по 252,54 рублей с 1 мая 2002 года, которые проиндексированы до 31 декабря 2020 года.

Истцом приобретались лекарства за свой счет на сумму 23730,47 рублей. Кроме того, она нуждается в ежегодном санаторно-курортном лечении по заболеванию опорно-двигательного аппарата.

С учетом изложенного К. просила суд взыскать с Министерства обороны Российской Федерации в свою пользу стоимость санаторно-курортного лечения 124404 рубля, стоимость проезда 700 рублей, расходы на приобретение лекарственных препаратов 23730,47 рублей, расходы по ксерокопированию документов 1419,54 рублей, расходы по платной консультации 800 рублей.

При рассмотрении данного дела суд кассационной инстанции отметил, что поскольку К., имея группу инвалидности, не представляла в ФСС до момента разрешения спора справку от 26 января 2021 года, содержащую указание на заболевание опорно-двигательного аппарата, как основное заболевание, сопутствующее заболевание - бронхиальная астма, в предоставлении соответствующей путевки на санаторно-курортное лечение по данным заболеваниям в рамках оказания государственной социальной помощи, ей не отказано, выводы судов об отказе в удовлетворении требований К. о взыскании с ответчика как причинителя вреда стоимости санаторно-

курортного лечения, являются обоснованными, так как К. не представлено доказательств невозможности бесплатного получения указанного санаторно-курортного лечения [52].

На региональном уровне перечень указанных видов социально-медицинских услуг может быть расширен. В частности, в Московской области данный список услуг дополнен предоставлением нуждающимся инвалидам необходимых им медикаментов. Так, в соответствии с Приказом Министра социальной защиты населения Московской области и Министра здравоохранения Московской области от 31.01.2014 г. № 23/95 данная услуга осуществляется посредством взаимодействия между организациями здравоохранения, аптечными организациями и организациями социального обслуживания населения по обеспечению граждан лекарственными препаратами, назначенными им по медицинским показаниям [68]. В рамках данного вида социально-медицинской услуги осуществляется:

- информирование инвалидов о предоставлении услуги по доставке лекарственных препаратов на дом;
- доставка лекарственных препаратов на дом.

Следует обратить внимание на то, что в данном случае сложно говорить о том, что происходит непосредственное медицинское вмешательство, в связи с чем данные услуги не относятся к социально-медицинским. На практике, также, исходя из того, что медицинская услуга понимается законодателем как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, услуга, к примеру, по предоставлению автомобилей скорой медицинской помощи и водительского персонала для выездных бригад скорой медицинской помощи не признается медицинским вмешательством, поэтому не признается медицинской услугой, в частности услугой скорой медицинской помощи [54].

Таким образом, к социально-медицинским услугам, которые предоставляются инвалидам относятся все виды медицинского вмешательства, которые направлены на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию. Иными словами, перечень

конкретных видов социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам, является открытым.

Проведенный во второй главе выпускной квалификационной работы теоретико-правовой анализ предоставления медицинских услуг инвалидам позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, было предложено под медицинскими услугами понимать совершение профессиональных действий, имеющих неосязаемый специфический характер, направленных на поддержание, сохранение, восстановление или улучшение здоровья человека.

Во-вторых, была выявлена особенность социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам, которая заключается в их направленности на поддержание и сохранение здоровья инвалидов посредством организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за ними для выявления отклонений в состоянии их здоровья. Примерный перечень социально-медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства РФ, который на региональном уровне может быть расширен.

Глава 3 Проблемы и перспективы совершенствования механизма реализации социальной реабилитации как отдельного вида социальных услуг

3.1 Механизм реализации социальной реабилитации инвалидов

Признавая человека и его права главной ценностью социального государства и общества, признавая равенство прав, в социальной политике нашей страны, вопросы интеграции инвалидов в общество путем обеспечения реабилитации и абилитации, находятся в приоритете.

Реабилитация инвалидов представляется набором мероприятий, которые учат его справляться со своей повседневной бытовой жизнью в новом состоянии, когда физическое тело утратило те или иные функции. Однако только одним этим важным медицинским аспектом невозможно восполнить то, что человек утратил вследствие негативных обстоятельств (травмы, болезни и т.д.).

Жизнь человека – это комплекс самых разных социальных связей: личных, семейных, общественных, профессиональных и т.д. Поэтому полноценная реабилитация должна быть направлена на восстановление или создание новых возможностей человека, чтобы он реализовывал себя в жизни в полной мере. Большую роль в достижении баланса между новым состоянием с ограниченными возможностями и достижением целей максимального возврата к обычной жизни играет поддержка близких людей и позитивный настрой самого человека.

Говоря о социальной реабилитации, стоит подразумевать целую систему мероприятий, с помощью которых человек будет не только компенсировать свои утраченные физические возможности (функции), учиться жить в быту, но и налаживать, восстанавливать индивидуальные связи с социумом во всех необходимых ему сферах.

Реабилитация как понятие сформулировано в ст. 9 Федерального закона № 181-ФЗ, согласно которой, реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Обращение к международным актам, в частности документу Всемирной организации здравоохранения, дает понимание реабилитации как процесса достижения оптимальной трудоспособности человека, путем подготовки и переподготовки, комбинированного применения методов в социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятиях [10, с. 22].

В научной литературе вопросам реабилитации и абилитации уделяется постоянное внимание. Основываясь на общеизвестных положениях о том, что реабилитация – это многогранное понятие, авторы определяют ее и как процесс воздействия на человека с инвалидностью, как комплексную систему мер, как результат воздействия [33].

Одни авторы, например, Т.В. Рогачева, Е.В. Шестакова, дают полный анализ нормативной базы, регламентирующей организационные процессы реабилитации и абилитации инвалидов, включая детей-инвалидов. На основании теоретико-практического материала авторы делают вывод о том, что важнейшим направлением социальной реабилитации является социально-средовая реабилитация, основной ориентир которой направлен на создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов, обеспечение условий для восстановления их социального статуса и утраченных общественных связей. Важный момент в данном исследовании состоит в предложении проводить

диагностику и разрабатывать индивидуальные программы социально-средовой реабилитации инвалида, на основании набора социологических инструментов, начиная с беседы, опроса, анкетирования самого заинтересованного человека. Т.В. Рогачева и Е.В. Шестакова пишут, что исследование объективного и субъективного (личностного) статуса инвалида поможет выявить ресурсы личности и его среды, посредством которых человек сможет достичь самостоятельности, как в быту, так и в общественной деятельности [83, с. 4].

Совершенствованию правовых мер по реабилитации инвалидов посвящена статья А.Г. Эртель, в которой отмечается некоторая противоречивость существующей системы реабилитации, на основании чего автором предлагается принять отдельное Положение о государственной системе реабилитации инвалидов в Российской Федерации, создание штатного структурного подразделения по вопросам реабилитации инвалидов с выделением соответствующих полномочий, задач, функций [106].

Практическое значение имеет работа Н.С. Саможоновой о применении социальных технологий в системе реабилитации, направленных на снижение социальных рисков, на восстановление способностей инвалида к жизнедеятельности [85].

Социальная реабилитация в общем понимании касается моментов восстановления утраченных общественных социальных связей не только в отношении людей с физической, ментальной инвалидностью, но и в отношении лиц, чей социальный статус изменился вследствие других обстоятельств. Речь идет, например, о вынужденных переселенцах, беженцах, людях оставшихся без работы, лицах без определенного места жительства, людях с девиантным поведением и т.д.

В.П. Кузьмин и Е.С. Бородина отмечают в своем исследовании важность вопроса повышения качества жизни человека с инвалидностью, как одного из результатов процесса реабилитации [34]. Авторы исследовали потребности и возможности инвалидов, проживающих в учреждении социального

обслуживания, в различных видах социальной реабилитации, и выявили пути улучшения качества их жизни.

О.В. Красуцкая реабилитацию рассматривает как результат действий всех субъектов реабилитации по восстановлению и формированию социальных функций и связей инвалида [33]. Социальная реабилитация автором рассматривается как важная часть общей реабилитации, и которая имеет проявление в двух аспектах. Первый можно отнести к системе мероприятий, обеспечивающихся государством, обществом. Второй аспект реабилитации включает усилия и действия конкретных субъектов, имеющих прямое взаимодействие с инвалидом. Речь идет о семье, учреждениях социальной защиты, местных сообществах, группах взаимопомощи и т.д.

Обращение к тексту статьи 9 Федерального закона № 181-ФЗ, показывает перечень основных направлений реабилитации, которыми должны покрываться самые необходимые потребности человек с инвалидностью – от медицинской реабилитации, санаторного лечения, протезирования, помощи в получении образования, переобучения, трудоустройства, до социально-бытовой, социально-психологической реабилитации и мероприятий физкультурного характера.

Таким образом, реабилитацию в контексте материала, изложенного в данной части работы, можно охарактеризовать как систему специальных социальных услуг, предоставляемых государством в соответствии с нормами законов, и как деятельность конкретных субъектов, имеющих прямое взаимодействие с инвалидом - семьи, учреждений социальной защиты, сотрудников конкретного реабилитационного центра, местных сообществ, групп взаимопомощи и т.д.

Процесс реабилитации и абилитации инвалидов, а также полноценная интеграция их в социум связан со множеством сфер общественной жизни. Так, профессиональная помощь инвалидам в процессе реабилитации – от медицинской до спортивной оказывается работниками соответствующих государственных учреждений. Пациенты и врачи в таких правоотношениях

наделены правами, обязанностями, полномочиями. Оборудование объектов жизнедеятельности всеми необходимыми элементами доступной среды находится в поле ответственности соответствующих органов исполнительной власти государства, субъекта федерации, муниципального образования и т.д. Все эти разнообразные правоотношения имеют правовое содержание, что проявляется в наличии специальной регулирующей правовой базы.

Основным документом, обеспечивающим правовой базис организации реабилитационных мероприятий для людей с инвалидностью, является Федеральный закон № 181-ФЗ, который наряду с другими правовыми актами ориентирован на международные нормативные документы.

В Федеральном законе № 181 установлено понятие реабилитации. К основным направлениям реабилитации инвалидов относятся: медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация; социально-бытовая адаптация; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

В ст. 10 Федерального закона № 181-ФЗ есть указание о гарантии государства на проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, согласно федеральному перечню. Статья 11 Федерального закона № 181-ФЗ характеризует понятие индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида. В ней указывается обязательность ее исполнения органами местного самоуправления, а также объем, порядок, сроки реализации. В ст. 11.1 Федерального закона № 181-ФЗ перечисляются технические средства реабилитации инвалидов.

Рассмотрение нормативных основ социальной реабилитации инвалида требует обязательного представления документа, которым должна быть обеспечена доступная среда для людей с ограничениями здоровья.

Повсеместная доступность инфраструктуры такая же важная часть в процессе социальной реабилитации, интеграции человека в общество, как и медицинская помощь, протезирование и т.д. Нельзя достичь самостоятельности, и независимости, если человек не может элементарно выйти из дома, посетить все нужные ему учреждения, погулять в парке и т.д. Ограничения здоровья и препятствия окружающей их среды не позволяют людям пользоваться общественными благами, созданными и предназначенными для всех [42]. Поэтому нормативные акты, регулирующие доступность объектов окружающей среды для данной категории лиц, напрямую связаны с правовыми основами регулирования социальной реабилитации.

В связи с этим стоит отметить значение Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ, изданного в конце 2012 года о методике, которая позволяет на уровне государства, субъекта федерации и местного самоуправления провести объективную оценку имеющейся в населенных пунктах всех уровней инфраструктуры, с целью реорганизации ведущих объектов жизнедеятельности для приспособления и адаптации их в использовании инвалидами [75]. Согласно названной методике, проводится паспортизация и классификация объектов, имеющих социальное назначение: медицинские учреждения, образовательные, культурные, социально-бытовые, учреждения социальной защиты и т.д. Из текста Методики можно сделать вывод, что формирование безбарьерной, «адаптированной» среды жизнедеятельности должно происходить при активном участии самих людей, нуждающихся в ней, а также специалистов-реабилитологов, способных дать этим объектам объективную оценку с учетом потребностей различных категорий людей с инвалидностью.

Кроме того, документ описывает организационную модель взаимодействия всех заинтересованных участников процесса паспортизации системы объектов социальной инфраструктуры и услуг для инвалида: потребителя (маломобильного гражданина), поставщика услуги (учреждение

и др.) и координатора. Роль последнего обусловлена ситуациями, когда человек не может напрямую получить необходимую ему услугу от поставщика. Данные проблемы могут состоять в недостаточной организации обеспечения услуги (форма, порядок); могут иметь место морально-этические, психологические барьеры. Чаще всего можно говорить о наличии физической невозможности попасть в ту или иную организацию, учреждение, т.е. непригодности, недоступности объектов и среды вокруг в целом. Решать возникающие проблемы призваны работники социальных служб, социального патронажа.

На уровне Правительства РФ нормативная база реабилитации представлена также Программным документом о «Доступной среде» [64], цели которой состоят в создании правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции инвалидов в общество и повышению уровня их жизни. Программа закрепляет перечень участников на уровне министерств и ведомств, в соответствии с выделенными Подпрограммами. Также в документе сделан акцент на повышении уровня взаимодействия между ведомствами в региональной системе реабилитации. Предписывается как можно раньше организовывать реабилитационные мероприятия для нуждающихся в них граждан, и в приоритете находятся дети-инвалиды. Нормативно закреплено, что органы исполнительной власти на местах должны организовывать полный комплекс «адаптивных», реабилитационных мероприятий таким образом, чтобы доступность соответствующего реабилитационного центра, учреждения, комплекса была реальной, в своем же городе, районном центре. Необходимо развивать, поощрять и поддерживать работу местных сообществ, организаций, способствующих социальной и психологической адаптации инвалида в социум.

Важно проводить постоянную информационную работу, держать обратную связь с гражданами с инвалидностью, их семьями, своевременно и индивидуально решать вопросы возникающих потребностей разного

характера (медицинские, социальные, трудоустройства, общение по интересам и т.д.), своевременно информировать граждан о каких-либо изменениях, касающихся социальной помощи, обслуживания и т.д.

Нормативно-правовое регулирование социальной реабилитации инвалидов обеспечивается комплексом правовых норм общего характера, которые содержатся в федеральных законах «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и др., в постановлении Правительства о доступной среде, и нормами специальных приказов Министерства труда и социальной защиты РФ, которые обеспечивают решение конкретных вопросов организации и методики предоставления услуг реабилитации и абилитации. Для совершенствования оказания реабилитационной помощи необходимо на федеральном уровне разработать систему координации всех имеющихся в РФ учреждений, предоставляющих реабилитационные услуги, разработать систему контроля и оценки эффективности ИПРА.

Основным механизмом реализации прав инвалида на реабилитацию является индивидуальная программа реабилитации (далее – ИПР) инвалида. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности (ст. 11 Федерального закона № 181-ФЗ).

К выбору конкретного исполнителя ИПРА стоит подойти особенно тщательно, оценивая все организационные и содержательные моменты индивидуальной программы реабилитации, которые может реализовывать то или иное специализированное учреждение [25]. Первичным экспертным звеном в разработке системы комплексной реабилитации является учреждение

медико-социальной экспертизы (МСЭ). При заполнении документа (ИПРА) должностное лицо Бюро МСЭ напротив каждого реабилитационного мероприятия из назначенной программы указывает конкретного исполнителя. Закон оставляет за гражданином право самостоятельно сделать выбор соответствующей организации (учреждения, школы), которые, по его мнению, наилучшим образом справятся с реабилитационными задачами. Выбору может поспособствовать также представленная на интернет-сайтах разнообразная информация, включая отзывы пациентов. Важно убедиться в добросовестности исполнителей ИПРА, качестве мероприятий. Исполнителем ИПРА может стать как государственная, так и негосударственная организация. Выбор исполнителя ИПРА необходимо согласовать с органами МСЭ.

Общими принципами формирования Индивидуальной программы реабилитации, как и в целом социальной реабилитации, являются: принцип целесообразности, главный посыл которого состоит в направленности любого реабилитационного мероприятия на достижение цели максимального улучшения качества жизни пациента, восстановления утраченных функций; принцип индивидуальности означает, что необходимо для каждого конкретного человека обеспечить процесс роста увеличения его возможностей вплоть до снятия инвалидности. С этим принципом коррелирует принцип гибкости, который означает обязательный учет личности обратившегося пациента, сложность его проблем.

Комплексность, как видно из названия, подразумевает соединение множества разноаспектных мероприятий, каждое из которых ценно и поддерживает другое. Например, поддержание оптимистичного настроения путем психологической помощи усиливает процесс физического восстановления пациента. Обучение социально-средовым навыкам в новых обстоятельствах открывает возможности для независимой жизни, обучения, поиска работы и т.д.

Принцип непрерывности особенно важен. Сроки реабилитации могут быть различными, от нескольких дней, до нескольких десятков лет, в

зависимости от конкретных обстоятельств. Когда человек достигнет прежнего уровня своих функциональных возможностей, реабилитацию можно считать завершённой.

Принцип последовательности состоит в учете особенностей болезни, травмы конкретного человека, влияния и возможностей среды (бытового окружения).

Принцип преемственности состоит в том, что каждый последующий этап реабилитационной программы строится на достигнутом результате предыдущего. Например, стабилизировав медикаментами течение хронической болезни, врач в дальнейшем использует метод динамического наблюдения (контроля).

Итак, согласно ст. 11 Федерального закона № 181-ФЗ, реабилитация инвалида должна осуществляться в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, в которой в оптимально, логично и в комплексе выстроены все необходимые конкретному гражданину мероприятия.

Стоит отметить, что установление диагноза бессрочной инвалидности не означает такого же бессрочного использования ИПРА и ее назначений. Программа реабилитации имеет свои сроки и устанавливается индивидуально, конкретно на определенные сроки в момент очередного прохождения освидетельствования. Неверное и неполное понимание правовых тонкостей о регулировании ИПРА ведет к судебным искам и дальнейшему отказу в их удовлетворении.

Так, например, Щ. обратилась в суд с иском к Федеральному казенному учреждению «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Московской области» Минтруда России о возложении обязанности по восстановлению обеспечения средствами технической реабилитации [51].

Решением Жуковского городского суда Московской области от 6 марта 2019 года в удовлетворении исковых требований Щ. отказано. В кассационной жалобе Щ. просит отменить решение принять по делу новое решение,

указывая, что судами нарушены нормы материального права, полагая, что имеет право на технические средства реабилитации: слуховой аппарат на правое ухо заушного типа, цифровой, средней мощности с индивидуальными вкладышами, бандажи компрессионные на коленные суставы, чулки компрессионные, которые были установлены истцу ранее индивидуальной программой реабилитации бессрочно.

В процессе судебного разбирательства установлено, что медико-социальная экспертиза Щ. была проведена по ее заявлению от 28 мая 2018 года с целью разработки индивидуальной программы реабилитации в соответствии с которой состояние ее здоровья и необходимость в установлении технических средств реабилитации была определена в целом на момент освидетельствования. Согласно ИПРА инвалида №1004.15.50/2018 от 28 мая 2018 года, Щ. были установлены технические средства реабилитации - ходунки шагающие бессрочно.

Указано, что программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, разрабатывается на срок, соответствующий сроку установленной группы инвалидности. Срок проведения реабилитационного или абилитационного мероприятия не должен превышать срока действия ИПРА инвалида. Именно в соответствии с указанным порядком и составлением Индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида №1004.15.50/2018 от 28 мая 2018 года, ранее выданная Щ. ИПРА от 22 октября 2012 года, является погашенной. Доводы истца о том, что ранее установленная индивидуальная программа реабилитации является действующей бессрочно, отклонены, как необоснованные.

Стоит отметить, что для ИПРА закон устанавливает закрытый перечень услуг, технических средств и реабилитационных мероприятий, которые для гражданина бесплатны. Наряду с этим в Программе есть возможность использования платных технических средств и мероприятий. Оплата ложится на самого инвалида либо иных лиц. Федеральный перечень мер реабилитации задает планку в объеме услуг по реабилитации и в соответствии с этим, объем

мероприятий по ИПРА не может быть меньше указанного федерального перечня.

Рекомендательный характер ИПРА обуславливает право человека получать услуги в полном объеме, отказаться от части, от каких-либо форм, либо совсем отказаться от программы. Следуя за нормами права, в науке также указывается на то, что инвалид вправе самостоятельно решать вопрос обеспечения себя конкретными техническими средствами или протезно-ортопедическими изделиями [105].

Несомненно, инвалид вправе сам решать вопросы о самостоятельном обеспечении себя ходунками, специальными тростями, костылями, инвалидными колясками (комнатными, прогулочными) любой модификации и т.д. Однако, все прекрасно понимают, что сделать это могут лишь единицы, так покупательная способность инвалида стремиться к нулю. Стоимость самой простой инвалидной коляски с электроприводом начинается от 60 тыс. руб. В ней есть ограничения по весу, по мобильности. Надежная коляска для улицы стоит от 300 тыс. руб. Поэтому, инвалидам остается уповать на то, что в результате очередного освидетельствования у него останутся в программе реабилитации хотя бы те технические средства, которые были назначены первоначально. Однако, как показывает правоприменительная практика, специалисты, проводящие оценку, экспертизу, могут оценить состояние здоровья инвалида не только как улучшенное, но и как ухудшенное, и в следствии этого лишит его, и трости, и костылей, и дополнительной коляски [46].

Трудно оценивать данные отказы инвалидам без эмоционального включения. Социальной справедливости, гуманности, равенства возможностей, заботе и иных ценностей, на которые по формальным правилам всегда даются указания в решениях суда, на практике здесь нет. Можно сколько угодно ссылаться на формальные нормы закона, стандарты, методические указания, нехватку бюджетных средств, но факт остается фактом. Самая незащищенная часть общества – инвалиды, лишаются тех

немногих средств, помогающих им хоть как-то жить, двигаться, перемещаться. Многие технические средства, которые не назначают при повторной ИПРА, могут в какой-то степени (относительно конкретного инвалида) улучшить его качество жизни. Однако, люди получают отказы. Здоровому человеку не понять инвалида, для которого костыли это возможность просто приподняться из кресла, попробовать тренировать руки (если нижние конечности отсутствуют) и т.д. Возможно, чиновники полагают, что слуховые аппараты, различные биндажи, компрессионные чулки на суставы, трости, костыли и т.д., просто мелочи, не влияющие на жизнь человека с инвалидностью, и при желании их можно купить самостоятельно. К сожалению, вопрос выживания остается в поле заботы самого человека и его близких.

Продолжая рассматривать ИПРА с точки зрения нормативного содержания, мы видим, что законодатель закрепил возможность отказа лица от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации ее отдельных частей. При этом, стоит подчеркнуть, что на компенсацию от государства при отказе от государственной программы реабилитационных мероприятий, инвалиду рассчитывать не приходится. Ситуации в жизни бывают разные, в том числе и такие, когда человек не хочет обращаться в государственные органы за данной услугой. Возможно, кто-то полагается только на свои силы, кто-то просто покупает необходимые приспособления. Обеспеченный человек может найти услуги частного реабилитолога, в том числе и за границей. Здесь можно видеть некоторый пробел и некоторую нелогичность в системе «социальные услуги – денежные средства». Вспоминается время, когда пенсионерам предлагалось на выбор – получить конкретные льготы (например, на проезд) или равную сумму в денежном выражении. Исходя из совокупности факторов, в том числе, источников финансирования системы социального страхования, в сферу которого входят и правоотношения связанные с инвалидностью людей, полагаем, что вполне логично при отказе от использования государственной программы

реабилитации, осуществлять денежную компенсацию конкретному человеку в эквиваленте на потенциально проведенные мероприятия, либо хотя бы в какой-то части затраченных средств, аналогично тому, как это урегулировано в абз. 6 ст. 11 Федерального закона № 181-ФЗ. Конечно, вопрос этот требует тщательной проработки. Но рациональное зерно в этом, несомненно, есть.

Для государственных организаций и учреждений исполнение ИПРА (содействие в ее организации) является обязательным, отказ от нее незаконен. В то же время для самого человека ИПРА с позиции правоприменения, носит рекомендательный характер, что означает возможность отказа по своему усмотрению от каких-либо услуг, технических средств и мероприятий, внесенных в ИПРА. Но возможно, более полезно и дальновидно все-таки получить эту программу, а воспользоваться ею в то время, когда какие-либо мероприятия, либо технические средства станут действительно необходимы человеку. Таким образом, в течение срока действия ИПРА можно изменить решение и воспользоваться своими законными правами.

Основываясь на материалах судебной практики можно также отметить ситуации, когда споры в правоотношениях социального обеспечения судами рассматриваются с ошибками в применении норм материального права, и отказ, например от набора социальных услуг, по ФЗ «О государственной социальной помощи», расценивается как отказ от всех технических средств, которые могут предоставляться гражданину с инвалидностью, в том числе и по Федеральному закону № 181-ФЗ. В этом случае, когда дело дошло уже до Верховного суда РФ, вывод высших судебных органов был следующим: «Отказ инвалида от получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, предусмотренного частью 1 статьи 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи», не лишает его права на обеспечение техническими средствами реабилитации на основании Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» за счет средств федерального бюджета в

соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида, являющейся обязательной для исполнения» [44].

Разработка индивидуальной программы реабилитации имеет и свои неясности. Практическое урегулирование того, как будут взаимодействовать инвалид и исполнитель мероприятий по реабилитации нет. Также отсутствуют доступные, открытые заинтересованным гражданам, перечни конкретных организаций, которые будут проводить реабилитацию; по конкретным направлениям (например, социально-средовой и др.) не указаны конкретные мероприятия по реабилитации. Если сравнивать ситуацию с данным процессом в разных регионах, то можно отметить разные подходы в его реализации, что обусловлено правовой неопределенностью. В числе проблем стоит указать и то, что в случае несогласия инвалида с предлагаемыми ему реабилитационными мероприятиями, он не имеет легитимно установленного и понятного порядка защиты своих прав (выбора средств, методов и т.д.) путем обжалования. Региональные органы власти РФ, опираясь на свои полномочия в определении услуг и мероприятий по реабилитации по факту предлагают (навязывают) инвалиду те услуги, которые в подведомственных организациях уже проводятся. В формировании и создании новой базы реабилитации заинтересованности нет, а ИПРА указывает только нуждаемость в том или ином виде (направлении) реабилитации [43].

Основные пути решения проблемы в данной ситуации – это в нормативном акте необходимо предусмотреть:

- требования к составлению органами-исполнителями ИПРА перечней реабилитационных мероприятий и к определению ими организаций-исполнителей;
- порядок взаимодействия органов - исполнителей ИПРА и инвалидов, предусмотрев обязательное межведомственное взаимодействие и орган, ответственный за мониторинг исполнения ИПРА в целом.

Таким образом, сформированная индивидуальная программа реабилитации (абилитации) (ИПРА) является основным механизмом

реализации прав инвалида, включает в себя разделы по проведению мероприятий медицинской, социально-профессиональной и психолого-педагогической реабилитации.

Процесс реабилитации является разноплановым продолжающимся действием, со множеством различных аспектов медицинского, психологического, физического, социального плана. Исходя из этого, на законодательном уровне урегулированы основные направления реабилитации и абилитации инвалидов. Согласно тексту статьи 9 Федерального закона № 181-ФЗ они включают:

- медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию;
- социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Исходя из индивидуальных обстоятельств человека с инвалидностью, его активное сотрудничество, настойчивая работа со специалистами по названным направлениям, поможет ему путем реабилитационных мероприятий улучшить или восстановить способности к необходимым сферам деятельности, компенсировать отсутствующие или утраченные функции. Несомненно, на выбор мероприятий, кроме официального назначения комиссии, влияют разные факторы: группа и вид инвалидности, иные медицинские факторы, возраст человека (взрослый, пожилой, подросток, ребенок), семейное положение, психологические факторы (наличие мотивации) и другое.

Первоначальным, важнейшим пунктом, конечно, является медицинская реабилитация. Также в законе за этим следует реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение (ч. 2 абз. 2 ст. 9 Федерального закона № 181-ФЗ).

В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, на предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Среди мероприятий, которые назначает медицинская организация в случаях необходимости медицинской реабилитации есть несколько: динамическое наблюдение, которое проводится между освидетельствованиями, и цель которого контролировать, как протекает реабилитационный процесс, оценивать результат процесса. Далее идет лекарственная терапия (прием лекарств), направленная на предупреждение прогрессирования болезни, послужившей причиной инвалидности. К медицинской реабилитации относится также использование иных методов лечения (без медикаментов), направленных на усиление компенсаторных механизмов, увеличения резервных возможностей организма, восстановления физической работоспособности (акупунктура, светолечение, грязелечение, лечебный массаж, сеансы психотерапии и т.д.), а также прочие мероприятия, рекомендованные врачами при проведении МСЭ [56].

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя также и медицинскую реабилитацию. В целях медицинской реабилитации в некоторых случаях применяется высокотехнологичная медицинская помощь, где сочетаются новые сложные уникальные методы лечения, ресурсоемкие методы лечения, роботизированная техника, методы клеточной технологии и т.д.

Также свое место занимает реконструктивная хирургия – вид специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи: реконструктивные операции, операции по пересадке органов и тканей; эндопротезирование и др. Задача реконструктивной хирургии сделать так, чтобы реконструированный орган выглядел максимально естественно или функционально. Реконструктивная хирургия нашла свое применения в таких ситуациях как: посттравматические и послеоперационные нарушения функций и анатомического строения органов и частей тела: пальцы, нос, молочная железа и др. Врожденные дефекты: волчья пасть, заячья губа и др.

Протезирование представляет собой процесс замены частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом), служащим для замещения отсутствующей части тела или органа, с максимальным сохранением индивидуальных особенностей и функциональных способностей инвалида. Ортезирование заключается в компенсации частично или полностью утраченных функции опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих выполнение этих функций.

Санаторно-курортное лечение в ИПРА предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг. Главными лечебными ресурсами здесь является использование природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах. Данное лечение направлено на активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления, а также на восстановление и (или)

компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

О медицинской реабилитации в научной литературе отмечается, что возможности ее недостаточны относительно рассмотрения многих регионов; распределены они по территории России неравномерно [41, с. 587]. Ю.В. Давыдова отмечает, что нерешаемые на уровне государства задачи обеспечения полноценной медицинской реабилитации, влекут за собой тяжелые последствия в виде того, что граждане-пациенты становятся инвалидами [14, с. 1287].

Несмотря на то, что право на все виды реабилитации установлено законом, спектр проблем, с которыми сталкиваются люди, достаточно велик. Поэтому так много научных публикаций есть на эту тему.

Так, Ручкина Г.Ф. и Демченко М.В. пишут о проблеме несоответствия качества и объема реальных реабилитационных мероприятий, предоставляемых гражданам, тем стандартам, которые закреплены в международной Конвенции о правах инвалидов, которая в свою очередь является правовым ориентиром в данной сфере [84].

Н.С. Саможонова пишет о большой проблеме неприспособленности к самостоятельной независимой жизни выросших детей детей-инвалидов, а также взрослых инвалидов, которые утратили навыки самообслуживания в результате заболевания или травмы, и которые всю жизнь до совершеннолетия находились под полной опекой родителей, других членов семьи [85].

Важное направление в реабилитации принадлежит профессиональной ориентации, профессиональному образованию, обучению и содействию в трудоустройстве.

Вопрос профессиональной ориентации для всех соискателей, и в том числе для граждан с инвалидностью является крайне важным. Именно правильное решение при выборе направления при переобучении позволит

человеку найти работу по душе, по своим предпочтениям, склонностям и возможностям с учетом особенностей здоровья. Профориентация является одним из важнейших мероприятий в комплексе мер по профессиональной реабилитации инвалидов.

В обеспечении занятости людей с инвалидностью более «сильной» стороной таких правовых отношений, конечно, является работодатель. Именно поэтому, ФЗ о социальной защите инвалидов в ст. 24 отдельно закрепил его правовой статус. Здесь определены права, обязанности и ответственность работодателей. Речь идет и об обязанности создавать места и условия работы, а также своевременно предоставлять информацию о наличии вакансий путем издания локальных актов. Создание и выделение рабочих мест должны осуществляться по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов (ст. 20 Федерального закона № 181-ФЗ) [26]. Роль органов занятости также есть в процессе трудовой реабилитации. На них возложено содействие занятости человека, оказание индивидуальной помощи, сопровождение занятости [27].

Особое место в системе реабилитационных мероприятий уделяется в направлениях, включающих социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию.

Социально-средовая реабилитация подразумевает наиболее полное обеспечение инвалида всеми необходимыми ему средствами для того, чтобы он мог полноценно жить с учетом имеющихся функциональных изменений. Конечно, в каждом случае этот комплекс средств и методов индивидуален. Одним гражданам требуется обеспечение тифлотехническими средствами реабилитации, собаками-поводырями. Для слабослышащих нужны сурдотехнические средства. Кресла-коляски – единственное средство передвижения для людей с поражениями опорно-двигательной системы и т.д.

Кроме того, в средовой адаптации важная роль принадлежит обучению инвалида самостоятельной жизни в быту, его адаптации к новым

обстоятельствам с учетом функциональных ограничений. Так, например, одним из перспективных методов, используемых в данном аспекте реабилитации, является использование возможностей «тренировочной комнаты-квартиры» [85]. В Москве в нескольких центрах социальной реабилитации такие комнаты функционируют довольно успешно. Тренировочная комната включает в себя основные виды жизнедеятельности человека и оснащена санитарно-гигиеническим блоком (ванна и туалет), кухонно-бытовым блоком (кухня, столовая), спально-гостиничным блоком. Все зоны адаптированы под нужды человека с инвалидностью, чтобы он мог сам себя обслуживать. Здесь есть поручни, специальные туалетные системы, адаптивная посуда и т.д. Проводятся занятия для обучения не только бытовым навыкам в квартире, но и компетенциям по взаимодействию с обществом, умению подсчитать бюджет, сделать покупки, оплатить счета, обратиться за помощью к тому или иному специалисту или просто к человеку. Эти навыки особенно важны для детей-инвалидов 14-18 лет, а также людей с ментальной инвалидностью.

Несомненно, важны вопросы социально-психологической реабилитации инвалидов. Пациенты с функциональными нарушениями организма испытывают сильнейший психологический стресс, связанный зачастую с резким изменением привычного образа жизни. В таких обстоятельствах специалисты-психологи стараются сформировать адекватную внутреннюю картину болезни, добиться стабилизации эмоционального состояния, сформировать мотивацию к лечению (восстановлению). Необходимо привести пациента к осознанию и развитию личностных ресурсов, восстановлению разрушенных семейных и социальных связей, определению новых целей и смысла жизни. Также большое внимание должно быть уделено работе с родственниками, которые на ранних этапах часто испытывают растерянность перед случившимся, нуждаются в информации по проблеме, психологической поддержке, а в дальнейшем – в адаптации к реальности, коррекции выгорания, формировании эффективных моделей поведения.

Травма или болезнь вторгаются в жизнь семьи и влияет на всех ее членов. Поэтому в помощи может нуждаться и пострадавший, и его близкие, которые проходят те же стадии принятия горя, испытывают неопределенность, тревогу, вину, злость, депрессию и отрицание. В центре реабилитации психолог может проводить как индивидуальные консультации, психотерапию пациента, членов его семьи, а также семейные встречи, на которых все ее участники могут получить новый опыт, помогающий улучшить связь и понимание. Если пациент не желает получить психологическую помощь, закрывается от контакта с родными, то работа может вестись с кем-то из членов семьи. Это также способствует облегчению напряжения в семье в целом и повышению качества внутрисемейных взаимодействий.

Так, например, консультация психолога входит в программу реабилитации пациентов. На первичной встрече пациент вместе со специалистом определяют план, направление, форму и цели дальнейшего взаимодействия. Основными поводами для назначения психотерапевтического лечения являются острые или длительно текущие признаки эмоционального неблагополучия (сниженное настроение и самооценка, тревога, чувство безнадежности и подавленности, вины, страхи, суицидальные мысли и другое), трудности в межличностных и семейных отношениях, трудности самоопределения и самореализации, в том числе профессиональной.

Применение лечебной гимнастики, иных занятий физической активностью в системе реабилитации является крайне важным наряду с медицинскими и психологическими направлениями. Организация таких занятий физической культурой возложена не только на учреждения физической культуры и спорта, но и на медицинские и образовательные учреждения, центры социальной защиты населения. Отметим, также активную роль общественных организаций для инвалидов в реализации различных реабилитационных мероприятий с использованием средств лечебной физической культуры, спорта, туризма [101].

Таким образом, все направления реабилитационного процесса находятся в тесной взаимосвязи, и каждое из них ценно и значимо. Применение социально реабилитационных мероприятий предполагают восстановление социального статуса инвалида, компенсацию социальных функций, ролей и отношений человека с ОВЗ. Применение социально-адаптационных мероприятий заключается в устранении ограничений жизнедеятельности или приспособлении к ним. Своевременность и полнота реабилитационных мероприятий при врожденной или приобретенной инвалидности (так называемая коррекция) помогает сгладить или избежать проблем следующего уровня - дезадаптации личности в социум.

3.2 Перспективы развития социальной реабилитации инвалидов

Несмотря на общие показатели снижения инвалидности в стране, доля тяжелых инвалидов возросла, вследствие недостатков в организации медицинской помощи, недостаточном внимании к состоянию здоровья и назначению необходимых обследований и лечения обращающихся к врачам пациентов.

В процессе реабилитации граждан уже получивших статус инвалида, и имеющих право на ее получение, есть множество проблем. Первой, можно сказать глобальной, является отсутствие четко отлаженного механизма межведомственного взаимодействия уполномоченных органов исполнительной власти (Минздрава, Министерства по социальной политике и т.д.) в соответствующем субъекте проживания инвалида по предоставлению ему услуг по реабилитации. В регионах не сформированы действующие программы о системе комплексной реабилитации, нет решения вопросов о конкретном перечне реабилитационных мероприятий, не установлены тарифы для их обеспечения и т.д.

Законы не содержат четко сформулированных ключевых понятий, например, «услуга по реабилитации», «реабилитационная организация». В

стране не создана единая база подобных учреждений, с конкретной номенклатурой.

Есть проблема с доступностью реабилитационных услуг, что связано с географической дальностью проживания инвалида от имеющихся специализированных хорошо оборудованных Центров реабилитации и абилитации. Это ведет к непостоянству в процессе реабилитации и даже отказу от нее.

Насущной является проблема нехватки квалифицированных кадров от врачей до логопедов. Нет официального реестра таких специалистов. С этим связана проблема системного планирования и распределения сотрудников по имеющимся центрам и проблема постоянного повышения их квалификации, чтобы пациентам предоставлялись наиболее эффективные и безопасные услуги по реабилитации.

Социально-правовая направленность на комплексную реабилитацию инвалидов требует сформировать систему услуг по сопровождению инвалидов, которая на сегодняшний день отсутствует.

Проблемой является то, что у большинства нуждающихся в реабилитации и абилитации инвалидов не сформирована постоянная реабилитационная среда по месту проживания. Также есть и другие проблемы.

В качестве приоритетных направлений развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации можно предложить следующее:

Во-первых, совершенствование законодательного и нормативно-правового регулирования вопросов комплексной реабилитации и абилитации, а также сопровождения инвалидов, включая:

- законодательное закрепление основных понятий и положений комплексной реабилитации и абилитации инвалидов;
- разработку и утверждение примерного перечня и примерных нормативов финансирования услуг по основным направлениям

комплексной реабилитации и абилитации, а также по сопровождению инвалидов;

- утверждение правовых механизмов прямого финансового обеспечения мероприятий по реабилитации инвалидов на основании их ИПРА;
- обязательная стандартизация услуг по основным направлениям комплексной реабилитации, а также по сопровождению инвалидов;
- разработка и утверждение номенклатуры организаций, предоставляющих услуги по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и их сопровождению, ведение их единого общероссийского реестра;
- законодательное закрепление основных положений ранней помощи детям целевой группы и их семьям, вопросов сопровождения инвалидов, детей целевой группы ранней помощи и их семей при предоставлении услуг по комплексной реабилитации и абилитации, а также сопровождаемого проживания как особой технологии, используемой при осуществлении комплексной реабилитации и абилитации инвалидов с психическими расстройствами;
- законодательное закрепление порядка и регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов; разработки, финансового обеспечения и реализации региональных программ по вопросам формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Должны быть утверждены региональные перечни услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и порядка их тарификации [59].

Во-вторых, совершенствование организационно-методической структуры системы комплексной реабилитации и абилитации, а также сопровождения инвалидов.

В-третьих, развитие научно-методической базы и системы подготовки кадров в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов [59].

В-четвертых, развитие информационных технологий и системы менеджмента качества в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, включая введение единого регламента электронного взаимодействия между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, реабилитационными организациями и получателями реабилитационных и абилитационных услуг.

Несмотря на большое количество проблем нормативного, организационного, методического и иного характера, нормы о реабилитации в стране реализуются. О практическом состоянии в данной сфере социальной защиты инвалидов и положительных примерах в направлении совершенствования системы также есть что сказать.

О развитии и перспективах в реабилитационном процессе детей-инвалидов стоит отметить следующее. По заявлению пресс-службы Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [38], в 2022 году более 6 тысяч семей с детьми-инвалидами смогут воспользоваться бесплатными услугами микрореабилитационных центров. Сегодня они открыты в 42 российских регионах.

Помощь предоставляется семьям, у которых нет возможности регулярно посещать реабилитационные центры. Как правило, в них воспитываются дети с тяжелыми множественными нарушениями развития, маломобильные дети либо семьи проживают в отдаленных районах.

Услуги предоставляются в двух форматах. Первый – «домашний микро-реабилитационный центр», который включает организацию домашнего пространства для реабилитации ребенка-инвалида и обучение родителей. В

этом случае семье предоставляется специализированное оборудование в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (абилитации) исходя из особенностей и потребностей ребёнка. Это могут быть, например, программно-аппаратные комплексы, ходунки, тренажеры, ортопедические велосипеды, сидячие и лежащие самокаты, вертикализаторы, средства альтернативной и дополнительной коммуникации, электронные устройства, синтезирующие или воспроизводящие речь, интерактивные логопедические комплексы, сенсорное, тактильное, развивающее, игровое оборудование, приспособления для лечебной физкультуры.

Второй формат – это «выездной микро-реабилитационный центр», когда занятия с ребенком проводят психолог, инструктор по ЛФК, логопед, специалист по работе с семьей и другие эксперты, выезжающие на дом.

На практике оба формата часто дополняют друг друга, что повышает эффективность реабилитации. Вся помощь предоставляется семьям абсолютно бесплатно. Число микро-реабилитационных центров в стране будет расти. В рамках проекта уже поддержано более 3 тысяч семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Перспективным направлением в успешной социальной реабилитации в контексте полноценной интеграции в социум инвалидов молодого возраста является получение ими высшего образования. Организация инклюзивного обучения в вузе предполагает совместную деятельность педагога-психолога, преподавателей и администрации вуза, кураторов студенческих групп, наставников, тьюторов и др., в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного обучения, профессионального и личностного развития студентов с ОВЗ и их творческую самореализацию. Однако в плане взаимодействия с различными субъектами образования студент с ОВЗ зачастую может нуждаться в индивидуальном сопровождении, которые не предусмотрены функциями штатных сотрудников вуза. Такую помощь может оказать ему волонтер-наставник или тьютер.

Эффективность инклюзивного образования можно существенно повысить при помощи системы наставничества. Для успешной организации такой системы важна предварительная подготовка наставников к выполнению их функций и грамотное сопровождение их деятельности. Согласованная и комплексная работа системы наставничества позволит студенту с ОВЗ не только успешно адаптироваться к образовательной среде вуза, получать удовлетворение от занятий и полноценно освоить программу профессиональной подготовки, но и эффективно интегрироваться в социум и в дальнейшем трудоустроиться после окончания вуза [39].

Одним из интересных и полезных примеров для рассмотрения и применения в перспективе, является опыт по созданию в системе реабилитации должности социального куратора. Так, например, инструктор по лечебной физкультуре рассказывает об обязательности занятий по обучению пользования протезом при ампутации ноги.

Социализацию людей с инвалидностью следует вести по четырем направлениям: психологическому, медицинскому, административному и бытовому. Кураторы помогут оформить документы на средства реабилитации и даже решить какие-то коммунальные и бытовые проблемы, сходить в магазин, сделать что-то по дому.

Большой блок в реабилитации занимает бытовая адаптация. О перспективах в развитии методов реабилитации техническими средствами можно отметить, что российскими учеными и инженерами-конструкторами ведется постоянная работа в этом направлении.

Таким образом, можно отметить, что существующая в государстве система реабилитации и абилитации инвалидов требует развития путем совершенствования законодательного и нормативно-правового регулирования вопросов комплексной реабилитации и абилитации; совершенствования организационно-методической структуры системы комплексной реабилитации; улучшения системы подготовки кадров в сфере реабилитации; применение информационных технологий для создания единой системы

межведомственного взаимодействия двух уровней власти, создания системы мониторинга нуждаемости, обеспечения и результативности предоставления реабилитационных услуг. Существующие в некоторых регионах успешные проекты по организации социальной реабилитации необходимо тиражировать, привлекая медицинских специалистов разного профиля, чиновников с соответствующими полномочиями, общественные организации и сообщества инвалидов. Необходима информационная поддержка новых и уже действующих проектов и своевременное информирование заинтересованной части населения в регионах.

Несмотря на важную роль отдельных видов реабилитации инвалидов, без должного законодательного регулирования остаются вопросы комплексной реабилитации и абилитации. В связи с чем, необходима синхронизация положений федерального законодательства в сфере социального обслуживания с положениями Федерального закона № 181-ФЗ в части предоставления инвалидам четко регламентированных и стандартизированных услуг по социальной реабилитации и абилитации на бесплатной основе.

В обеспечении доступности нуждаются занятия по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту для всех лиц с инвалидностью, особенно – детей с инвалидностью, посредством развития этих направлений не только в учреждениях и организациях физической культуры и спорта, но и образования, социального обслуживания населения. Решением многих вопросов было бы открытие пунктов проката технических средств реабилитации, предназначенных для занятий адаптивным спортом (специальные протезы, коляски и др.).

Важно также отметить, что деятельность по предоставлению социально-медицинских услуг инвалидам должна соответствовать стандартам предоставления услуг.

Распоряжением Правительства РФ утверждена Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации

инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [81], главной целью которой является обеспечение для инвалидов доступных, качественных, эффективных, безопасных и научно-обоснованных реабилитационных и абилитационных услуг и рекомендаций по техническим средствам реабилитации.

Предполагается, что реализация Концепции будет осуществляться в 2 основных этапа.

Первый этап (2021 – 2023) – формирование законодательной, нормативной правовой, научно-методической базы для развития системы комплексной реабилитации и абилитации, внесение изменений и дополнений в государственные программы и национальные проекты.

Второй этап (2024 – 2025) – создание условий для предоставления инвалидам современных доступных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг.

Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации подготовлен проект федерального закона о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Данным законопроектом предлагается внести следующие изменения в Федеральный закон № 181-ФЗ:

- уточнить полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации при организации предоставления реабилитационных услуг;
- ввести понятийный аппарат системы комплексной реабилитации и абилитации, уточнить содержание каждого ее направления, полномочий ведомств по их реализации, вопросов организации межведомственного взаимодействия в рамках комплексной реабилитации инвалидов;
- ввести новые межведомственные направления комплексной реабилитации и абилитации, таких как «ранняя помощь» и «сопровожаемое проживание инвалидов»;

- ввести понятие «реабилитационная услуга» как нормируемой и стандартизированной основы для взаимодействия между реабилитационными организациями и получателями соответствующих услуг.

Принятие данного Законопроекта позволит перейти с первого этапа реализации концепции на второй этап (2024 – 2025).

Одним из основных условий для формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъектах Российской Федерации является нормативное правовое обеспечение вопросов создания и функционирования реабилитационной инфраструктуры, межведомственного и внутриотраслевого взаимодействия при предоставлении инвалидам и детям-инвалидам реабилитационных и абилитационных услуг [87].

В завершении рассмотрения в третьей главе выпускной квалификационной работы проблем и перспектив совершенствования предоставления медицинских услуг инвалидам в Российской Федерации, следует сформулировать некоторые выводы.

Во-первых, было установлено, что отдельные виды социально-медицинских услуг не имеют четкого самостоятельного правового регулирования. В базовом Федеральном законе № 181-ФЗ и подзаконных нормативных правовых актах, принятых в его развитие, отсутствует определение социальной реабилитации или абилитации, а также ее направлений, не определены цель и задачи предоставления инвалидам и детям-инвалидам соответствующих услуг, требования к организации и стандартам предоставления данных услуг.

Во-вторых, вопросы, связанные с предоставлением гражданам с инвалидностью социально-медицинских услуг нуждается в совершенствовании нормативного правового регулирования. В период 2021 – 2025 гг. предлагается внедрить в деятельность учреждений МСЭ современные технологии, в том числе обеспечивающие возможность дистанционного обжалования экспертных решений. Концепцией развития в Российской

Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года предлагается формирование законодательной, нормативной правовой, научно-методической базы для развития системы комплексной реабилитации и абилитации, а также создание условий для предоставления инвалидам современных доступных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг.

Заключение

Обобщая изложенное в настоящей выпускной квалификационной работы, необходимо сделать следующие выводы.

Во-первых, был проведен историко-правовой анализ предоставления социальных услуг. Проведенный краткий исторический экскурс в развитие социальной защиты в России, позволили сделать вывод о том, что основными вопросами, которые решались в отношении социально-уязвимых категорий граждан, это их материальное обеспечение, экспертное установление трудоспособности или жизнедеятельности их организма, а также помещение в соответствующие дома для проживания. Непосредственно оказание социально значимых услуг, к примеру, медицинских, долгое время не было доступно простым людям. Так, медицинская помощь оказывалась на платной основе, а бесплатная по принципу врачебного долга и помощи страждущему. Только с середины XIX в. с формированием системы социального страхования создаются различные кассы взаимопомощи, больничные кассы.

Во-вторых, к числу субъектов, которые имеют право на социальные услуги Стратегия национальной безопасности относит всех граждан Российской Федерации из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья и лиц старших возрастных групп. Различия лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов имеют не только медицинский, но и социальный, и юридический характер, так как оказывает влияние на формирование государственной политики в отношении данных лиц. Действующее законодательство не устанавливает единой классификации лиц с ограниченными возможностями здоровья, так как существует множественность вариантов нарушений здоровья у человека не допускающая возможности создания их универсальной систематизации. Лица с ограниченными возможностями здоровья не имеют вследствие состояния своего здоровья возможности для самореализации без специальной поддержки со стороны государства и общества. При этом следует иметь в виду, что лицо

с ограниченными возможностями здоровья может иметь инвалидность. Таким образом, в контексте Стратегии национальной безопасности к лицам с ограниченными возможностями здоровья относятся как инвалиды, так и другие лица, не имеющие статус инвалида, т.е. не признанные медико-социальной экспертизой таковыми.

В целом же, субъектами права на социальные услуги имеют граждане Российской Федерации из числа лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья и старших возрастных групп, начиная с возраста достижения права на пенсионное обеспечение.

Кроме того, важно отметить, что получателем социальных услуг в контексте Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» является гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальная услуга или социальные услуги.

В-третьих, проведенный анализ понятия и видов социальных услуг позволил сделать вывод о том, что наличие у социальной услуги дополнительных черт позволяет рассматривать ее как особый вид услуг. Сфера оказания социальных услуг - эта сфера социального обслуживания находится в рамках правового регулирования права социального обеспечения. Целью оказания социальных услуг является предоставление блага, которое выражается не просто в удовлетворении потребностей, это прежде всего помощь. С целями оказания социальных услуг неизменно связаны и задачи ее оказания, вытекающие из принципов деятельности социального государства, а именно улучшение условий жизнедеятельности нуждающегося, расширение его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности, напрямую связанные с качеством жизни, с достойным существованием личности.

Критерии, которые позволяют определить жизнь как достойную, должны быть закреплены на законодательном уровне. Представляется, что

установление данных ориентиров - это не только право, но и обязанность государства.

В-четвертых, было предложено под медицинскими услугами понимать совершение профессиональных действий, имеющих неосязаемый специфический характер, направленных на поддержание, сохранение, восстановление или улучшение здоровья человека.

В-пятых, особенность социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам, заключается в их направленности на поддержание и сохранение здоровья инвалидов посредством организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за ними для выявления отклонений в состоянии их здоровья. К социально-медицинским услугам, которые предоставляются инвалидам относятся все виды медицинского вмешательства, которые направлены на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию. Примерный перечень социально-медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства РФ, который на региональном уровне может быть расширен.

В-шестых, отдельные виды социально-медицинских услуг не имеют четкого самостоятельного правового регулирования. В базовом Федеральном законе № 181-ФЗ и подзаконных нормативных правовых актах, принятых в его развитие, отсутствует определение социальной реабилитации или абилитации, а также ее направлений, не определены цель и задачи предоставления инвалидам и детям-инвалидам соответствующих услуг, требования к организации и стандартам предоставления данных услуг.

Кроме того, в качестве барьеров для развития предоставления социально-медицинских услуг инвалидам следует назвать несовершенство механизмов межведомственного взаимодействия с исполнителями ИПРА инвалидов в других сферах, что негативно сказывается на преемственности и последовательности реабилитационного процесса.

Не урегулирована по сей день оценка эффективности исполнения инвалидом рекомендованных в ИПРА реабилитационных или

абилитационных мероприятий между освидетельствованиями. Разрешение данной проблемы, а также необходимость системного мониторинга за полнотой и эффективностью реализации реабилитационных мероприятий в соответствии с принципами проведения реабилитации, определяют целесообразность создания на уровне каждого субъекта Российской Федерации Уполномоченного органа по координации реализации и контролю за исполнением всего комплекса мероприятий, рекомендованных в ИПРА детей-инвалидов, в том числе проживающих в государственных учреждениях.

В-седьмых, вопросы, связанные с предоставлением гражданам с инвалидностью социально-медицинских услуг нуждается в совершенствовании нормативного правового регулирования. В период 2021 – 2025 гг. предлагается внедрить в деятельность учреждений МСЭ современные технологии, в том числе обеспечивающие возможность дистанционного обжалования экспертных решений.

Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года предлагается формирование законодательной, нормативной правовой, научно-методической базы для развития системы комплексной реабилитации и абилитации, а также создание условий для предоставления инвалидам современных доступных и качественных реабилитационных и абилитационных услуг.

Таким образом, вопросы социально-медицинских услуг, предоставляемых инвалидам, находятся в поле зрения законодателя с целью совершенствования правового механизма их реализации и доступности.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Аверьянова О.В. Право социального обеспечения. Санкт-Петербург, 2019. 423 с.
2. Агабян Э.М. Социологический анализ сферы услуг социального обслуживания населения. М.: Экономика, 2012. 129 с.
3. Антропов В. В. Социальная защита в странах Европейского союза: история, организация, финансирование, проблемы. М: Экономика, 2006. 271 с.
4. Апелляционное определение Костромского областного суда от 05.07.2017 г. № 33-1539/2017 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
5. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 31.05.2018 г. № 33-10294/2018 по делу № 2-4382/2017 // Справочно-правовая система КонсультантПлюс.
6. Бабина Е.Н., Шмыгалева П.В., Величенко Е.А. Развитие сбережения народа России и человеческого потенциала: привлечение молодежи на государственную службу // В сборнике: Интеграция науки и практики в современных условиях. Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Нефтекамск, 2022. С. 44-49.
7. Батороев К.Ю., Быков С.С. Формирование институтов негосударственного обеспечения населения социальными услугами: история вопроса // В сборнике: Актуальные проблемы формирования государственных доходов в России. Федотов Д.Ю. Сборник научных трудов / Под ред. Д.Ю. Федотова. Иркутск, 2012. С. 36-42.
8. Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Книга третья: Договоры о выполнении работ и оказании услуг. М.: Статут, 2008. 996 с.
9. Бурькина Н.М. Социально-педагогическая поддержка детей с отклонениями в развитии // Экономика и управление: проблемы, решения. 2019. Т. 1. № 1. С. 105–114
10. Волкова О.В. Социальная реабилитация как направление социальной работы // Гаудеамус. 2006. № 10. С. 20–26.

11. Всемирный доклад о старении и здоровье Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). 30 сентября 2015 г. [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

12. Государственные стационарные и полустационарные учреждения социального обслуживания. - Режим доступа: <http://minsocdem.samregion.ru/gosudarstvennyye-stacionarnye-i-polustacionarnye-uchrezhdeniya-socialnogo-obsluzhivaniya>. (дата обращения: 03.05.2023).

13. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ (ред. от 01.07.2021, с изм. от 08.07.2021) // СЗ РФ. 1996. № 5. Ст. 410.

14. Давыдова Ю.В., Ключина Е.А., Самойленко А.Б. Проблемы доступности и качества медицинского обслуживания // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Т. 3. № 11. С. 1287-1290.

15. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. Балашов: Николаев, 2002. 80 с.

16. Елина Н.К. Правовые проблемы оказания медицинских услуг. Самара: Офорт, 2006. 260 с.

17. Ережипалиев Д.И. К вопросу о понятии «социально незащищенные категории граждан» // Социальное и пенсионное право. 2017. № 1. С. 50-56.

18. Жаворонков Р.Н. Социальная защита инвалидов: вчера, сегодня, завтра (правовые аспекты). М., 2020. 248 с.

19. Жамкова О.Е. Правовое регулирование оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юр. наук. М., 2007. 32 с.

20. Жилкина О.А. Правовая природа медицинской услуги как объекта гражданского права // Проблемы современного российского права: сб. науч. тр. / Под ред. Е.Г. Бельковой. Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2004. 277 с.

21. Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

22. Закон СССР от 11.12.1990 г. № 1826-1 «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

23. Зимин В.А. Внебюджетные фонды: их образование, финансирование и использование: монография. Самара: ООО «Научно-технический центр», 2017. 184 с.

24. Золотарева А.Е., Шиловская А.Л. Меры гражданско-правовой ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств в сфере оказания медицинских услуг // Актуальные проблемы российского законодательства. 2015. № 9. С. 132-144

25. Индивидуальная программа реабилитации: благие намерения и реальность [Электронный ресурс]. – URL: https://perspektiva-inva.ru/chto-my-delaem/zashhita-prav/stati_i_materialy/ipr-mse/individualnaya-programma-reabilitaczii/ (дата обращения: 25.03.2023).

26. Как оформить выделение (создание) рабочих мест для инвалидов? // Консультация эксперта, Государственная инспекция труда в Нижегородской обл., 2020.

27. Какие льготы и гарантии предусмотрены для инвалидов? // Азбука права: электрон. журн. 2022.

28. Какие организации относятся к учреждениям социальной защиты? // Азбука права: электрон. журн. 2020.

29. Кванина В.В. Договор на оказание возмездных медицинских услуг: учеб. пособие. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2002. 260 с.

30. Комментарий к Федеральному закону от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (постатейный)» / Под ред. Э.Р. Курманова // СПС КонсультантПлюс. 2014.

31. Конвенция о правах инвалидов (Заключена в г. Нью-Йорке 13.12.2006) // Собрание законодательства РФ. 2013. № 6. Ст. 468.

32. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе

общероссийского голосования 01.07.2020). [Электронный ресурс] // Официальный текст Конституции РФ с внесенными поправками от 14.03.2020 опубликован на Официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 04.07.2020.

33. Красуцкая О.В. Социальная реабилитация в контексте жизненных траекторий инвалидов // Известия Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Социология. Политология. 2018. Т. 18. Вып. 3. С. 300-305.

34. Кузьмин В.П., Бородин Е.С. Технологии социальной реабилитации в повышении качества жизни инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания // Коллекция гуманитарных исследований. 2021. № 1 (26). С. 28-35.

35. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М.: Просвещение, 1991. 143 с.

36. Лескова Ю.Г. Саморегулируемая организация как правовая модель внедрения и развития социального предпринимательства // Юрист. 2013. № 11. С. 13 - 17.

37. Ломакина И.Г. Гражданско-правовое регулирование отношений по оказанию медицинских услуг в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юр. наук. М., 2006. 33 с.

38. Манукиян Е. Бесплатная реабилитация детей-инвалидов стала доступнее в 42 регионах [Электронный ресурс]. – URL: <https://rg.ru/2022/03/04/besplatnaia-reabilitaciia-detej-invalidov-stala-dostupnej-v-42-regionah.html> (дата обращения: 29.03.2023).

39. Марчук Н.Ю. Организация инклюзивного образования в Вузе. Статья в сборнике материалов Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы спортивной подготовки, оздоровительной физической культуры, рекреации и туризма. Адаптивная физическая культура и медицинская реабилитация: инновации и перспективы». Т. 2. Челябинск: УралГУФК, 2020. С. 346-350.

40. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН) // БВС РФ. 1994. № 12.

41. Мохов А.А., Петюкова О.Н. Совершенствование российского законодательства о проведении медико-социальной экспертизы и улучшении межведомственного взаимодействия // Вестник Пермского университета. Юридические науки. 2018. № 4. С. 587 - 615.

42. Муравьева М.Г. Калеки, инвалиды или люди с ограниченными возможностями? Обзор истории инвалидности // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. 10. № 2. С. 151–166.

43. Об основных нарушениях в сфере помощи детям и взрослым с инвалидностью и путях их преодоления. В рамках проекта РБОО «Центр лечебной педагогики», поддержанного Движением «Гражданское достоинство» М., 2017 [Электронный ресурс]. - URL: https://www.osoboedetstvo.ru/files/posts/obzor_sit_narush_prav_gd_17_1_1.pdf (дата обращения 03.02.2023).

44. Обзор практики рассмотрения судами дел по спорам, связанным с реализацией мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.06.2020) // БВС РФ. 2020. № 11.

45. Общая численность инвалидов по группам инвалидности на 1 января года [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (дата обращения: 12.05.2023).

46. Определение Второго кассационного суда общей юрисдикции от 22.10.2019 г. № 88-16/2019, 2-7018/18 [Электронный ресурс] // СПС Консультант Плюс.

47. Определение Конституционного Суда РФ от 03.04.2014 г. № 686-О «По жалобе гражданина Шапкина Александра Михайловича на нарушение его конституционных прав статьями 6.1, 6.2 и 6.7 Федерального закона «О государственной социальной помощи» и статьями 15, 16, 151, 1064, 1069 и 1071 Гражданского кодекса Российской Федерации» // ВКС РФ. 2014. № 5.

48. Определение Конституционного Суда РФ от 06.06.2002 г. № 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» // ВКС РФ. 2003. № 1.

49. Определение Конституционного Суда РФ от 19.01.2011 г. № 114-О-П «По жалобе гражданина Ибрагимов Азамата Ишмуратовича на нарушение его конституционных прав положением части первой статьи 41 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс.

50. Определение Конституционного Суда РФ от 25.12.2008 г. № 889-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Толочинского Владимира Самуиловича на нарушение его конституционных прав положением пункта 3 статьи 13 Федерального закона «О ветеранах». [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

51. Определение Первого кассационного суда общей юрисдикции от 20.04.2020 по делу № 88-9849/2020 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

52. Определение Шестого кассационного суда общей юрисдикции от 20.01.2022 г. по делу № 88-1017/2022 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

53. Памятники права Киевского государства X–XII вв. // Памятники русского права / Под ред. С.В. Юшкова. Вып. I. М., 1952. 420 с.

54. Письмо Минздрава России от 24.04.2020 г. № 30-2/И/2-5446 «Об услуге по предоставлению автомобилей скорой медицинской помощи и водительского персонала для выездных бригад скорой медицинской помощи» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

55. Письмо Минпросвещения России от 25.02.2019 г. № 07-1267 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по формированию заключений психолого-медико-

педагогических комиссий о создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего и среднего общего образования») [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

56. Письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 01.10.2020 № 33133 ФБ.77/2020 «О направлении информационно-методического письма по порядку формирования и реализации ИПРА по разделу «Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации» (вместе с «Информационно-методическим письмом по порядку формирования и реализации ИПРА по разделу «Мероприятия по медицинской реабилитации или абилитации»») [Электронный ресурс] // СПС Консультант Плюс.

57. Письмо ФССП России от 29.07.2016 г. № 00071/16/69976-АП «О направлении Методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по исполнению международных обязательств Российской Федерации в ходе принудительного исполнения судебными приставами-исполнителями требований судебных актов и актов иных уполномоченных органов», утв. ФССП России 29.07.2016 г. № 0007/9/1) // Справочно-правовая система КонсультантПлюс.

58. Пономаренко Г.Н., Владимирова О.Н. Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов в Российской Федерации // Физическая и реабилитационная медицина. 2019. № 1. Т. 1. С. 11-14.

59. Порохина Ж.В., Ярков А.А. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: проблемы и пути развития // Альманах. № 40.

60. Постановление № 11-15 Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ «О Хартии пожилых людей» (Принято в г. Санкт-Петербурге 15.06.1998) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

61. Постановление Госкомтруда СССР от 20.06.1978 г. № 202 «Об утверждении Типового положения о доме для престарелых и инвалидов» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

62. Постановление Правительства РФ от 18.10.2014 г. № 1075 (ред. от 18.02.2020) «Об утверждении Правил определения среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

63. Постановление Правительства РФ от 24.11.2014 г. № 1236 (ред. от 14.12.2020) «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг» /// СЗ РФ. 2014. № 48. Ст. 6872.

64. Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 № 363 (ред. от 10.11.2022) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» // СЗ РФ. 2019. № 15 (Ч. 2, 3). Ст. 1746.

65. Постановление Президиума Московского городского суда от 10.07.2018 г. по делу № 44Г-220/2018 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

66. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 256 (ред. от 15.12.2014) «О Порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» // Российская газета. 22 декабря. № 283.

67. Приказ министерства социально-демографической и семейной политики Самарской области от 08.02.2019 г. № 59 «Об утверждении основных требований к объему, периодичности и качеству предоставления социальных услуг, оказываемых в форме социального обслуживания на дому, в полустационарной и стационарной формах социального обслуживания, а также сформированных в виде курса реабилитации» // Справочно-правовая система КонсультантПлюс.

68. Приказ министра социальной защиты населения Московской области и министра здравоохранения Московской области от 31.01.2014 г. № 23/95 «Об утверждении порядка доставки на дом нуждающимся гражданам пожилого возраста, инвалидам лекарственных препаратов, назначенных по медицинским показаниям врачом (фельдшером)» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

69. Приказ Минтруда России от 17.04.2014 г. № 258н «Об утверждении примерной номенклатуры организаций социального обслуживания» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

70. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 г. № 935н (ред. от 28.09.2020) «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания» // Российская газета. 2014. 29 декабря. № 297.

71. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 г. № 938н (ред. от 16.12.2020) «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания» // Российская газета. 2015. 12 января. № 1.

72. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 г. № 939н (ред. от 16.12.2020) «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому» // Российская газета. 2014. 31 декабря. № 299.

73. Приказ Минтруда России от 24.11.2014 г. № 940н (ред. от 01.10.2018) «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

74. Приказ Минтруда России от 25.08.2016 г. № 471 «Об утверждении рекомендаций по предоставлению социально-медицинских услуг в форме социального обслуживания на дому ветеранам и инвалидам Великой Отечественной войны» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

75. Приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627 «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

76. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 г. № 585н (ред. от 06.10.2021) «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-

социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

77. Приказ Роструда от 08.07.2022 г. № 174 «Об утверждении Форматов данных и требований к техническим, программным и лингвистическим средствам обеспечения формирования и ведения Единой цифровой платформы в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.

78. Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей (Приняты 16.12.1991 Резолюцией 46/91 на 74-ом пленарном заседании 46-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН) [Электронный ресурс]// СПС КонсультантПлюс.

79. Радонова А.В. Основные формы системы социального обеспечения и социальной защиты населения // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2018. № 10-1. С. 236-239.

80. Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 г. № 2406-р (ред. от 30.03.2022) «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» // СЗ РФ. 2019. № 42 (Ч. 3). Ст. 5979.

81. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 г. № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» // СЗ РФ. 2022. № 1. (Ч. 4). Ст. 260.

82. Резолюция 47/5 Генеральной Ассамблеи ООН «Декларация по проблемам старения» (Принята в г. Нью-Йорке 16.10.1992 на 42-ом пленарном заседании 47-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН) [Электронный ресурс]// СПС КонсультантПлюс.

83. Рогачева Т.В., Шестакова Е.В. Теоретические основания социально-средовой реабилитации инвалида // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10. № 3 (5). С. 4-7.

84. Ручкина Г.Ф., Демченко М.В. К вопросу о соответствии требованиям Конвенции о правах инвалидов качества жизни инвалидов в Российской Федерации и проводимых реабилитационных мероприятий // Международное публичное и частное право. 2018. № 5. С. 20 - 25.

85. Саможонова Н.С. Снижение социальных рисков в процессе социальной реабилитации инвалидов на базе тренировочной комнаты-квартиры // Социальная работа: теория, методы, практика. 2016. Т. 3. № 5. С. 25-30.

86. Синкевич Ж.В. Понятие и признаки социальных услуг // Гражданское право. 2020. № 6. С. 43 - 45.

87. Состояние и динамика инвалидности, комплексная реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации: доклад / Под ред. М.А. Дымочки. М.: ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, 2021. 436 с.

88. Стоглав // Российское законодательство X–XX веков. М.: 1984. Т. 2. С. 241–439.

89. Тарент И. Г. Система социальной защиты населения в Российской Федерации: учебное пособие. – Ногинск: Ногинский филиал РАНХиГС, 2020. 160 с.

90. Тимофеев И.В. О понятиях «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Медицинское знание и медицинская практика как предпосылка для нормативного регулирования отношений медицинской помощи // Медицинское право. 2021. № 1. С. 3 - 14.

91. Указ Президента РФ от 02.07.2021 г. № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // СЗ РФ.2021. № 27 (Ч. 2). Ст. 5351.

92. Федеральный закон от 13.07.2020 г. № 189-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание

государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» // СЗ РФ. 2020. № 29. Ст. 4499.

93. Федеральный закон от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «О государственной социальной помощи» // СЗ РФ. 1999. № 29. Ст. 3699.

94. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

95. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (ред. от 28.12.2022) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // СЗ РФ. 1995. № 48. Ст. 4563.

96. Федеральный закон от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2013. № 52 (Ч. 1). Ст. 7007.

97. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 29.12.2022) «Об образовании в Российской Федерации» // СЗ РФ. 2012. № 53 (Ч. 1). Ст. 7598.

98. Фиалковская И.Д. Особенности реализации права на образование для лиц с ограниченными возможностями здоровья: комплексный подход // Законность и правопорядок. 2021. № 4 (32). С. 85-89.

99. Филатова У.Б. Правовая политика РФ в сфере социального предпринимательства // Конституционные основы частного права: материалы всероссийской научно-практической конференции «Конституция РФ и правовая политика на современном этапе». Часть II. Иркутск, 12 декабря 2018 г. Иркутск: Изд-во БГУ, 2019. С. 118 - 123.

100. Хартия основных прав Европейского Союза (Принята в г. Ницце 07.12.2000) [Электронный ресурс]// СПС КонсультантПлюс.

101. Чуфарова Л.И. Занятия ЛФК как метод социальной реабилитации и восстановления двигательных функций инвалидов // Наука. 2019. № 1(26). С. 51-57.

102. Шаяхметова А.Р. Договор возмездного оказания медицинских услуг: проблемы теории и практики: диссертация ... кандидата юридических наук: Екатеринбург, 2012. 150 с.

103. Шаяхметова А.Р. Специфика медицинской услуги как объекта гражданского права // Бизнес, менеджмент и право. 2011. № 1 (23). С. 45-48.

104. Шиловская А.Л., Кулешов Г.Н. Медицинская услуга как объект гражданских прав: понятие и признаки // В сборнике: Российская юриспруденция на современном этапе: проблемы и перспективы развития. Сборник научных трудов кафедры гражданско-правовых дисциплин юридического факультета Российского государственного социального университета. Москва, 2017. С. 157-162.

105. Шошмин А.В., Мартынова Н.В., Бесстрашнова Я.К., Зима Т.В. Некоторые организационные и экономические аспекты реабилитации инвалидов // Социальная политика и социальное партнерство. 2010 № 2 С. 42-46.

106. Эртель А.Г. Совершенствование правовых мер по реабилитации инвалидов // Право и практика. 2014. № 3. С. 44-50.

107. Якимчук С.В. Современные формы социальной защиты населения // Вестник Белгородского университета потребительской кооперации. 2017. № 1 (15). С. 193-199.

108. Ячменев Ю.В. Медицинская услуга как объект гражданско-правовых отношений: критический анализ толкования закона // Третейский суд. 2021. № 2. С. 125 - 131.