

Карагандинский экономический университет
Казпотребсоюза

Научно-исследовательский институт регионального
развития

Е.Б.Аймагамбетов, А.А.Алимбаев, Т.П.Притворова

**Развитие системы социальной
защиты лиц с ограниченными
возможностями:**

**обеспечение доступности зданий,
инклюзивное образование,
профессиональная реабилитация,
специальные услуги на дому**

Караганда, 2012

Е.Б.Аймагамбетов, А.А.Алимбаев, Т.П.Притворова

**Развитие системы социальной
защиты лиц с ограниченными
возможностями:**

**обеспечение доступности зданий,
инклюзивное образование,
профессиональная реабилитация,
специальные услуги на дому**

Проект в рамках имплементации в
Республике Казахстан
Конвенции ООН о правах инвалидов

***Ответственный редактор
Доктор экономических наук, профессор
Притворова Т.П.***

Караганда, 2012

Утверждено к печати Ученым советом Карагандинского
экономического университета Казпотребсоюза

УДК 364
ББК
65.272
Р 17

Развитие системы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями: обеспечение доступности зданий, инклюзивное образование, профессиональная реабилитация, специальные услуги на дому.

Аймагамбетов Е.Б., Алимбаев А.А., Притворова Т.П. и др. –
Караганда: Типография КЭУ Казпотребсоюза, 2012. – 382 с.

ISBN 978-601-278-649-1

В монографии представлены результаты исследований по созданию условий имплементации Казахстаном Конвенции о правах инвалидов. По разработанной авторами методике проведена паспортизация доступности зданий для маломобильных групп населения; представлен типовой расчет стоимости комплекса мероприятий по внедрению инклюзивного образования в средней школе; оценена действующая практика системы трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями и предложены меры по повышению мобильности инвалидов на рынке труда; разработана и апробирована методика оценки потребностей престарелых граждан и инвалидов в специальных социальных услугах, предложена модель патронатного ухода.

Результаты исследования представляют интерес для работников государственных и частных организаций, для ученых, студентов программ бакалавриата, магистратуры и докторантуры.

Монография подготовлена при содействии Программы развития ООН в Казахстане, Министерства труда и социальной защиты населения РК, Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области, ГУ «Отдел занятости и социальных программ» г.Сарани и Бухар-Жырауского района и неправительственных организаций Карагандинской области.

УДК 364
ББК 65.272

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Доктор экономических наук, профессор

С.Х.Берешев

Доктор экономических наук, профессор

Н.К.Нурланова

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

Е.Б.Аймагамбетов (разделы 1,2), А.А.Алимбаев (разделы 1,2), Т.П.Притворова (разделы 1,2), Д.Е.Бектлеева (главы 5-7, §§1.1, 8.1, 8.2), Н.Н.Гелашвили, Е.Б.Шахиев (§§1.2, 1.3, 2.3, 2.4, 3.1), А.М.Рахметова (глава 2), Н.Д.Кенжебеков (глава 3), Г.А.Жанайдарова (§§6.1, 6.2, 8.1-8.3), Х.С.Джусупов (§§7.1-7.3), Д.Н.Улыбышев (глава 9), Е.Б. Жайлауов (§§9.1-9.2).

ISBN 978-601-278-649-1

© **Аймагамбетов Е.Б.,
Алимбаев А.А.,
Притворова Т.П., – 2012**

Выражение благодарности

Вопросы государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями в последние годы становятся всё более актуальными для Казахстана.

В декабре 2008 года Республика Казахстан подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов и Факультативный протокол. Конвенция – это первое соглашение по правам человека, принятое специально для инвалидов, которое дает универсальное юридическое признание того, что лица с ограниченными возможностями являются не объектами благотворительности, а обладателями прав и агентами изменений для развития. Подписание Конвенции является свидетельством согласия Казахстана с теми основополагающими принципами, на которых строится современная политика государства в отношении инвалидов, о готовности страны к соблюдению международных стандартов, политических, экономических, социальных юридических и иных жизненно важных прав инвалидов.

В рамках подготовки к ратификации Конвенции Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан совместно с ПРООН реализовали проект «Совершенствование системы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями в рамках Конвенции ООН о правах инвалидов и развитие системы специальных социальных услуг». Одним из исполнителей проекта является консорциум Карагандинского экономического университета Казпотребсоюза и Научно-исследовательского института регионального развития.

Авторы выражают благодарность за плодотворное сотрудничество и помощь в проведении исследования сотрудникам представительства Программы развития ООН в Казахстане: **Паникловой Екатерине**, заместителю постоянного представителя ПРООН в Казахстане; **Шешембековой Марал**, менеджеру проекта ПРООН в Казахстане; **Югай Ольге Владимировне**, эксперту проекта ПРООН в Казахстане.

Также коллектив авторов выражает признательность за помощь в проведении исследования **Абдыкаликовой Гульшаре Наушаевне**, Министру труда и социальной защиты населения РК; **Ахметову Серику Абжалиевичу**, вице-министру труда и социальной защиты населения РК; **Манбаевой Кайни Алдабергеновне**, директору Департамента

социальной помощи МТСЗН РК; **Абишеву Жандосу Акылсериковичу**, начальнику Управления координации занятости и социальных программ по Карагандинской области; **Крюковой Наталье Алексеевне**, заместителю начальника Управления координации занятости и социальных программ по Карагандинской области; **Мукановой Зульфие Маратовне**, начальнику отдела анализа и мониторинга рынка труда; **Андряковой Валентине Александровне**, главному специалисту отдела анализа и мониторинга рынка труда Карагандинской области; **Газалиевой Шолпан Мауленовне**, заместителю директора по социальным вопросам Департамента по социальному контролю и защите населения по Карагандинской области; **Илюшиной Нине Юрьевне**, начальнику управления медико-социальной экспертизы.

Авторы выражают признательность за помощь в работе **Тунгушбаевой Кенжебале Оразбековне**, начальнику ГУ «Отдела занятости и социальных программ г.Сарани»; **Казак Ларисе Петровне**, главному специалисту по работе с ветеранами и инвалидами ГУ «Отдела занятости и социальных программ г.Сарани»; **Алексеевой Надежде Григорьевне**, начальнику ГУ «Бухар-Жырауского районного отдела занятости и социальных программ»; **Блудчей Оксане Сергеевне**, специалисту по социальной работе ГУ «Бухар-Жырауского районного отдела занятости и социальных программ»; **Кенжебаевой Гульмайре Сесимбаевне**, заместителю главного врача больничного сестринского ухода Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК».

Также авторский коллектив благодарит за сотрудничество **Ивкина Александра Михайловича**, председателя ОО «Центр реабилитации инвалидов «Лайықты өмір»; **Дудченко Любовь Алексеевну**, председателя ОО «Центр социальных услуг»; **Бекмаганбетова Абдрахмана Искаковича**, председателя областного правления ОО «Карагандинское общество слепых»; **Раузера Андрея Евнатовича**, директора УПП ОО «Карагандинское общество слепых»; **Соколову Наталью Ивановну**, инструктора ОО «Карагандинское общество слепых»; **Толекова Талгата Сатимбековича**, директора ЧУК УПП «Карагандинской общество глухих»; **Босс Нину Филипповну**, заместителя директора ЧУК УПП «Карагандинской общество глухих»; **Нечетову Ирину Федоровну**, директора Образовательного комплекса «WIEDERGEBURT», за содействие в организации опросов социальных работников Казахстана.

Особую благодарность авторы выражают **Хакимжановой Гультур Дюсеновне**, президенту Ассоциации социальных работников, инвалидов и ветеранов; **Мураускене Любви**, международному эксперту ПРООН, и **Борисовой Наталье Владимировне**, представителю ТОО «Казцентрэлектропровод».

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Формирование условий для беспрепятственного доступа инвалидов к услугам инфраструктуры, образованию и рынку труда	10
Введение	10
Глава 1. Доступность объектов инфраструктуры и их услуг для людей с ограниченными возможностями	13
§1.1 Методика паспортизации доступности объектов.....	13
§1.2 Обеспечение доступности Карагандинского экономического университета Казпотребсоюза для обучения индивидов с особыми потребностями в образовании.....	34
§1.3 Основные направления адаптации зданий и помещений для обеспечения доступа инвалидов к услугам инфраструктуры в Карагандинской области.....	36
Глава 2. Инклюзивное образование: расчет стоимости комплекса мероприятий по внедрению инклюзивного образования на примере средней школы	47
§2.1 Современные тенденции развития инклюзивного образования в развитых странах мира	47
§2.2 Типовой расчет расходов по обеспечению физической доступности школы для детей-инвалидов с различными видами ограничения жизнедеятельности	70
§2.3 Определение мер и расходов по обеспечению разумного приспособления учебного места	88
§2.4 Экспертная оценка необходимых условий и ресурсов для инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями	92
§2.5 Расчет затрат на реализацию проекта модельной школы инклюзивного обучения (первый год проекта)	115
Глава 3. Развитие системы содействия занятости инвалидов на казахстанском рынке труда	118
§3.1 Паспортизация центра занятости в г. Сарани.....	118
§3.2 Действующая практика системы трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями в Казахстане.....	128
§3.3 Обеспечение инвалидам разумного приспособления рабочего места	138
§3.4 Реализация программ профессиональной ориентации и программ профессионального обучения	152

§3.5 Расширение на рынке труда возможностей для трудоустройства и продвижения по службе, а также оказание помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы.....	160
§3.6 Поощрение приобретения инвалидами опыта работы в условиях открытого рынка труда и защищенной занятости	167
3.6.1 Организация рабочих мест через адаптацию рабочих мест на открытом рынке труда	170
3.6.2 Развитие системы «поддерживаемой занятости»	178
3.6.3 Формирование и развитие социальных предприятий	183
3.6.4 Развитие региональной сети специализированных предприятий посредством формирования Фонда «Содействия занятости и бизнеса инвалидов»	187
§3.7 Организация центра профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов	192

Раздел 2. Развитие специальных социальных услуг на дому для престарелых и инвалидов в Республике Казахстан.....207

Введение.....207

Глава 4. Мировой опыт предоставления специальных социальных услуг на дому.....209

 §4.1 Мировой опыт оценки потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов в специальных социальных услугах на дому.....209

 §4.2. Организационные модели предоставления специальных социальных услуг на дому.....211

 §4.3. Экономические модели предоставления специальных социальных услуг целевым группам.....216

Глава 5. Методика оценки потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов в услугах на дому (включая учетную и отчетную документацию) с учетом законодательства Республики Казахстан.....221

Глава 6. Результаты пилотного обследования по оценке индивидуальных потребностей клиентов и возможностей их семьи на базе отделений социальной помощи на дому одиноким престарелым и инвалидам.....229

§6.1 Оценка потребностей клиентов, проживающих в условиях города (на материалах г.Сарани): типовая модель потребностей и перечень услуг для каждой категории клиентов.....	229
§6.2 Оценка потребностей клиентов, проживающих в условиях села (на материалах Бухар-Жырауского района): типовая модель потребностей и перечень услуг для каждой категории клиентов.....	237
Глава 7. Проект правил оценки социальных потребностей лиц пожилого возраста и инвалидов	243
§7.1. Правила оценки потребностей в специальных социальных услугах (включая правила организации, учетную и отчетную документацию)	243
§7.2. Должностные обязанности социального работника, выполняющего функцию оценки	252
§7.3. Методика оценки качества специальных социальных услуг, включая первичную учетную документацию по оценке качества услуг	253
§7.4. Типовой расчет нормативов трудовой нагрузки по выполнению функций оценки потребностей и оценки качества услуг	258
Глава 8. Разработка моделей предоставления специальных социальных услуг на дому (включая патронатный уход) на основе апробированных на практике схем с учетом возможностей государственных организаций надомного обслуживания, НПО, семей, волонтеров и волонтерских организаций.....	262
§8.1 Модель предоставления специальных социальных услуг на дому престарелым гражданам и инвалидам НПО и волонтерскими организациями.....	262
§8.2 Апробированные модели патронатного ухода и заботы на дому в реальных условиях (для клиентов с максимальной потребностью в специальных социальных услугах)	264
8.2.1. Положение о патронатном уходе за престарелыми и инвалидами в Республике Казахстан, включая правила оплаты услуг	272
8.2.2. Положение об организации приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан, включая правила оплаты услуг.....	286
§8.3 Модель ухода на дому выездной службы Хосписа Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного Полумесяца Республики Казахстан».....	308

Глава 9. Типовой расчет стоимости внедрения предлагаемых моделей предоставления специальных социальных услуг на дому	310
§9.1 Нормы трудозатрат по типовым моделям потребностей пожилых граждан и инвалидов на дому (3 варианта: в условиях благоустроенного и неблагоустроенного жилья в городе, неблагоустроенного жилья в сельской местности)	310
§9.2 Стоимость оказания услуг по трем базовым категориям пожилых клиентов и инвалидов и уровня их потребностей	323
§9.3. Типовой расчет стоимости для моделей оказания специальных социальных услуг на дому	328
9.3.1. Модель обслуживания негосударственной организацией надомного обслуживания (НПО)	328
9.3.2. Модель патронатного ухода на дому за престарелыми, инвалидами, лицами старше 18 лет	334
9.3.3. Модель приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан	335
9.3.4. Модель ухода на дому за онкологическими больными выездной службы Хосписа Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного Полумесяца Республики Казахстан»	339
Заключение	346
Список использованных источников	350
Приложения	

РАЗДЕЛ 1. ФОРМИРОВАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ БЕСПРЕПЯТСТВЕННОГО ДОСТУПА ИНВАЛИДОВ К УСЛУГАМ ИНФРАСТРУКТУРЫ, ОБРАЗОВАНИЮ И РЫНКУ ТРУДА

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями в последние годы становятся все более актуальными для Казахстана.

В декабре 2008 года Республика Казахстан подписала Конвенцию о правах инвалидов и Факультативный протокол. Конвенция – это первое соглашение по правам человека, принятое специально для инвалидов, которое дает универсальное юридическое признание того, что лица с ограниченными возможностями являются не объектами благотворительности, а обладателями прав и агентами изменений для развития. Подписание Конвенции является свидетельством согласия Казахстана с теми основополагающими принципами, на которых строится современная политика государства в отношении инвалидов, о готовности страны к соблюдению международных стандартов, политических, экономических, социальных, юридических и иных жизненно важных прав инвалидов.

Казахстан готовится к ратификации Конвенции, и в этой связи Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан совместно с ПРООН реализовали проект «Совершенствование системы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями в рамках Конвенции ООН о правах инвалидов и развитие системы предоставления специальных социальных услуг». В рамках данного проекта оказано содействие Министерству труда и социальной защиты населения РК в проведении работ и исследований, направленных на создание условий по ратификации и дальнейшей имплементации Казахстаном Конвенции о правах инвалидов.

Одним из важных направлений реализации Конвенции являются меры по обеспечению доступа к объектам и услугам, предоставляемым для всех членов общества, в том числе и для инвалидов. В этой связи были проведены работы по оценке и моделированию данных затрат, включая формирование и расчет стоимости создания условий для беспрепятственного доступа инвалидов к приоритетным зданиям и услугам в Карагандинской области.

Другим направлением реализации Конвенции в Казахстане будет создание условий для инклюзивного образования, стратегической целью которого является повышение доступности образования для всех (Цель развития тысячелетия), улучшение качества образовательных услуг, а в последующем – преодоление бедности и неравенства за счет улучшения образовательного потенциала, повышающего шансы людей с ограниченными возможностями на рынке труда.

При реализации модели инклюзивной школы необходимо создание единой управляемой системы и обеспечение ее материальными и нематериальными ресурсами:

- основными педагогическими кадрами со специальной подготовкой (в начальных классах – базовое образование «дефектология», в старших классах – обязательное прохождение коррекционных курсов);

- командой сопровождения детей с ограниченными возможностями: педагог сопровождения, дефектолог, социальный педагог, психолог, врачи, медицинские работники и др. в зависимости от характера возможностей ребенка;

- методическим обеспечением процесса обучения (нормативы детей в классах, нормативы дополнительных занятий, методика составления программ индивидуального обучения и др.);

- материально-технической базой обучения и доступностью школы для пребывания детей, включая подвоз детей в школу;

- ресурсными центрами для инклюзива на базе специализированных школ;

- активным участием родителей в процессе обучения и развития ребенка;

- формированием толерантного общественного мнения к проекту.

В условиях инклюзивного образования школы должны быть обеспечены специальным оборудованием, вспомогательными техническими и компенсаторными средствами обучения: сурдотехникой (беспроводные и проводные учебные классы, аудиомеры), тифлотехникой (читающие машины, тифлокомплексы); сенсорными и мягкими комнатами для релаксации, логопедическими и лечебными тренажерами.

Предпринятый в рамках данного исследования расчет затрат на создание проекта «Модельная школа инклюзивного обучения» может стать базовым вариантом для определения расходов на формирование таких школ в Республике Казахстан.

Третьим приоритетом исследования является актуальный вопрос профессиональной реабилитации и трудоустройства людей с ограниченными возможностями. Согласно независимым оценкам казахстанских экспертов в группе жителей страны с ограниченными возможностями 79,5% представлено людьми трудоспособного возраста, но не более 3% инвалидов трудоспособного возраста в республике имеют работу.

Необходимо отметить, что до настоящего времени в нашей стране не проводилось фундаментальных комплексных научных исследований по возможностям и затратам на создание и сохранение рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Необходима разработка типовых моделей расчета затрат на рабочее место человека с недугом, а также затрат на реализацию мер по обеспечению занятости инвалидов, включая профориентирование, профреабилитацию и трудоустройство на постоянное рабочее место.

ГЛАВА 1. ДОСТУПНОСТЬ ОБЪЕКТОВ ИНФРАСТРУКТУРЫ И ИХ УСЛУГ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

§1.1 Методика паспортизации доступности объектов

Одним из направлений реализации Конвенции ООН о правах инвалидов являются меры по обеспечению беспрепятственного доступа людей с ограниченными возможностями к объектам и услугам, предоставляемым всем членам общества. Реализация положений Конвенции в области доступности требует проведения работ по оценке затрат создания универсального дизайна, который обеспечивает беспрепятственный доступ инвалидов и других маломобильных групп населения к общественным зданиям и услугам, но не представляет дополнительных затруднений для передвижения других групп населения.

Согласно Плану действий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012 – 2018 годы местные исполнительные органы:

- определяют перечень объектов социальной, транспортной и рекреационной инфраструктуры, нуждающихся в обеспечении доступа для инвалидов и объемы необходимого финансирования на основании паспортизации;

- представляют бюджетные заявки с указанием доли софинансирования из местного бюджета (50% от общего объема финансирования), которые будут рассмотрены на республиканской бюджетной комиссии при Правительстве Республики Казахстан.

По инициативе ПРООН в Казахстане была проведена предварительная работа по разработке методики паспортизации зданий и сооружений к нуждам маломобильных групп населения. Институт регионального развития в рамках договора с ПРООН разработал такую методику и провел пилотные расчеты по адаптации объектов социальной инфраструктуры к нуждам маломобильных групп населения.

Методика паспортизации доступности зданий социальной инфраструктуры включает: общие положения, подготовительный этап, исследовательский этап; аналитический этап (рисунок 1.1).

Основные положения методики паспортизации представлены следующим образом:

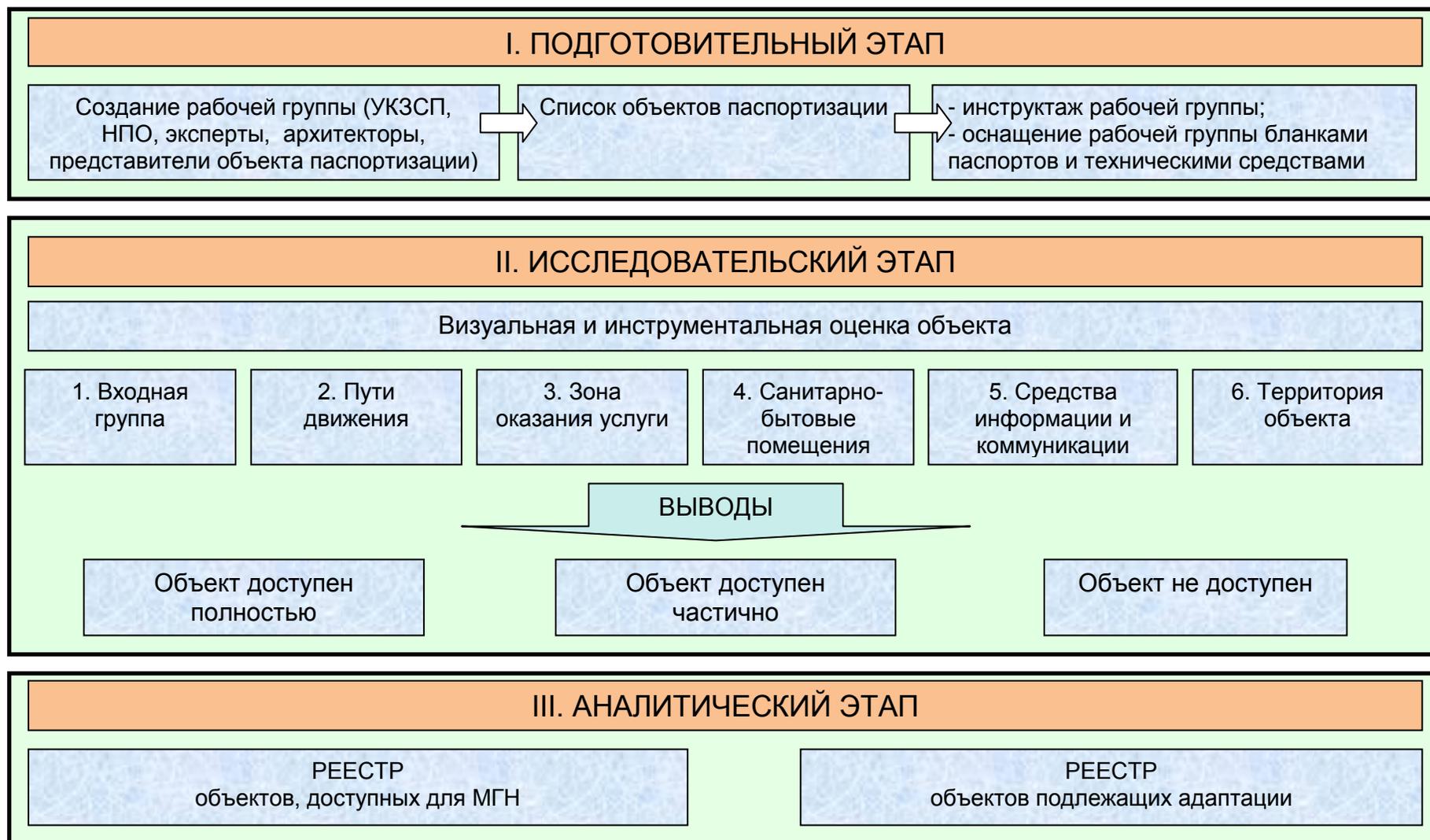


Рисунок 1.1 – Методика паспортизации доступности зданий социальной инфраструктуры

I. Общие положения.

1.1. Целью паспортизации является выявление достоверной и полной информации и оценка уровня доступности для маломобильных групп населения объектов социальной инфраструктуры населенного пункта.

1.2. Материалы паспортизации будут являться основанием для планирования местными исполнительными органами мероприятий по созданию для маломобильных групп населения условий доступности объектов социальной инфраструктуры.

1.3. При проведении паспортизации необходимо руководствоваться: Законом Республики Казахстан от 13.04.2005 № 39 – III «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»; Конвенцией ООН о правах инвалидов; Межгосударственными строительными нормами МСН 3.02 – 05 – 2003 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения»; СП РК 3.06-15-2005 «Проектирование зданий и сооружений с учетом доступности для маломобильных групп населения».

1.4. В Методических рекомендациях используются основные термины и понятия:

– Маломобильные группы населения (далее – МГН) – инвалиды всех категорий, к которым относятся лица, имеющие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающим необходимость их социальной защиты; лица пожилого возраста; граждане с малолетними детьми, в том числе использующие детские коляски; другие лица с ограниченными способностями или возможностями самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, вынужденные в силу устойчивого или временного физического недостатка использовать для своего передвижения необходимые средства, приспособления и собак-проводников.

– Социальная инфраструктура – система объектов жилых, общественных и производственных зданий, строений и сооружений, спортивных сооружений, мест отдыха, культурно-зрелищных и других учреждений.

– Паспортизация – проведение обследования объектов социальной инфраструктуры на предмет их доступности для МГН, заполнение паспортов доступности объектов социальной инфраструктуры (далее – паспорт доступности объекта), а также заполнение сводной информационной ведомости доступности объектов для МГН.

– Обследование объекта – проведение осмотра и замера архитектурно-планировочных, функционально-конструктивных и

технологических элементов объекта с целью фиксации в паспорте доступности объекта наличия этих элементов, их качественных и количественных параметров.

- Заполнение паспорта доступности объекта – регистрация в паспорте доступности объекта полученных в ходе обследования сведений об объекте с установлением степени его доступности для МГН.

- Сводная информационная ведомость доступности объектов для МГН (далее – сводная ведомость) – итоговая форма информации о доступности объектов для МГН, сгруппированных по видам деятельности объектов, состоящая из двух разделов: реестр объектов социальной инфраструктуры, доступных для МГН, и реестр объектов, подлежащих адаптации.

- Адаптация (адаптационные мероприятия) – приспособление объекта или создание условий доступности, безопасности, комфортности и информативности для МГН в соответствии с нормативными требованиями и правилами.

1.5 Формирование архитектурной среды для нужд инвалидов и других маломобильных групп населения должно осуществляться, исходя из 4-х критериев: доступность, безопасность, информативность, комфортность.

Критерий доступности содержит требования:

- беспрепятственного движения по коммуникационным путям, помещениям и функциональным зонам;

- беспрепятственного достижения места проживания, трудоустройства или обслуживания;

- возможности воспользоваться местами отдыха, ожидания и сопутствующего обслуживания.

Критерий безопасности обеспечивает создание условий проживания, посещения места обслуживания или труда без риска быть травмированным, а также нанести вред другим людям, общественному и личному имуществу.

Критерий информативности должен обеспечивать возможность своевременного получения информации и соответствующего реагирования на нее.

Критерий комфортности содержит создание условий для минимальных затрат и усилий МГН на удовлетворение своих потребностей.

1.6 Процесс паспортизации доступности объектов социальной инфраструктуры МГН состоит из следующих основных этапов:

- подготовительный этап;

- исследовательский этап;

- аналитический этап.

II. Подготовительный этап.

2.1. Для проведения паспортизации необходимо:

2.1.1. Назначить лиц, ответственных за организационные, координационные и технические мероприятия в ходе осуществления паспортизации;

2.1.2. Сформировать рабочие группы при городских и поселковых акиматах, исходя из направлений деятельности объектов социальной инфраструктуры. Рабочая группа может формироваться из сотрудников объекта, прошедших инструктаж по вопросам адаптации для МГН общественных зданий и сооружений, представителей отделов занятости и социальных программ, специалистов управления государственного архитектурно-строительного контроля и управления архитектуры и градостроительства (архитекторы, проектировщики, сметчики), волонтеров, членов общественных организаций инвалидов, слепых и глухих (в отдельных случаях, по согласованию с ними).

2.1.3. Составить список объектов социальной инфраструктуры (всех форм собственности) населенного пункта (далее – список объектов).

2.2. Список объектов формируется, исходя из видов деятельности объектов: образование, здравоохранение, социальное обеспечение, бытовое обслуживание, торговля, культура и досуг, спорт и иные социально значимые виды деятельности.

2.3. Список объектов согласуется с общественными организациями инвалидов (при их наличии) и утверждается Акимом населенного пункта.

2.4. В список объектов вносятся изменения в связи с появлением новых объектов социальной инфраструктуры, проведением паспортизации объектов, проведением мероприятий по адаптации объектов и в связи с другими объективными причинами.

III. Исследовательский этап.

3.1. Исследовательский этап проведения паспортизации заключается в проведении обследования объекта на предмет доступности для МГН; регистрации в паспорте доступности объекта результатов обследования; определении на основании результатов обследования уровня доступности объекта и необходимых мероприятий по адаптации объекта.

3.2. Обследование объекта подразделяется на:

- визуальное, определяющие внешние параметры объекта – наличие или отсутствие конкретных элементов или деталей здания или помещений, количество этажей, наличие информации и т.п.;

- инструментальное, фиксирующие цифровые параметры обследуемых элементов или деталей, например, ширину проемов или коридоров, уклон пандуса, высота ограждения и т. п.

3.3. Результаты обследования объекта фиксируются в паспорте доступности объекта.

3.4. Рекомендуемая форма паспорта доступности объекта:

- титульного листа;
- раздела 1 «Входная группа»;
- раздела 2 «Пути движения»;
- раздела 3 «Зона оказания услуги»;
- раздела 4 «Санитарно-бытовые помещения»;
- раздела 5 «Средства информации и телекоммуникации»;
- раздела 6 «Территория объекта»;
- раздела 7 «Выводы».

В таблицах 1.1-1.8 (на страницах 18-121) приводятся примеры заполнения разделов по объекту «Центр занятости в г. Сарани».

3.5. В разделах 1-6 в графе 4 (фактическая величина, наличие) паспорта доступности объекта записываются все обмеры, произведенные при обследовании объекта, в единицах измерения, которые указаны в графе 4 паспорта доступности объекта (м, см, %, ед., показатель отношения высоты (H) к длине (L) проекции H/L).

Если в графе 4 разделов 1-6 вписано слово «наличие», в графе 5 соответствующей строки следует вписать слово «есть» в том случае, если этот элемент присутствует на обследуемом объекте. Если данный элемент отсутствует, вписывается слово «отсутствует».

3.6. Разделы 1, 2, 3, 5 паспорта доступности объекта являются обязательными к заполнению для всех объектов независимо от видов их деятельности (обслуживания).

3.7. Раздел 3 паспорта доступности объекта формируется в зависимости от зон оказания услуги: обслуживание через окно/прилавок; в кабинете; с перемещением по маршруту; кабина индивидуального обслуживания; зал.

3.8. Раздел 4 паспорта доступности объекта заполняется при наличии для посетителей санитарно-бытового помещения на объекте. В случае отсутствия санитарно-бытового помещения, по строке «Санузел», в графе 5 «Фактическая величина, наличие» указывается «отсутствует».

3.9. Раздел 6 паспорта доступности объекта заполняется при наличии отведенной и оформленной в установленном порядке территории.

3.10. После завершения заполнения разделов 1- 6 паспорта доступности объекта проводится дополнительный анализ графы 5 с целью определения примерного перечня мероприятий по обеспечению доступности данного объекта для МГН, отражаемого в графе 6.

При необходимости в графе 6 отражается нуждаемость в технических средствах (подъемная платформа для инвалидов, пассажирский лифт, информационное табло, пандус и др.).

3.11. В разделе 7 отражаются выводы, полученные в результате обследования объекта и анализа фактических величин (графа 5) по всем разделам паспорта доступности объекта.

3.12. В разделе 7 (Таблица 1.7) паспорта доступности объекта делается заключение о доступности отдельных функциональных зон объекта для каждой из указанных категорий МГН.

Доступность функциональной зоны определяется на основании анализа разделов 1- 6 паспорта доступности объекта (в нашем примере таблицы 1.1-1.6). В каждом разделе (например, раздел «1.Входная группа») рассматриваются элементы объекта, необходимые для данной категории МГН (например, колясочников (К)). Для этих элементов сравниваются показатель фактической величины (графа 5) с показателем норматива (графа 4).

При соответствии в анализируемых разделах 1-6 фактических показателей (графа 5) всех элементов показателю норматива (графа 4) и отсутствии рекомендаций в графе 6 (например, ремонт), в таблице 1.6 для данной категории МГН ставится символ: «Д» – если функциональная зона объекта доступна для данной категории МГН; «Ч» – функциональная зона объекта частично доступна для данной категории МГН (присутствует ряд элементов, направленных на повышение доступности); «Н» – если функциональная зона объекта не доступна для данной категории МГН.

Анализ проводится отдельно для каждой категории МГН по всем разделам 1-6 (входная группа, пути движения, зона оказания услуги и т.д.).

В таблице 1.6, по строкам 4 и 6 при отсутствии на объекте санитарно-гигиенических помещений и территории следует отметить «отсутствуют».

3.13. В таблице 1.8 раздела 7 паспорта доступности объекта делается заключение о доступности объекта для каждой из указанных категории МГН. Доступность объекта определяется по результатам анализа таблицы 1.7.

Объект считается полностью доступным для данной категории МГН, если доступны все его функциональные зоны (пп.1-6 таблицы) и имеются специальные средства информации и телекоммуникации (во всех заполненных строках таблицы 1.7 раздела 7 стоит символ «Д» для данной категории МГН).

В этом случае в первой строке таблицы 1.8 раздела 7 для данной категории МГН ставится символ «Х».

Объект считается частично доступным для данной категории МГН при наличии приспособленной входной группы и пути движения к локальной зоне обслуживания (пп.1-3 таблицы 1.7). В этом случае для данной категории МГН ставится символ «Х» во второй строке таблицы 1.8.

Объект считается недоступным для данной категории МГН при недоступности входной группы, пути движения и зоны обслуживания для данной категории МГН, при этом ставится символ «Х» в третьей строке таблицы 1.8.

3.14. Паспорт доступности объекта заполняется в двух экземплярах. После проверки на правильность заполнения граф 5 и 6, а также выводов, сделанных в разделе 7, паспорт доступности объекта подписывается членами рабочей группы, проводившей обследование, и руководителем объекта, заверяется печатью. Первый экземпляр паспорта доступности объекта остается на объекте, второй передается в Акимат населенного пункта.

3.15. Ко второму экземпляру заполненного паспорта доступности объекта прилагаются копии планов БТИ с номерами обследованных помещений, указанными в паспорте доступности объекта (дополнительно при необходимости могут прилагаться графические (например, фотографии) и текстовые материалы для объективного отражения состояния объекта и возможности его приспособления).

3.16. При проведении адаптационных мероприятий на объекте их результаты вносятся в соответствующие разделы паспорта доступности объекта.

IV. Аналитический этап.

4.1. На основании анализа утвержденных паспортов доступности объектов составляется сводная ведомость.

4.2. Сводная ведомость состоит из раздела 1 «Реестр объектов социальной инфраструктуры, доступных для МГН» и раздела 2 «Реестр объектов, подлежащих адаптации».

По результатам проведенной паспортизации выполняется архитектурный план реконструкции и проводится расчет стоимости затрат по адаптации исследуемых объектов к нуждам МГН (рисунок 1.2).

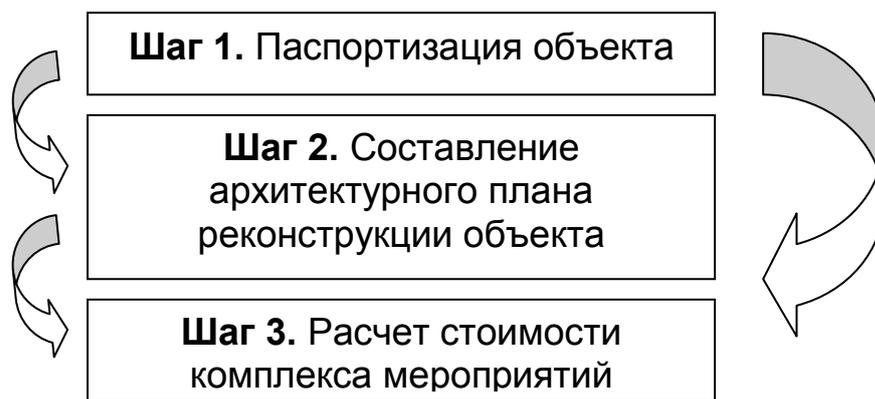


Рисунок 1.2 – Этапы расчета стоимости комплекса мероприятий по адаптации объектов социальной инфраструктуры

Шаг 1. Паспортизация объекта осуществляется в соответствии с предложенной методикой.

Шаг 2. Составление архитектурного плана реконструкции объекта. Данный шаг предпринимают в случае, если результаты паспортизации объекта показывают необходимость проведения реконструкции здания. Если для адаптации здания к нуждам МГН архитектурной реконструкции здания не требуется, то, после паспортизации переходят к шагу 3.

Шаг 3. Расчет стоимости комплекса мероприятий. Стоимость комплекса мероприятий осуществляется на основе расчета сметной стоимости, которая представляет собой сумму денежных средств, необходимых для осуществления строительства (реконструкции) в соответствии с проектными материалами. Сметная стоимость является основой для определения стоимости комплекса мероприятий, направленных на адаптацию объектов к нуждам МГН.

В процессе паспортизации в Карагандинской области была осуществлена оценка доступности 16 инфраструктурных объектов:

1. ГЦВП (г. Караганда, ул. Жамбыла, 2);
2. ЦОН (г. Караганда, ул. Муканова, 5);
3. Поликлиника (г. Караганда, Голубые пруды, строение № 4.);
4. Больница (г. Караганда, ул. Муканова, 5);
5. Спорткомплекс им. Н.Абдирова (г. Караганда, пр. Бухар-Жырау, 53);
6. Областной краеведческий музей (г. Караганда, ул. Ерубаяева, 38);
7. Железнодорожный вокзал (г. Караганда, Привокзальная площадь, 1);
8. Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании (г. Караганда, ул. Ермакова, д. 60, кв. 86);

9. Собственный дом (г. Караганда, ул. Рейдовая, 35);
10. Супермаркет «Береке» (г. Караганда, пр. Строителей, 6/4);
11. Магазин (г. Караганда, ул. Алиханова, 35);
12. Кинотеатр «Kinoplex» (г. Караганда, пр. Бухар-Жырау, 68);
13. Средняя школа № 15 (г. Караганда, ул. Сатыбалдина, 19);
14. Центр занятости населения (г. Сарань, ул. Победы, 12);
15. ТОО Казцентрэлектропровод (г. Сарань, ул. Победы, 12);
16. Call-центр Ассоциации рестораторов (г. Караганда, ул. Жамбыла, 42).

В целом, на основе анализа каждого из объектов были определены мероприятия по их адаптации при несоответствии нормативу – установка, создание, ремонт, замена или реконструкция исходя, из критериев доступности, безопасности, информативности и комфортность.

После определения необходимого объема работ по реконструкции объектов был составлен архитектурный план реконструкции здания и представлен расчет стоимости комплекса мероприятий по адаптации объектов инфраструктуры для обеспечения беспрепятственного доступа к зданиям и услугам (в зависимости от видов ограничения жизнедеятельности инвалидов и от наличия информационных и физических барьеров) с привлечением специалистов для выполнения технических и экономических расчетов (архитектор, инженер-конструктор и инженер-сметчик).

Ниже приведены материалы паспортизации и последующих этапов адаптации по Центру занятости г. Сарани.

Основные положения паспорта доступности приведены в таблицах 1.1-1.8.

Таблицы 1.1 - ВХОДНАЯ ГРУППА (для доступа в зону оказания услуг)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив*	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5
Крыльцо или входная площадка				
Габариты площадки: ширина X глубина	К	150*150	207*132	
Поручни (ограждение) при высоте площадки более 45 см.	К, О, З	наличие	+	
Нескользкое покрытие	К, О, З	наличие	отсутствует	установить
Навес	К, О	наличие	отсутствует	установить
Лестница наружная				
Нескользкое покрытие	О, З, С	наличие	отсутствует	установить
Рельефная (тактильная) полоса перед маршем вверху и внизу (ширина)	З	60 см	отсутствует	создать
Контрастная окраска первой и последней ступени	З	наличие	отсутствует	создать

Примечание: «+» – здесь и в прочих таблицах – наличие необходимого элемента

Окончание таблицы 1.1

1	2	3	4	5
Поручни с двух сторон: - на высоте; - горизонтальные завершения поручня вверху и внизу с нетравмирующим окончанием (закруглением)	О, З О, З	наличие 70-95 см не менее 30 см	+ 83 см. отсутствует	реконструкция
Наружный подъемник вертикальный	К, О	наличие	отсутствует	установить
Тамбур				
Габариты тамбура: глубина X ширина	К	190*135	90*288 см.	
Двери - ширина проема в свету - высота порога: - наружного - внутреннего	К К К	не менее 90 см. не более 2,5 см не более 2,5 см	78 см. 14 см. 5 см.	реконструкция реконструкция реконструкция
К – инвалиды колясочники; О – инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата; З – инвалиды с поражением зрения; С – инвалиды с поражением слуха				

Таблица 1.2 - ПУТИ ДВИЖЕНИЯ на объекте (для доступа в зону оказания услуги)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5
Коридоры/холлы				
Ширина полосы движения при открытых дверях кабинетов	К	не менее 120 см.	330 см.	
Разворотные площадки	К	не менее 150 X 150 см.	800*330 см.	
Место отдыха и ожидания - для лиц с нарушением ОДА (О), расстояние от сидения до полосы движения - для колясочников, размеры глубина X ширина	К, О, З, С О	не реже, чем через 25 м не менее 1 на этаж не менее 60 см. 150 X 90	300 см. 800*330	
Навесное оборудование в зоне движения, выступ	З	Не более 7,0 см.	отсутствует	

Таблица 1.3 - ЗОНА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (в зависимости от вида деятельности)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Обслуживание в кабинете				
Ширина проема двери в свету	К, О	не менее 90 см.	77 см.	реконструкция
Габариты зоны сидения, глубина	О	не менее 120 см.	440 см.	
Зона для кресла- коляски	К	не менее 150 X 150 см.	220*200 см.	
Стол с высотой рабочей поверхностью	К, О	60-90 см.	74 см.	
Обслуживание с перемещением				
Ширина полосы движения	К, О	90 см	120 см.	
Зал ожидания				
Доля мест для колясочников	К	не менее 2%	+	
Ширина прохода к месту для колясочников	К	не менее 120 см.	+	
Доля мест для лиц, с нарушением слуха (кресла с подключением слухового аппарата)	С	не менее 3 шт.	отсутствует	

Таблица 1.4 - САНИТАРНО-БЫТОВЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в ед. изм-я	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации
Санузел				
Знак доступности помещения	К, О	наличие	отсутствует	установить
Ширина дверного проема	К	не менее 90 см.	70 см.	реконструкция
Тактильная направляющая полоса к кабине, (ширина)	З	30 см.	отсутствует	создать
Раковина: - зона у раковины для кресла-коляски (минимальная глубина X ширина); - высота раковины; - опорный поручень	К К О	не менее 120 X 80 см. 75 см. наличие	188*338 см. 85 см. отсутствует	 установить
Кабины: - количество кабин; - ширина дверного проема; - габариты (минимальная глубина X ширина); - опорные поручни; - зона для кресла-коляски рядом с унитазом (ширина X глубина); - крючки для костылей: • на высоте; • выступ	К, О К К К, О К О О О	не менее 1 ед. не менее 90 см. не менее 180 X 165 Наличие не менее 80 X 120 см. наличие 120 см. 12 см.	Отсутствуют 65 см.	Рекомендуется оборудовать кабину в соответствии с требованиями
Знак доступности кабины	К, О		отсутствует	установить
Тактильная направляющая полоса к кабине, осязаемая ногой или тростью (ширина)	З	30 см.	отсутствует	создать

Таблица 1.5 - СРЕДСТВА ИНФОРМАЦИИ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИИ НА ОБЪЕКТЕ

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5
Визуальные средства информации предоставлении услуги	3	наличие	есть	
Надписи: - размещение на высоте; - высота прописных букв; - освещенность.	3, С К, 3, С 3 3	наличие не более 120-160 см. не менее 7,5 см. наличие	166 см. 4 см. +	
Указатели, пиктограммы: - размещение на высоте; - высота прописных букв; - освещенность.	3 К, 3 3 3	наличие не более 200 см. не менее 7,5 см. наличие	отсутствуют	установить
Тактильные средства информации предоставлении услуги: - высота размещения; - маркировка кабинетов приема со стороны ручки - на кабинетах санитарно-бытовых помещений.	3 3 3 3	наличие 60-110 см. наличие наличие	отсутствуют	установить
Терминал текстового информационного сопровождения	С,3,К,О	не менее 1 шт.	отсутствуют	установить

Таблица 1.6 - ТЕРРИТОРИЯ ОБЪЕКТА

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленный для инвалидов, в ед. изм.	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Отведенная территория объекта				
Вход на территорию: - ширина прохода, калитки, проема в ограждении	К К, О, З	наличие не менее 90 см.	90 см.	
Знак доступности				
Автостоянка: - расстояние до входа в здание; - доля машиномест для инвалидов; - размер места со специальным знаком.	К, О К, О К	не более 50 м. не менее 10% не менее 350 X 500 см	10 м. отсутствует	 создать
Путь к главному входу в здание: - ширина полосы движения; - указатели направления движения; - декоративное ограждение, выполняющее направляющую функцию; - место отдыха.	К, О К, О, С З О	не менее 180 см. наличие наличие через 200 м.	300 см. отсутствуют отсутствует +	 создать создать

Таблица 1.7 - Доступность элементов объекта для МГН («Д» - доступно, «Ч» - частично доступно, «Н» - не доступно)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Входная группа	Н	Н	Н	Д
2	Пути движения	Ч	Ч	Н	Д
3	Зона обслуживания	Д	Д	Д	Д
4	Санитарно-бытовые помещения	Н	Н	Н	Д
5	Средства информации и телекоммуникации	Ч	Ч	Н	Ч
6	Территория объекта	Ч	Д	Н	Д

Таблица 1.8 - Заключение о доступности объекта для инвалидов (нужное отметить знаком «Х»)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Объект полностью доступен				
2	Объект частично доступен				Х
3	Объект недоступен	Х	Х	Х	

Поскольку здание представляет объект старой застройки 1950-х годов и нуждается в значительных изменениях, был разработан архитектурный план реконструкции Центра занятости г.Сарани (рисунок 1.3).

Сводный сметный расчет стоимости реконструкции центра занятости представлен в таблице 1.9.

Таблица 1.9 – Сводный сметный расчет стоимости реконструкции центра занятости

№ смет и расчетов	Наименование глав, объектов, работ и затрат	Сметная стоимость, тыс. тенге			Всего, тыс. тенге
		строительно-монтажных работ	оборудования, мебели и инвентаря	прочих затрат	
Сметный расчет	Сметная стоимость в текущих ценах 2011г.	4 111,02		139,42	4 250,44
РДС РК 1.03-02-2010 ПРИЛ. №13	Услуги инженера (технадзор заказчика) в текущих ценах 2011г.			13,99	13,99
СМЕТА ПИР	Проектно-изыскательские работы 2011 год			174,27	174,27
СНИП РК 1.03-03-2001	Затраты на осуществление авторского надзора, 0,2% в текущих ценах 2011г.			8,50	8,50
	Итого в текущих ценах 2011г.	4 111,02	0,00	336,18	4 447,20
	Итого	4 111,02	0,00	336,18	4 447,20
	Налог на добавленную стоимость -12%			512,75	512,75
	Итого по сводному сметному расчету (2011г.)	4 111,02	0,00	848,93	4 959,95

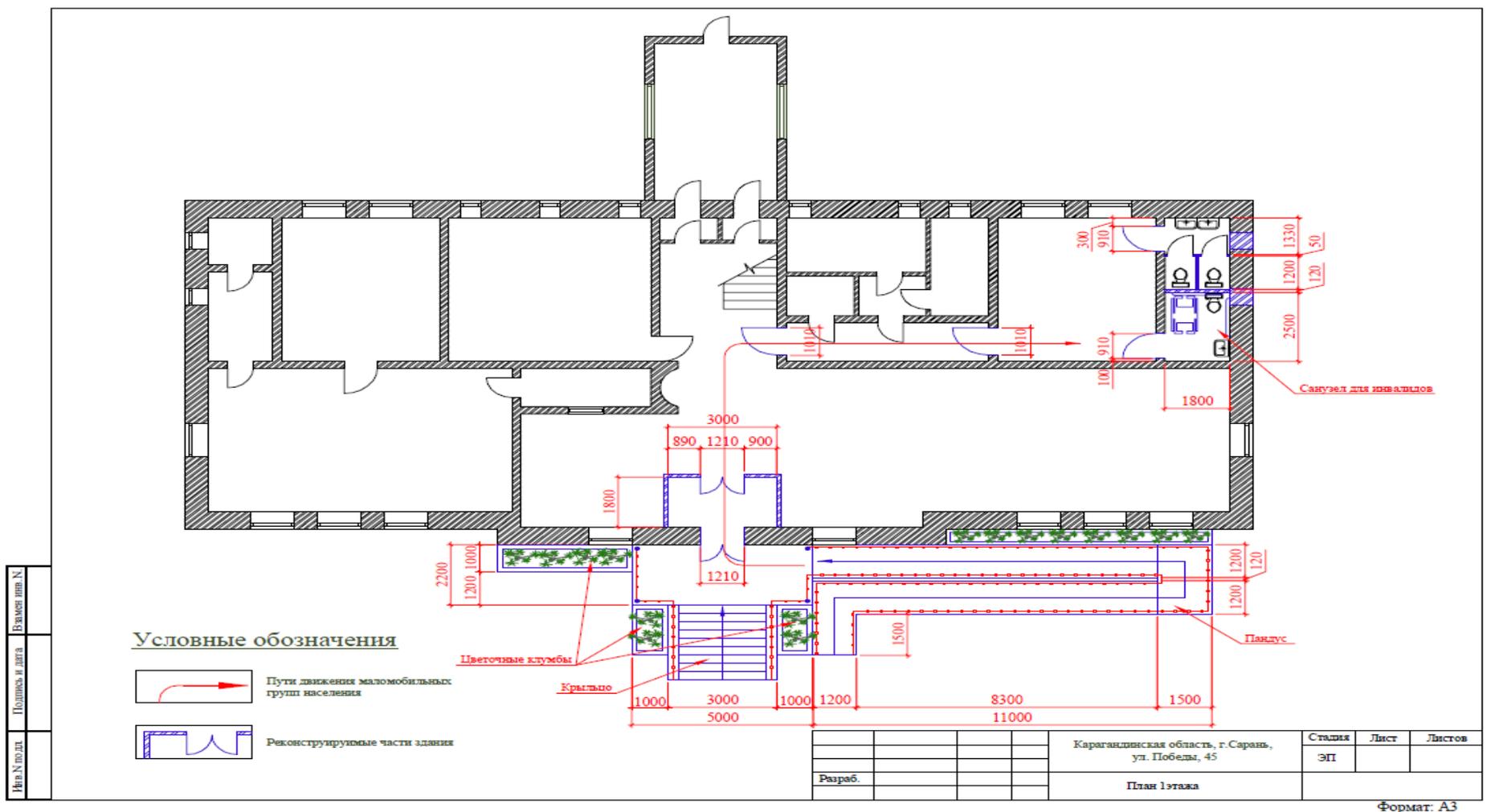


Рисунок 1.3 - Архитектурный план реконструкции Центра занятости г. Сарани

Для адаптации Центра занятости к нуждам МГН предполагается следующий комплекс мероприятий принятый на основе паспортизации:

- реконструкция лестницы, установка пандуса;
- реконструкция главного входа;
- реконструкция тамбура;
- реконструкция коридора;
- реконструкция туалета;
- установка тактильных табличек, поручней и прочее.

Стоимость комплекса мероприятий для адаптации Центра занятости к нуждам МГН представлена в таблице 1.10.

Таблица 1.10 – Расчет стоимости комплекса мероприятий для адаптации Центра занятости к нуждам МГН по ценам 2011г.

Наименование мероприятий	Затраты, тыс. тг.
Реконструкция лестницы, установка пандуса	1645,9
Реконструкция главного входа	62,1
Реконструкция тамбура	949,9
Реконструкция коридора	299,5
Реконструкция туалета	727,9
Установка тактильных табличек, поручней и прочее	739,4
ИТОГО стоимость работ без учета налогов и услуг сторонних организаций	4424,7
Услуги инженеров, затраты на осуществление авторского надзора	22,49
НДС	512,75
ИТОГО	4959,95

В процессе выполнения проекта были исследованы 17 объектов. Результаты паспортизации будут отдельно представлены в параграфах 1.2 и 1.3.

Для оценки доступности 17 зданий социальной инфраструктуры применялась методика паспортизации, которая включает: подготовительный этап, исследовательский этап; аналитический этап. В результате проведенной паспортизации выполняется архитектурный план реконструкции здания и проводится расчет стоимости затрат по адаптации исследуемого объекта к нуждам маломобильных групп населения. Если нет необходимости выполнения архитектурного плана, то рассчитывается сумма затрат на мероприятия связанные с адаптацией зданий и сооружений (приобретение мобильных подъемников, установка тактильных плиток и др.).

§1.2 Обеспечение доступности Карагандинского экономического университета Казпотребсоюза для обучения индивидов с особыми потребностями в образовании

В рамках проведения исследования одним из объектов исследования стал Карагандинский экономический университет Казпотребсоюза: была проведена паспортизация здания на предмет его доступности для инвалидов. В дальнейшем, согласно, методике, был составлен паспорт здания. По результатам обследования были получены следующие результаты:

1. Входная группа. В здании университета для постоянного доступа открыты два входа. Согласно методическим рекомендациям, если в здании есть несколько входов, то один из них должен быть адаптирован для нужд инвалидов. В силу того, что инвалиды с ограниченными возможностями к передвижению являются ключевым направлением реконструкции здания в отношении путей передвижения, наиболее удобным входом должен стать вход с северо-западной стороны здания (со стороны колледжа экономики, бизнеса и права). Данный выбор обусловлен тем, что для перевозки людей с ограниченными возможностями к передвижению, используется специализированный транспорт. Предлагаемый вход в здание расположен в непосредственной близости к автомобильной стоянке, полоса движения от автостоянки до дверей имеет достаточную ширину и не имеет препятствий в виде бордюров, дополнительных ступеней и т.д.

Размеры входной группы соответствуют требованиям казахстанских и международных стандартов. Реконструкции входной группы (дверей и тамбура) не требуется. Но необходимо решить вопрос с системой контроля доступа в здание (турникет).

2. Пути движения. В целом по зданию основные пути движения отвечают требованиям для обеспечения их доступности для инвалидов. Для перемещения между этажами предполагается использование лифта. По заверениям администрации, для этого необходимо заключить договор с лифтовым хозяйством. Если руководство организации решает ограничить общий доступ в лифт, его необходимо оборудовать специализированной системой доступа (например, электронными картами), которые будут выдаваться инвалиду при входе в здание.

Основным препятствием на пути движения в здании университета является доступ в административную часть на

первом этаже, где расположена лестница. Выходом из сложившейся ситуации станет постройка пандуса. Также необходима постройка пандусов на лестницах в столовую и библиотеку. Дверные проемы отвечают требованиям СНиПов.

3 Зона оказания услуг. Для доступа в библиотеку необходимо расширение дверного проема до 90 см. с существующих 80 см. Также в библиотеке необходимо обеспечение рабочего места для инвалидов-колясочников, а также крючков для костылей. В лекционных аудиториях необходимо поднять парты до 80 см. с существующих 70 см.

4. Санитарно-бытовые помещения. Туалетные комнаты на первом этаже требуют реконструкции. Дверь необходимо расширить до 90 см (сейчас ширина двери составляет 78 см.). По требованиям СНиПов в здание требуется наличие хотя бы одной туалетной кабинки для инвалидов. Для этого необходимо расширить существующие кабинки до размеров 180*165 см. Сейчас размеры кабинок составляет 105*125см. Выходом из ситуации может стать объединение двух кабинок в одну. В туалетной кабине необходима установка крючков для костылей.

5. Средства информации и коммуникации. После окончательной реконструкции необходимо повсеместное использование знаков доступности здания и кабинетов. Также необходимо использование тактильных табличек. Существующие информационные стенды не отвечают требованиям по высоте букв (необходимо увеличить их размеры).

6. Территория объекта. В целом территория университета отвечает требованиям СНиПов. Единственными необходимыми реконструкционными мероприятиями является обеспечение машиноместа для автомобилей инвалидов, установка знака доступности и выкладка полос движения инвалидов специальной тактильной плиткой.

В отношении адаптации учебного процесса, приведем пример расчета стоимости (таблица 1.11).

Таблица 1.11 – Адаптация учебного места студента с ограничениями по зрению в КЭУ Казпотребсоюза, (цены 2011г.)

Наименование статьи затрат	Цена, тыс.тенге
Брайлевский тифлокомплекс для места учащегося в библиотеке (7 устройств)	2 945, 266
Обеспечение доступности зданий учебного заведения (тактильная плитка, поручни, тактильные ручки, таблички)	1409,2
Педагог-психолог или педагог сопровождения	720
Итого	2129,2

На рисунках 1.4 – 1.5 представлены минимальные необходимые конструкторские работы для обеспечения доступности здания университета для людей с ограниченными возможностями.

§1.3 Основные направления адаптации зданий и помещений для обеспечения доступа инвалидов к услугам инфраструктуры в Карагандинской области

Современное развитие общества требует новых подходов к обеспечению качества и доступности социальных услуг для всех категорий граждан Республики Казахстан. Не являются исключением и люди с ограниченными возможностями. Казахстан подписал Конвенцию о правах инвалидов, что стало толчком для развития всех приоритетных направлений обеспечения полноценного включения инвалидов в социум.

Одним из важных направлений работы в данной области должна стать адаптация зданий общественных учреждения, оказывающих социальные услуги населению, к нуждам людей с ограниченными возможностями. В рамках реализации программы ПРООН были выполнены работы по расчету стоимости реконструкции зданий для обеспечения доступности их услуг для инвалидов. Из значительного числа объектов были выбраны следующие:

1. Карагандинский экономической университет Казпотребсоюза (г.Караганда, ул.Академическая, 9);
2. Государственный центр по выплате пенсий (ГЦВП) (г.Караганда, ул. Жамбыла, 2);
3. Центр по обслуживанию населения (ЦОН) (г. Караганда, ул.Чкалова);
4. Поликлиника (г. Караганда, мкр.Голубые пруды, строение № 4.);
5. Больница (г. Караганда, ул.Муканова, 5);
6. Спортивный комплекс им. Н.Абдирова (г. Караганда, пр. Бухар-Жырау,53);
7. Областной историко-краеведческий музей (г. Караганда, ул. Ерубаетова, 38)
8. Железнодорожный вокзал (г. Караганда, ул. Привокзальная площадь, 1);
9. Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании (г.Караганда, ул.Ермекова, д.60, кв.86);
10. Собственный дом (г.Караганда, ул.Рейдовая, 35);
11. Супермаркет «Береке» (г. Караганда, пр. Строителей, 6/4);

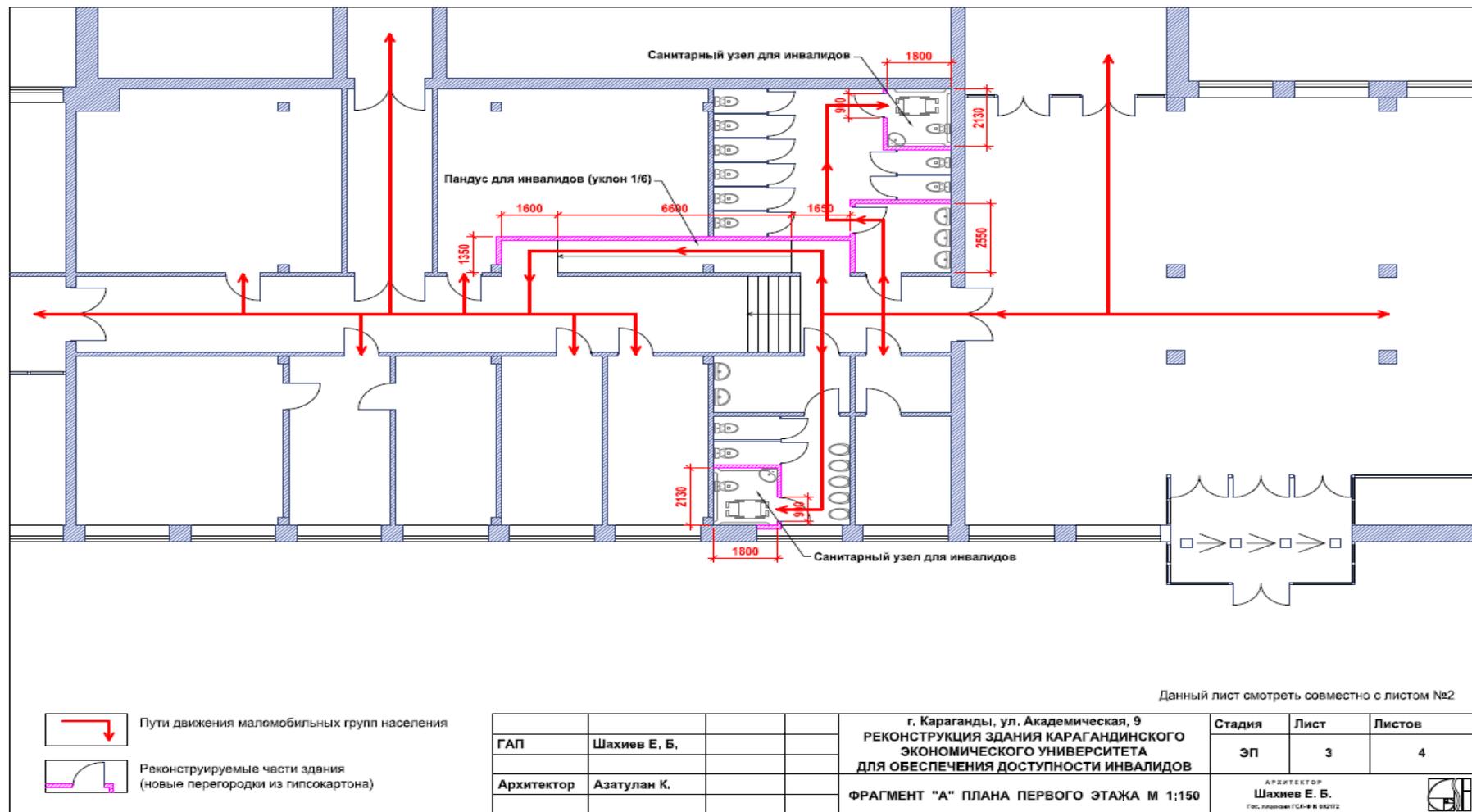


Рисунок 1.4 – Реконструкция первого этажа (административная часть здания и туалетные комнаты)

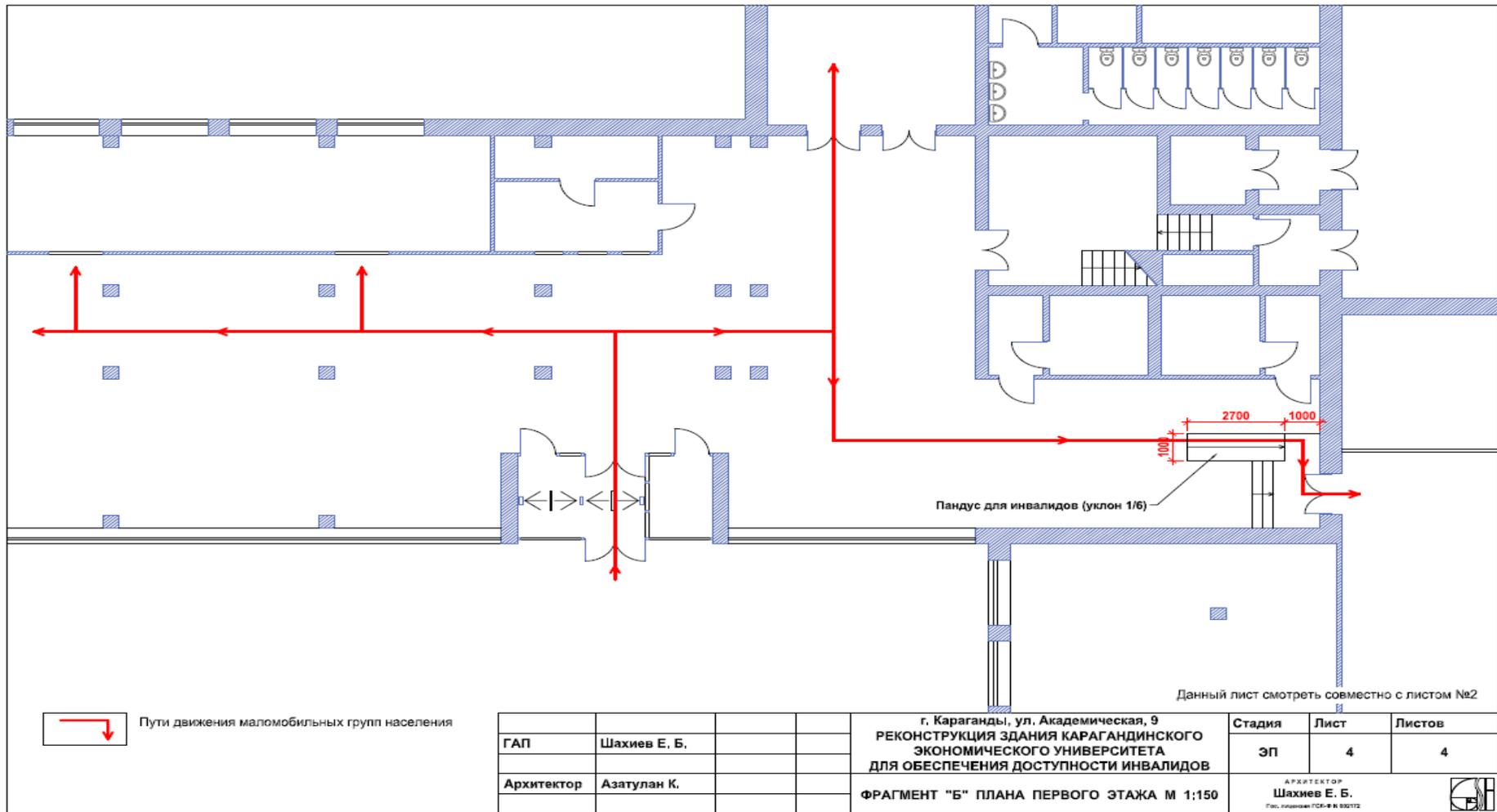


Рисунок 1.5 – Реконструкция первого этажа здания (доступ в библиотеку)

12. Магазин (г. Караганда, ул. Алиханова, 35);
13. Кинотеатр «Kinoplex» (г. Караганда, пр.Бухар-Жырау);
14. Средняя школа № 15 (г.Караганда, ул. Сатыбалдина, 19);
15. Центр занятости населения (г.Сарань, ул. Победы,12);
16. ТОО «Казцентрэлектропровод» (г.Сарань, ул. Победы,12);
17. Call-center Ассоциации рестораторов (г. Караганда, ул.Жамбыла, 42)

Средняя стоимость мероприятий, необходимых для адаптации зданий к нуждам МГН по всем паспортизированным объектам Карагандинской области представлена в таблице 1.12.

Таблица 1.12 – Средняя стоимость комплекса мероприятий для адаптации зданий и помещений к нуждам МГН, тыс.тенге

Наименование объекта	Стоимость работ по адаптации зданий к нуждам МГН по зонам объектов, тыс.тенге					ВСЕГО стоимость работ с учетом услуг инженеров и НДС, тыс. тенге
	Входная зона	Зона движения (в т.ч. подъемник)	Зона оказания услуги	Санитарная зона	Средства информации и телекоммуникации, в том числе тактильные плитки и таблички	
1	2	3	4	5	6	7
ГЦВП	625,6	3154	–	744,1	2216	7556,06
ЦОН	239,8	–	–	212,7	1310,5	1976,27
Поликлиника	211,6	–	–	82,4	207,1	583,3
Больница	–	–	–	–	425,1	425,1
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	348,8	2336,7	–	1202,8	7132,3	12353,7
Областной историко-краеведческий музей	354,8	2618,8	–	374,6	8538,1	13324,1
Железнодорожный вокзал	–	4385,8	–	698,1	1412,27	7281,98
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	–	2400	446,6	–	–	3204,13
Собственный дом	225,5	–	205	40,6	–	528,1
Супермаркет «Береке»	–	–	–	–	5,1	5,1
Кинотеатр «Kinoplexx»	–	–	–	209,8	193,6	452,16
Средняя школа	1840	2498,1	–	–	6691,6	12364,29
Центр занятости населения	2657,9	299,5	–	727,9	739,4	4959,95

Окончание таблицы 1.12

ТОО Казцентрэлект ропровод	–	–	–	909,42	–	1038,61
Call-центр Ассоциации рестораторов	64,9	989,3	452,7	479,3	265,4	2344,61
Средняя стоимость работ, тыс.тенге	729,88	2335,27	368,10	516,52	2428,04	4559,83

Необходимо отметить, что по результатам исследования было установлено, что магазин по ул.Алиханова, 35 реконструкции здания не требует.

Необходимо отметить, что наибольшие средние затраты приходятся на зону «Средства информации и телекоммуникации» – 2428,04 тыс.тенге, так как включают затраты на установку тактильных плиток и табличек, которые необходимо устанавливать по всей площади здания и его помещений. Также значительные расходы приходятся на зону движения – 2336,03 тыс.тенге, так как они включают покупку и монтаж мобильных подъемников.

Наибольшие суммы затрат по объектам приходятся на здания значительной площади или старой постройки, например: Областной историко-краеведческий музей – 13324,1 тыс.тенге, Спортивный комплекс им. Н.Абдирова – 12353,7 тыс.тенге, здание ГЦВП – 7556,06 тыс.тенге.

В целом, средняя стоимость мероприятий по всем исследуемым объектам составляет 4376 тыс.тенге. Средние затраты по отдельным элементам адаптации объектов представлены в (таблице 1.13).

Таблица 1.13 – Средние затраты по отдельным элементам адаптации социальных объектов

Мероприятия	Диапазон стоимости, тыс. тг.	Средняя стоимость, тыс. тг.
Реконструкция входной зоны по 9 объектам	64,9-1708	482,4
Переоборудование санитарной зоны по 11 объектам	40,6-854,9	417,6
Установка пандусов по 6 объектам	112,1-1645,9	544,9
Монтаж тактильной плитки, табличек, поручней	5,1-8538,1	1895,3

Несмотря на незначительный охват выборки, все базовые объекты социальной инфраструктуры Карагандинской области в ней представлены, и в этом смысле результаты можно считать репрезентативными.

Как показало исследование, основными направлениями реконструкции зданий являются входные группы, туалетные комнаты, пути движения, обеспечение доступа на второй и третий этажи и информационные стенды и таблички. Также важным моментом является обеспечение мест отдыха для инвалидов, мест для парковки и возможность беспрепятственного проезда/прохода маломобильных групп населения к зданиям.

Входная группа является одной из главных проблем обеспечения доступности здания для инвалидов. По результатам исследования основными препятствиями стали: высокие лестничные пролеты, отсутствие пандусов, недостаточная ширина дверных проемов, высота порогов. Таким образом, для большинства зданий необходима установка пандусов, причем чем выше высота лестничного пролета, тем более трудоемкий и затратным становится строительство пандуса для владельцев. Ограничением для некоторых зданий стало отсутствие необходимой свободной площади для постройки пандуса. Выходом из сложившейся ситуации стал поиск различных форм пандусов (кругового, как в случае с поликлиникой, двухрядного, как в случае с центром занятости в г.Сарань).

Также одним из главных препятствий доступа инвалидов в здания явилась недостаточная ширина дверного проема, отсутствие необходимого междверного (тамбурного) пространства для того, чтобы инвалид на коляске мог беспрепятственно открывать вторые входные двери. Все эти препятствия также требуют значительных демонтажных и восстановительных работ. Практически во всех исследуемых зданиях было отмечено несоответствие ширины и глубины входной группы. Исключением явились здания, построенные в последние 5-10 лет. Они уже выполнялись с учетом новых требований современной архитектуры, в планах которой учитываются также и интересы людей с ограниченными возможностями.

Несмотря на то, что и в зданиях «старых» годов постройки был проведен капитальный ремонт, полная реконструкция входной группы с учетом обеспечения доступности инвалидов не была проведена. В таблице 1.14 представлен расчет стоимости реконструкции входной группы обследованных зданий.

Таблица 1.14 – Реконструкция входной группы

Название объекта	Входная зона
ГЦВП	625,6
ЦОН	239,8
Поликлиника	211,6
Больница	–
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	348,8
Областной историко-краеведческий музей	354,8
Железнодорожный вокзал	–
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	–
Собственный дом	225,5
Супермаркет «Береке»	–
Кинотеатр «Kinoplexx»	–
Средняя школа	1840
Центр занятости населения	2657,9
ТОО «Казцентрэлектропровод»	–
Call-центр Ассоциации рестораторов	64,9
Средняя стоимость работ, тыс.тенге	729,9

Следующим важным элементом изменения зданий для обеспечения их доступности для людей с ограниченными возможностями стала реконструкция **туалетных комнат**. Все без исключения здания требовали изменения туалетных кабин. Первой проблемой, с которой столкнутся инвалиды на колясках, станет высокий входной порог. В большинстве обследованных зданий входная группа в туалетные комнаты была исполнена в форме дверей/стеновых панелей с использованием металлопластиковых материалов. А технология изготовления таких дверных групп подразумевает наличие пусть и незначительных, но достаточно труднопреодолимых порогов для инвалидов-колясочников.

Так как для инвалидов на колясках требуется значительно больше пространства, во всех зданиях было рекомендовано расширение (реконструкция) туалетных кабин. Большинство современных зданий располагают необходимой площадью для расширения кабинок, иногда выходом из сложившейся ситуации было предложено объединение двух туалетных кабинок в одну. Значительным недостатком для пользователей туалетных комнат стало отсутствие поручней для опоры, крючков для личных вещей и вспомогательного опорного оборудования для инвалидов.

Второй важной проблемой для большинства исследуемых зданий в отношении туалетных комнат стало недостаточное пространство или отсутствие доступа инвалидов на коляске к раковинам. В зоне доступа к раковинам недостаточно места для разворота человека на коляске. Часто раковины находились на такой высоте, что человек с ограниченными возможностями на

инвалидной коляске не мог пользоваться водопроводным краном. Нередко затруднен доступ к гигиеническому оборудованию («сушилка» для рук, контейнер с бумажными полотенцами) в силу его высокого расположения. По вышеуказанной выборке нами был проведен расчет стоимости реконструкции туалетных комнат с учетом требований их доступности для инвалидов. (таблица 1.15)

Таблица 1.15 – Реконструкция туалетных комнат

Название объекта	Санитарная зона
ГЦВП	744,1
ЦОН	212,7
Поликлиника	82,4
Больница	–
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	1202,8
Областной историко-краеведческий музей	374,6
Железнодорожный вокзал	698,1
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	–
Собственный дом	40,6
Супермаркет «Береке»	–
Кинотеатр «Kinoplexx»	209,8
Средняя школа	–
Центр занятости населения	727,9
ТОО «Казцентрэлектропровод»	909,42
Call-центр Ассоциации рестораторов	479,3
Средняя стоимость работ, тыс.тенге	516,52

Не менее значительным препятствием для обеспечения доступности здания для людей с ограниченными возможностями, стал **доступ на второй этаж**. Как правило, лестницы не предназначены для сооружения пандусов – угол наклона слишком велик, что не соответствует требованиям СНиПа доступности здания для инвалидов. Выходом из сложившейся ситуации становится приобретение администрацией мобильного подъемника. Данный подъемник можно использовать в разных местах здания, на различных лестничных маршах, с различной шириной и крутизной. В Республике Казахстан поставками и монтажом специализированного оборудования занимается ТОО «Центр реабилитационной техники», г.Алматы. Если в здании необходимо предоставить доступ только по одной лестнице, то возможна установка пристенового подъемника, монтаж которого осуществляется с учетом предполагаемого движения инвалидов. Важным преимуществом данных подъемников является возможность их трансформации (складывания), в данном случае они не препятствуют движению других посетителей данного учреждения.

Согласно результатам нашего исследования, важной проблемой остается **информационное обеспечение**, т.е. предоставление информации для слабовидящих, такой, например, как надписи необходимого размера букв на стендах, информационные табло, таблички доступности здания для инвалидов всех групп. Во всех без исключения обследованных зданиях было выявлено отсутствие тактильных табличек, информирующих людей со слабым зрением, тактильных полос движения, ступеней со специальным покрытием.

Таблица 1.16 – Обеспечение доступа на верхние этажи

Название объекта	Зона движения (мобильный подъемник)
ГЦВП	3154
ЦОН	–
Поликлиника	–
Больница	–
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	2336,7
Областной историко-краеведческий музей	2618,8
Железнодорожный вокзал	4385,8
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	–
Собственный дом	–
Супермаркет «Береке»	–
Кинотеатр «Kinoplexx»	–
Средняя школа	2498,1
Центр занятости населения	299,5
ТОО Казцентрэлектропровод»	–
Call-центр Ассоциации рестораторов	989,3
Средняя стоимость работ, тыс.тенге	2326,03

По пути движения важным фактором недостаточной адаптации зданий к нуждам инвалидов стало **отсутствие разворотных площадок, мест отдыха**. Во всех зданиях имеется проблема **беспрепятственного проезда инвалидов-колясочников с автомобильной стоянки до входа в здание**. По требованиям СНиПов для обеспечения беспрепятственного доступа на автомобильной стоянке должно быть обеспечено как минимум одно машиноместо для автотранспорта инвалидов-колясочников. В таблице 1.17 представлены расчеты по обеспечению зданий информационными материалами и обеспечения движения инвалидов.

Таким образом, на основе результатов нашего исследования было выявлено, что основными проблемами адаптации общественных зданий для людей с ограниченными возможностями стали:

Таблица 1.17 – Информационное обеспечение зданий и путей движения инвалидов

Название объекта	Средства информации и телекоммуникации, в том числе тактильные плитки и таблички
ГЦВП	2216
ЦОН	1310,5
Поликлиника	207,1
Больница	425,1
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	7132,3
Областной историко-краеведческий музей	8538,1
Железнодорожный вокзал	1412,27
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	–
Собственный дом	–
Супермаркет «Береке»	5,1
Кинотеатр «Kinoplexx»	193,6
Средняя школа	6691,6
Центр занятости населения	739,4
ТОО «Казцентрэлектропровод»	–
Call-центр Ассоциации рестораторов	265,4
Средняя стоимость работ, тыс.тенге	2428,04

- вход в здание,
- доступ на вторые этажи
- доступ в туалетные комнаты.

По результатам исследования вышеуказанных зданий были представлены необходимые работы по их реконструкции. Далее, согласно методике, были разработаны архитектурные планы переделки зданий, и осуществлен подсчет стоимости реконструкционных работ.

В таблице 1.18 представлена сводная информация по стоимости реконструкции зданий.

Таблица 1.18 – Стоимость адаптации зданий для обеспечения их доступности для людей с ограниченными возможностями

Наименование объекта	ВСЕГО стоимость работ с учетом услуг инженеров и НДС, тыс. тенге
1	2
ГЦВП	7556,06
ЦОН	1976,27
Поликлиника	583,3
Больница	425,1
Спортивный комплекс им. Н.Абдирова	12353,7
Областной историко-краеведческий музей	13324,1

Окончание таблицы 1.18

1	2
Железнодорожный вокзал	7281,98
Двухкомнатная квартира в многоэтажном здании	446,6
Собственный дом	528,1
Супермаркет «Береке»	5,1
Кинотеатр «Кіноplexx»	452,16
Средняя школа	12364,29
Центр занятости населения	4959,95
ТОО «Казцентрэлектропровод»	1038,61
Call-центр Ассоциации рестораторов	2344,61

ГЛАВА 2. ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: РАСЧЕТ СТОИМОСТИ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВНЕДРЕНИЮ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ

§2.1 Современные тенденции развития инклюзивного образования в развитых странах мира

Спектр концепций благосостояния населения в мировой экономической науке определяет три базовые его трактовки, которые соответствуют трем определениям бедности [1-6] (таблица 2.1).

Эволюция концепций отражает изменение системы исходных представлений о благосостоянии членов человеческого сообщества, которое отождествляется с возможностью интеграции каждого человека в экономическую, культурную, политическую и гражданскую жизнь общества.

Инклюзивное образование – это естественный и закономерный этап в развитии системы образования в обществе равных возможностей, где дети с ограниченным здоровьем могут участвовать в образовательном процессе на равных и впоследствии войти на свободный рынок труда, участвовать в политической жизни и т.п.

Таблица 2.1 – Концепции благосостояния и бедности населения

Концепции благосостояния	Определения бедности
1. Способность приобретать товары и услуги	1. Наличие жесткого ограничения на выбор товаров (категория – «абсолютная бедность»)
2. Способность получать потребительские товары и услуги конкретного качества (пищу, воду, жильё, книги и т.п.)	2. Отсутствие определенных типов потребления, социально приемлемых в данном обществе (категория – «относительная бедность»)
3. Способность выполнять определенные функции в обществе	3. Отсутствие возможностей интегрироваться и полноценно участвовать в жизни общества, реализуя экономические, культурные, гражданские, политические и социальные права. (категория – «человеческое развитие»)

* Составлено на основе источников [1-6]

Созданы и продолжают укрепляться международно-правовые основы, поддерживающие развитие инклюзивного образования. Международная правовая структура в поддержку инклюзии включает в себя следующие составляющие (рисунок 2.1).

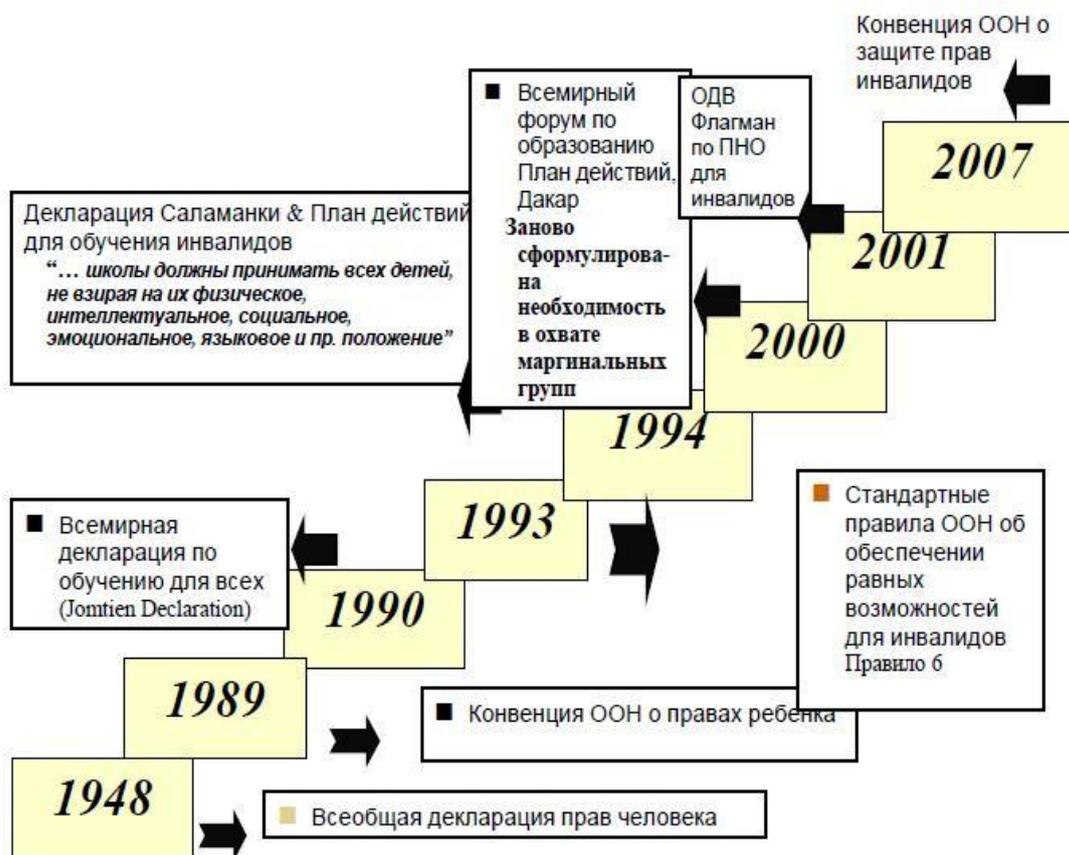


Рисунок 2.1 - Международная правовая структура в поддержку инклюзии

В 2007 году принята Конвенция ООН о защите прав инвалидов, являющаяся первой конвенцией о правах человека в XXI веке. Она включает статью по системе инклюзивного обучения (статья 24): «Страны-участницы признают право инвалидов на образование. Осознавая это право без дискриминации на основе равных возможностей, страны-участницы обязуются применять инклюзивное образование на всех уровнях и в течение всей жизни». 117 государств уже подписали эту Конвенцию и 7 уже ее ратифицировали.

Удовлетворение потребностей социальных групп общества с ограниченными возможностями в процессе исторического развития началось в форме специального (коррекционного) образования, позже – модели интегрированного обучения, и в последние годы – модели инклюзивного образования, позволяющего включать особенных детей в общеобразовательную среду вместе с нормативно развивающимися сверстниками.

Практически во всех развитых странах мира, принявших и реализующих концепцию социальной справедливости, как предоставление равных возможностей всем членам общества,

инклюзивное образование понимается и реализуется как благо для всех тех, кто таких детей учит, кто учится вместе с ними, кто воспитывает их в семье, и как шанс для всего гражданского общества, получающего возможность на практике реализовать гуманистические ценности равных прав, свобод и достоинств каждого человека.

Значительный опыт инклюзивного обучения накоплен в США, Канаде, Германии, Испании, Франции, который позволяет обобщить эффекты и выявить риски этой особенной образовательной практики. Все страны отмечают, что инклюзивная школа – сложный и дорогостоящий социально-образовательный проект, но если бы он не давал значимых социальных, нравственных, педагогических эффектов, вряд ли бы он нашел такую поддержку в политических, финансово-экономических, научных, педагогических кругах почти в 40 странах мира.

Официальная позиция международных организаций о целесообразности инклюзивного образования заключается в следующем:

- образование является не услугой для человека, а его правом;

- модель экономически эффективна и способна включить всех детей;

- внедрение модели дает хорошие результаты, но ее широкое распространение ещё впереди;

- с помощью этой модели можно достигнуть цели тысячелетия – образование для всех [7].

В ряде стран мира, начиная примерно с 1970-х гг., ведется разработка и внедрение пакета нормативных актов, способствующих расширению образовательных возможностей людей с ограниченными возможностями. В современной образовательной политике США и Европы получили развитие и реализуются параллельно несколько подходов, в том числе:

- расширение доступа к образованию (*widening participation*) в форме специализированных школ,

- мейнстриминг (*mainstreaming*),

- интеграция,

- инклюзия, т.е. включение (*inclusion*).

Мейнстриминг предполагает, что ученики-инвалиды общаются со сверстниками на праздниках, в различных досуговых программах; если же они и включены в классы массовой школы, то для расширения возможности социальных контактов, а не для достижения образовательных целей.

Интеграция означает приведение потребностей детей с психическими и физическими нарушениями в соответствие с

системой образования, остающейся в целом неизменной, не приспособленной для них; ученики с инвалидностью посещают массовую школу, но не обязательно учатся в тех же классах, что и все остальные дети.

«Включение», или «инклюзия» – наиболее подходящий термин, который толкуется следующим образом: это реформирование школ и перепланировка учебных помещений, образовательных программ таким образом, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех детей без исключения [8].

В 1990-х гг. появились исследования, посвященные проблеме самоорганизации родителей детей-инвалидов, общественной активности взрослых инвалидов и тех, кто выступает в защиту их прав, за расширение жизненных шансов и против узкоmedizinского подхода к социальной защите и реабилитации [9].

Эти работы сыграли роль катализатора общественной дискуссии относительно прав детей-инвалидов на обучение в условиях, которые способствовали бы их максимальной социальной интеграции их в общество. Кроме того, инклюзивное образование изучается и с точки зрения его эффективности - проводятся исследования экономических затрат и результатов академической успеваемости. Эти работы относятся к 1980-1990 гг. и демонстрируют преимущества интегрированного образования в терминах выгоды, пользы, достижений [10].

Инклюзивное образование предполагает, что разнообразию потребностей учащихся-инвалидов должен соответствовать континуум сервисов, в том числе образовательная среда, наиболее благоприятная для них. Принципами инклюзивного образования являются:

- включение всех детей с раннего возраста в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства;

- построение системы, которая удовлетворяет потребности каждого: все дети, а не только с инвалидностью, обеспечиваются поддержкой, которая позволяет им добиваться успехов, ощущать безопасность и ценность совместного пребывания в коллективе.

- реализация образовательных достижений во многом отличных от тех, которые чаще всего признаются обычным образованием. Цель такой школы - дать всем учащимся возможность наиболее полноценной социальной жизни, наиболее активного участия в коллективе, местном сообществе, тем самым обеспечить наиболее полное взаимодействие, помощь друг другу как членам сообщества [8].

Детский школьный коллектив рассматривается как микромодель общества, в котором реализуются социальная практика взаимодействия представителей различных стратов, различных полов, этносов, конфессий, в том числе с различным уровнем физического и психического развития [11]. Те учителя, которые уже имеют опыт работы на принципах инклюзивного образования, разработали следующие способы включения: 1) принимать учеников с инвалидностью «как любых других детей в классе», 2) включать их в одинаковые виды деятельности, хотя ставить разные задачи, 3) вовлекать учеников в коллективные формы обучения и групповое решение задач, 4) использовать и другие стратегии коллективного участия - игры, совместные проекты, лабораторные, полевые исследования и т.д. Инклюзивные образовательные сообщества во многом изменяют роль учителя, который вовлекается в разнообразные интеракции с учениками, больше узнавая о каждом из них, а также активнее вступают в контакты с общественностью вне школы.

В целях повышения эффективности инклюзивного образования в **Великобритании** определен свод правил и нормативов по гарантии качества и стандартов высшего образования (далее – Свод), который содержит основные принципы по гармоничному внедрению студентов-инвалидов в образовательный процесс [12].

В условиях необходимости внедрения и развития инклюзивного образования в Казахстане остановимся на основных статьях данного документа.

Данный Свод не использует какую-либо специфическую модель. Учебные учреждения должны осознавать, что понятие инвалидности включает широкий диапазон различных нарушений, включая трудности передвижения, заболевания органов слуха, зрения, определенные трудности в обучении, включая дислексию, плохое состояние здоровья и проблемы умственного здоровья. Некоторые из этих нарушений могут отразиться на жизни ученика (студента) и его обучении. Другие могут незначительно влиять на повседневную жизнь ученика (студента), но иметь серьезное воздействие на процесс его обучения, или наоборот. Некоторые ученики (студенты) имеют инвалидность еще до поступления в школу (университет), другие могут приобрести инвалидность или узнать о ней уже после начала обучения. Состояние одних может быть неустойчивым. Другие могут иметь временные ограничения как результат несчастного случая или болезни.

В Своде приводятся следующие принципы:

1. Учреждения образования в процессе реализации своей политики гарантируют, включая стратегическое планирование и распределение ресурсов, что особое внимание будет уделяться средствам предоставления возможности участия учеников (студентов) - инвалидов во всех сферах жизни школы (вуза).

Учреждения должны обеспечить:

- осуществление мероприятий, гарантирующих, что потребности студентов-инвалидов учтены на всех стадиях и уровнях академического и ресурсного планирования;
- реализацию справедливого и равного отношения к студентам-инвалидам во всех видах деятельности;
- четкое определение позиции ответственности руководителей старшего звена по организации пребывания студентов-инвалидов в учреждении;
- уверенность в том, что администрация и основной персонал имеют адекватное понимание юридических аспектов работы с инвалидами;
- включение в систему управления этапа сбора информации, что позволит принимать обоснованные решения относительно обучения и успеваемости студентов-инвалидов;
- включение потребностей студентов-инвалидов во все предоставляемые услуги, управление учебным процессом, имуществом и т.д.;
- учет мнения студентов-инвалидов о развитии физической среды, учебных программ и услуг;
- организацию контакта (ов) и эффективных каналов связи студентов-инвалидов с экспертами и администрацией;
- обучение всего персонала постижению равных возможностей для инвалидов;
- с целью непрерывного совершенствования обеспечить мониторинг и контроль влияния установленной стратегии, мероприятий и методов на студентов-инвалидов;
- привлечение студентов-инвалидов к совместной работе по обеспечению условий и выработке мер, направленных на распространение сферы обучения за пределами одного учебного учреждения и / или на привлечение организаций-партнеров.

Интеграция в обучении детей с ограниченными возможностями и наличие спецшкол рассматриваются как необходимые параллельные условия образования. Они поддерживают порядок и гибкость системы образования и позволяют таким детям включаться в нее и отходить от нее по мере того, как меняются их потребности.

До поступления в школу в большинстве регионов Англии, а так же в некоторых других странах, достаточно эффективно

используется система Потедж (педагогическое обслуживание на дому детей от 0 до 4-5 лет с задержками в развитии), которая зародилась в 1970 году в США. *В основе работы с такими детьми лежит индивидуальная программа, которая составляется для каждого ребенка с учетом его особенностей.*

Для работы с детьми с нарушениями интеллекта в ряде стран, преимущественно **скандинавских**, организуются дома, в которых проживает не более 30 детей. В них создается обстановка, максимально приближенная к семейной. Специалисты проводят наблюдения за детьми, определяют методы лечения и реабилитации, разрабатывают индивидуальные программы обучения. Обучение всех категорий детей-инвалидов, в основном, осуществляется в общеобразовательных школах. Школьная и общественная политика направлена на то, чтобы создать условия для установления максимально близких взаимоотношений между учениками всех категорий.

Современная политика **США**, проводимая в области специального образования, заключается в предложении слияния массового и специального образования. Предлагается, как нами упомянуто выше, три основных подхода этого слияния: «основное направление», «инициатива массового образования», «включение». Эти подходы вызывают оживленную дискуссию и споры в области специального образования.

«Основное направление» предполагает помещение детей с отклонениями в развитии в классы массовых школ. Необходимость этого обуславливается тем, что поскольку эти дети, в конце концов, оказываются в обществе, то их следует направлять в школу, чтобы способствовать включению в социальную и учебную деятельность. *Для многих учащихся, особенно с серьезными недостатками, размещение в учреждения этого направления может обернуться серьезными проблемами.*

«Инициатива массового образования» (ИМО) предложена отделом специального образования при департаменте образования США. ИМО следует дальше, чем концепция «основного направления», предлагая фундаментальные изменения условий образования учащихся с отклонениями в развитии. Некоторые дефектологи и руководители массового образования одобряют ИМО, в то время как другие дефектологи и учителя массовых школ считают, что необходим дополнительный опыт и исследования, чтобы понять возможности влияния ИМО на учащихся с отклонениями.

Модель «включения» состоит в том, чтобы включать в общеобразовательный процесс по месту жительства всех детей, независимо от типа нарушения и степени его выраженности. Для каждого такого ребенка командой специалистов создается индивидуальная программа обучения, в соответствии с которой происходит оценка успехов учащегося. Исследования показывают, что в процессе претворения в жизнь моделей интеграции возникают проблемы, связанные, прежде всего, с высокими требованиями к компетенции учителя, который должен уметь учить как обычных детей, так и детей с самыми различными отклонениями в развитии.

С 1990 года в США действует «Акт об образовании лиц с нарушениями», который гарантирует бесплатное, соответствующее нуждам ребенка обучение в системе народного образования. Родители имеют право требовать от школ заключения об учебных возможностях ребенка, в котором дается обоснование наличия или отсутствия нарушений в развитии у ребенка. На школу возлагается обязанность выявлять детей с ограниченными возможностями. Закон дает право на получение не только специального образования, но и получение дополнительных услуг (транспорт, логопедические занятия, помощь психолога, аудиологическое обследование и пр.) По закону на каждого ребенка составляется письменное заключение и индивидуальная образовательная программа, предписывается обязательное обучение детей с ограничениями насколько это возможно, в массовых школах, а также включение их в среду с минимальными ограничениями.

В настоящее время в США действует программа «Инклюжен». Ее основы были заложены «Реабилитационным Актом» и законом об обучении детей-инвалидов в 1973 году и законом об обучении детей-инвалидов (1974-1975гг.), в которые было внесено несколько поправок и дополнений со временем. Конгресс США, основываясь на опыте округа Колумбия, принял Закон об образовании инвалидов (позже переименованный в Закон об образовании людей с инвалидностью), предусматривающий необходимое финансирование специального образования в системе местных школ и устанавливающий индивидуальный подход к определению образовательной программы. Закон отдавал предпочтение интеграции – обучению детей-инвалидов в общеобразовательных школах с предоставлением по мере необходимости дополнительной помощи, а не обучению в специальных учреждениях. [13] Трудности в этом вопросе возникли с разработкой программ, подготовкой персонала, разработкой психологических моделей восприятия детей - инвалидов здоровыми детьми и наоборот.

Инклюзию в США можно определить как «принятие каждого ребенка и гибкость в подходах к обучению». Такая образовательная модель подразумевает, что ребенок, имеющий инвалидность, может обучаться с нормальными детьми. Это касается и детей с нарушением интеллекта, например, с синдромом Дауна. Конечно, для него разрабатываются отдельная программа, свои облегченные задания. Многие в успешности осуществления программы зависят от учителя. Инклюзивные школы приспособляются ко всем детям, вне зависимости от их психологических, умственных, социальных, эмоциональных, языковых или любых других особенностей [14].

В рамках инклюзивного подхода каждая школа или учреждение еще на этапе планирования своей деятельности, образовательных программ учитывает ожидаемые возможные потребности всех учеников с их индивидуальными потребностями, разрабатывая так называемый Индивидуальный план образования (ИП). Его разработка осуществляется по следующим критериям: реалистичность, уровень достижения, возможность оценки, активность [15].

Образование, основанное на модели «Инклюжен», является приоритетным в США, однако в Америке не отказываются и от специальных школ, но помещение туда ребенка осуществляется лишь в крайних случаях.

Количество детей с особыми потребностями, которые учатся в массовых школах Италии, превышает 90%, в то время как в США - 45%, что позволяет считать Италию лабораторией для остального мира. Еще до появления в 1971 году первого закона о праве детей с особыми потребностями на обучение в массовых школах, в некоторых районах Италии процесс интеграции уже начался. Это произошло после закрытия психиатрических больниц и интернатов для детей с нарушениями развития. Ранний период итальянцы называют «дикой интеграцией».

В конце 60-х годов итальянцы пришли к выводу, что изменение отношения к идее совместного обучения детей с особыми потребностями и детей, развивающихся типичным образом, происходит не в ответ на объяснение абстрактных понятий, а в ответ на конкретные события. Поэтому лучше всего отправить таких детей в школы, находящиеся по соседству.

Начиная с 70-х годов прошлого столетия, большая часть учащихся специальных школ и классов была интегрирована в систему общего образования. На сегодняшний день 99% всех детей со специальными нуждами учатся в общеобразовательной школе. Для того чтобы получать

специальную помощь от учителя поддержки в обычном классе, ребенок должен быть зарегистрирован, как ребенок с отклонениями в развитии. Регистрация осуществляется только с согласия родителей и на один год, по истечении этого срока принимается решение о продлении или отмене специальной помощи.

Однако слова «интеграция» и «включение» для той ситуации весьма условны. По существу то, что происходило там с самого начала, было ближе к включению потому, что главной целью была социализация и адаптация детей в школьное сообщество таким образом, чтобы у всех было чувство принадлежности. И с самого начала принятие и уважение отличий, как неотъемлемых черт личности, ставилось на первый план. Важнейшими для обеспечения успеха считалось наличие четырех факторов:

- команды поддержки классного руководителя, состоящей из специального педагога, врача-специалиста (тифло-, сурдо-, ОДА), психолога, социального работника, медсестры и логопеда;

- разделения ответственности между родителями, педагогами, медицинским персоналом и представителями местного общества, как условие создания эффективной коалиции — альтернативы традиционной «медицинской модели»;

- просвещения общества с помощью всех средств массовой информации и публичных собраний;

- наличие харизматических лидеров на начальной стадии процесса.

Однако, развитие процесса интеграции школьников со специальными нуждами в общеобразовательную среду сопровождается в Италии проблемами, которые требуют своего разрешения. Так, было отмечено, что по мере сокращения числа государственных специальных школ, наблюдался рост числа учеников с проблемами в развитии в частных специальных школах. Имеют место огромные различия в разных регионах страны в развитии образовательной интеграции, поскольку координация этого процесса на государственном уровне сводится к минимуму.

Большинство учителей не отрицают интеграцию, но имеют серьезные проблемы по внедрению ее в жизнь класса. Они предпочитают переносить всю ответственность за обучение учащихся с отклонениями в развитии на плечи учителей поддержки. Кроме того, учителя предпочитают, чтобы учитель поддержки работал с такими учениками вне класса.

Проблемы развития образовательной интеграции в Италии связаны с несколькими причинами. Процесс интеграции был начат без проведения необходимых исследований нужд регионов, определения наличия необходимых специалистов. Обучение учителей общеобразовательных школ было ограничено. Специальные занятия в течение 1 месяца не дали положительных результатов, многие учителя вообще не прошли обучения. Сотрудничество классного учителя и учителя поддержки часто оказывается проблематичным. Учителя поддержки внесли в процесс интеграции меньшую лепту, чем ожидалось. Большая проблема связана с включением в общеобразовательный процесс детей с глубокой умственной отсталостью. Многие специалисты считают, что для таких детей необходимо вновь открыть специальные классы. Однако, это предложение в Италии принципиально отклоняется, т.к. оно может привести к появлению вновь отдельной системы специального образования, которая зарекомендовала себя как «унижающая достоинство» и не приносящая пользы в обучении. В результате многие дети с выраженными интеллектуальными нарушениями просто не обучаются. Особая проблема интеграции наблюдается в старших классах средней школы. Часть родителей здоровых детей против присутствия школьников с отклонениями в обычном классе. Учителя не ставят перед собой задачу обучения школьников с особыми потребностями, поскольку их подготовка к интеграции велась на недостаточном уровне. Большинство учителей поддержки, работающих в старших классах, не имеют специальной подготовки. Интеграцию в Италии можно считать достигнутой целью в широком смысле этой проблемы. Однако, из-за нехватки систематически централизованно обрабатываемых данных по этому вопросу очень мало известно о результатах процесса образовательной интеграции.

В 1977 году был принят закон, который установил *нормативы*:

- максимальное количество детей в классе – 20;
- максимальное количество детей с особенностями развития в классе – 3;
- специальные мероприятия по поддержке детей с особыми потребностями «встроены» в занятия в классе \ детского сада;
- в зависимости от потребностей детей и в соответствии с индивидуальной развивающей программой после уроков им предоставляется поддержка специальных педагогов и персонала (логопед, специалист по развитию движения,

тифлопедагог, сурдопедагог, психолог, социальный педагог, эрготерапевт, услуги школьной медицинской сестры или ассистент учителя);

- специальные педагоги объединяются в команды с обычными школьными учителями;

- официально соотношение количества вспомогательного и специального персонала и учащихся с особыми потребностями от 1:4 до 1:2 в зависимости от тяжести проблем ребенка;

- если в классе есть слепой или глухой ребенок, то весь класс учит азбуку Брайля или язык жестов;

- организовано продленное содержание для реализации коррекционно-развивающей программы детям с ограниченными возможностями после уроков;

- организовано горячее питание и подвоз детей школьным автобусом;

- дети с ограниченными возможностями обеспечиваются компенсаторными техническими, вспомогательными и гигиеническими средствами;

- деятельность по включению детей осуществляется на основе диагностики и оценки потребностей каждого ребенка;

- обе категории педагогов взаимодействуют со всеми учащимися класса.

Новый закон, который вышел в 1992 году, ставит во главу угла не только социализацию, но и качественное обучение академическим дисциплинам. В 2003 году министерство образования обязывает всех директоров принять участие в тренинге без отрыва от работы, чтобы усовершенствовать проведение в жизнь национальной политики включения. Всем учителям предписывается пройти курс повышения квалификации, рассчитанный на 40 часов в год.

Особенность итальянского подхода заключается в тесном взаимодействии школ со специалистами организаций, относящихся к сфере здравоохранения, которые осуществляют диагностику и терапию. Среди этих специалистов врачи, психологи, социальные работники, медсестры, логопеды, функциональные и физические терапевты.

Диагностика, помимо оценки развития ребенка, включает определение эмоциональных ресурсов семьи, чтобы на них можно было опереться. Диагностика, как подчеркивают итальянские специалисты, должна быть точной, но она лишь часть картины, в которой есть «оттенки, отсветы, глубина и другое». (Такой подход к диагностике, когда ее цель — не выявление дефекта, а получение цельной картины, сейчас принят во многих странах. Он получил название «экологического»).

В Италии, как и в США (в отличие от Великобритании), большое внимание уделяется взаимной поддержке школьников в форме совместной работы над усвоением материала. Одной из не до конца решенных проблем с интеграцией детей с особыми потребностями в общеобразовательную школу наблюдатели считают обучение этих детей академическим дисциплинам в старших классах.

В **Новой Зеландии** нормативы наполняемости классов рассчитываются из соотношения: один ребенок с ограниченными возможностями на 3 здоровых ученика, но всего не более 20 детей в классе и не более 3 детей с ограниченными возможностями в классе.

Для поддержки общеобразовательных школ на базе университетов Новой Зеландии созданы ресурсные центры, которые до начала внедрения инклюзивного образования в территории и школе проводят:

- оценку потребностей учеников и составляют личные планы поддержки учеников;
- оценку ресурсов школы и план по ее усилению;
- дают рекомендации и проект постепенных изменений;
- разрабатывают план поддержки школ и проводят повышение квалификации педагогов и персонала;
- осуществляют методическую поддержку школ и осуществляют мониторинг.

Швеция считается одной из стран, в которых продвижение идеи интеграции проходит успешно. В 1989 году был принят новый закон о среднем образовании, а с 1990 — пересмотренная программа обучения коррекционных педагогов. В 1995 увидел свет новый образовательный стандарт, по иному определяющий роль учителей, воспитателей и директоров.

Стандарт задает лишь обязательный уровень знаний, который должен быть достигнут к окончанию 5 и 9 классов. Министерство образования рассчитывает, что учителя смогут сами определить методы преподавания, которые позволят достичь поставленные цели обучения. Общую ответственность за организацию учебного процесса несет директор школы. В рамках выполнения этой общей задачи директор также несет особую ответственность за реализацию специальных педагогических и социальных мероприятий, направленных на оказание необходимой помощи и поддержки тем учащимся, которые в ней нуждаются.

Большинство детей с особыми нуждами в Швеции интегрированы в обычные классы, в которых они получают необходимую поддержку (помощь в классе от специального педагога или ассистента и пользование специальными

вспомогательными средствами). Дети с выраженными нарушениями слуха, зрения, умственной отсталостью, с сочетанными нарушениями получают образование в специальных школах, которые дифференцированы по типам нарушений, могут обучаться там до достижения ими 21-23 лет. Специальные школы в настоящее время являются и центрами ресурсов по поддержке детей, интегрированных в классы общеобразовательных школ. Специальные школы для умственно отсталых детей интегрированы в общеобразовательную школу путем размещения классов в ее здании.

Сложную проблему в Швеции представляет специальное обучение детей с ранним детским аутизмом. Эти дети обучаются в малых группах в обычной школе. На каждых 3-х детей приходится 2 учителя и ассистент. Интегрированное обучение в массовых школах Швеции пока еще не удовлетворяет всех заинтересованных лиц. Оппоненты указывают, что процесс интеграции протекает слишком поспешно, что интеграция имеет много отрицательных моментов, напоминают о том, что интеграция – это не цель, а инструмент для абилитации и нормализации детей со специальными нуждами.

На дальнейшее развитие процесса интеграции оказал большое влияние экономический фактор. Шведские учителя были традиционно в привилегированном положении. В 1990 году расходы на образование составляли 7,7% ВВП, но за последние несколько лет государственные ассигнования на образование значительно сократились в связи с отказом от «шведской модели социализма» и усиливающимся влиянием рыночной идеологии в социальной сфере. Соответственно наполняемость классов растет, а программы специального обучения финансируются все хуже. По мере того, как увеличивается количество детей в классе, растет и сегрегация. В больших классах учителям труднее уделить каждому ученику достаточно внимания, поэтому они обычно решают проблему путем создания более или менее однородных групп. Это делается неофициально, поскольку противоречит принципам официальной образовательной политики. Разделение на группы объявляется временной мерой, но фактически все понимают, что раз вступив на этот путь, очень трудно затем от него отказаться. Наблюдается также тенденция кооперации нескольких школ, чтобы хотя бы в одной были условия для удовлетворения особых потребностей учащихся.

Специальное образование во **Франции** направляет свои усилия на то, чтобы интегрировать как можно большее число

детей с недостатками в развитии в общеобразовательную школу. Включение в общеобразовательный процесс детей с отклонениями в развитии осуществляется в 4 вариантах:

1. Ребенок учится по обычным школьным программам, но во время пребывания в школе и вне школы ему предоставляют дополнительные услуги, не связанные напрямую с образовательным процессом: лечебные процедуры, меры воспитательного характера и др. Например, ребенок с нарушением опорно-двигательного аппарата учится в обычном классе и посещает адаптационный центр, открытый в данной школе или находящийся поблизости.

2. Ребенок учится по обычным школьным программам, пользуется дополнительным уходом и обучается по дополнительным специальным программам. Например, ребенок с нарушением зрения учится в обычном классе и получает помощь в подготовке уроков, дополнительные занятия с преподавателем, посещает занятия по пространственной ориентировке и др. специальные коррекционно-развивающие занятия.

3. В основное школьное время ребенок проходит обучение в специальном классе по специальной программе (обычно дети с задержкой психического развития). Другую часть времени он занимается по обычной программе вместе с учениками своего возраста.

4. Ребенок посещает только специальный класс и учится там по специальной программе (обычно дети с нарушением интеллекта). Но при этом он принимает непосредственное участие в жизни школы: совместные завтраки, совместные посещения воспитательных мероприятий и досуга, участие в спортивных соревнованиях и других мероприятиях [16].

В ***Лумве*** в результате целенаправленных и планомерных действий осуществлено включение всех детей-инвалидов в общеобразовательный процесс, *причем все дети с сохранным интеллектом независимо от наличия физических нарушений (зрения, слуха, движения) обучаются в обычных классах, наполняемость которых уменьшается пропорционально количеству детей инвалидов в классе. Основой для этого стал принятый закон «О специальном образовании».*

В общеобразовательных школах введены должности специалиста по социальной работе, специальных педагогов, ассистентов учителя, психолога, физиотерапевта. Приняты нормативы материально-технического и учебно-методического обеспечения, школы оборудованы в соответствии с потребностями детей. Организовано пребывание в течение дня и питание детей. Устранены физические барьеры и организован

подвоз всех детей в школы. *Для подвоза детей инвалидов применяется оборудованный транспорт и сопровождение ассистента учителя.* Для детей с нарушениями интеллекта в общеобразовательных школах организованы специальные и вспомогательные классы и услуги дневного ухода. Специальные школы реорганизованы в организации нового типа, в компетенции которых отнесено: ресурсная поддержка общеобразовательных школ, услуги по раннему вмешательству нарушенного развития, обучение детей со сложными и тяжелыми формами нарушений в условиях дневного пребывания и др. Устранены существовавшие барьеры институционального характера: внесены изменения в образовательные стандарты в части альтернативных методов и модификации методов преподавания и оценки знаний учеников, проведены курсы повышения квалификации учителей и персонала

Таким образом, в настоящее время в большинстве стран идет переход от отдельного образования и присмотра за детьми со специфическими нуждами к их полной интеграции, если это возможно. Этот переход регулируется законодательством стран. Мировым опытом образования этой категории детей выработаны некоторые минимальные стандарты для организации обучения детей-инвалидов:

1. Учеников с серьезными нарушениями по возможности необходимо включить с учетом педагогических особенностей в обычные классы начальных и средних школ.

2. Если степень нарушения мешает полной интеграции в обычном классе, ученики должны иметь социальный и образовательный базис в обычном классе и получать дополнительные, лечебно-коррекционные уроки вне класса (индивидуальные или в группах).

3. Дети с серьезными умственными и физическими недостатками могут обучаться в отдельных классах в рамках начальной и средней школ при систематических планируемых контактах со здоровыми сверстниками. При принятии решений относительно системы обслуживания приоритет отдается возможностям для детей получить образование, а не неудобствам администрации.

4. Индивидуальные учебные планы разрабатываются совместно педагогами и родителями с учетом потребностей учеников в интегрированном обучении и обстоятельств окружающей среды.

5. При организации обучения сознательно планируется самостоятельность.

6. Содержание учебного процесса должно быть соотнесено с функциональными навыками, которые соответствуют возрасту ребенка и необходимы для деятельности в интегрированной среде (домашний быт, профессиональное обслуживание, транспорт и т.п.).

7. Обучение, взаимодействие между людьми должно быть гарантией того, что дети действительно будут взаимодействовать с другими индивидами в интегрированном окружении.

Зарубежный опыт инклюзивного образования показывает, что для формирования равных возможностей для детей с особыми потребностями в обычной школе является:

1) Система постоянного психолого-медицинского сопровождения.

Без своевременного и качественно оказанных услуг комплексного психолого-медицинского сопровождения ребенка с ограниченными возможностями, семьи и родителей инклюзия может в лучшем случае оказаться неэффективной, а в худшем – нанести непоправимый вред всем участникам образовательного процесса.

2) Создание форм поддержки инклюзивного образования.

Формирование материально-технической базы, необходимой для обучения и развития ребенка, организация психолого-медицинских служб, определение опорных школ, ресурсных центров по инклюзии на базе существующих специализированных учреждений, обладающих достаточным опытом и порой уникальными технологиями работы с детьми с ограниченными возможностями.

3) Трансформация методологических подходов в работе педагогов и психологов с детьми с ограниченными возможностями. Необходим переход от селективной диагностики к диагностике развития (выявления ресурсов ребенка), от коррекции отдельных проблем в развитии детей – к сопровождению всей ситуации их развития в школе. Формируется подходящая для каждого конкретного ребенка и реальная для каждого образовательного учреждения модель инклюзии [17].

Обобщая методологию инклюзивного образования в странах, имеющих существенный опыт работы в процессе реагирования на разнообразие нужд всех учащихся через возрастающее участие в учении и уменьшение эксклюзивности **в** и **из** обучения, можно сделать следующие выводы:

1) Стратегической целью инклюзивного образования является *повышение доступности образования для всех (Цель развития тысячелетия)*, улучшение *качества*

образовательных услуг, а в последующем преодолению бедности и неравенства за счет улучшения образовательного потенциала, повышающего шансы людей с ограниченными возможностями на рынке труда.

2) При реализации модели необходимо создание единой управляемой системы и обеспечение ее материальными и нематериальными ресурсами:

- основными педагогическими кадрами со специальной подготовкой (в начальных классах - базовое образование «дефектология», в старших классах – обязательное прохождение коррекционных курсов);

- командой сопровождения детей с ограниченными возможностями ППМС: педагог сопровождения, дефектолог, социальный педагог, психолог, врачи, медицинские работники и др. в зависимости от характера возможностей ребенка;

- методическим обеспечением процесса обучения (нормативы детей в классах, нормативы дополнительных занятий, методика составления программ индивидуального обучения и др.);

- материально-технической базой обучения и доступности школы для пребывания детей, включая подвоз детей в школу;

- ресурсными центрами для инклюзива на базе специализированных школ;

- активным участием родителей в процессе обучения и развития ребенка;

- формированием толерантного общественного мнения к проекту.

Методология введения инклюзивного обучения в Казахстане

С ростом населения в Казахстане в последние годы наблюдается увеличение числа детей, нуждающихся в специальном обучении. В республике на январь 2009 года по данным республиканской психолого-медико-педагогической консультации выявлено 149246 детей с ограниченными возможностями в развитии.

Обучение детей данной категории осуществляется в 35 специальных детских садах и 228 специальных группах в организациях дошкольного образования общего назначения, в 101 специальной (коррекционной) школе и 820 специальных классах при общеобразовательных школах.

Траектории обучения в Казахстане в целом соответствуют рассмотренным нами этапам в мировом образовательном пространстве: коррекционные школы, коррекционные классы в

обычных школах и включение (инклюзия) детей с незначительной степенью отклонения от нормы и сохранным интеллектом в обычный класс общеобразовательной школы и обучение вместе со сверстниками. При этом создаются минимальные условия, не требующие финансовых расходов: обучение на первой парте и ограничения по занятиям физической культурой.

В системе специального образования обучение детей с ограниченными возможностями строго дифференцировано по видам нарушений (для детей с нарушением слуха, зрения, речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития). Эта система, по мнению экспертов-преподавателей специализированных школ Карагандинской области, при соответствующем материально-техническом обеспечении, имеет свои преимущества для детей со сложными сочетанными или тяжелыми диагнозами, т.к. за счет малочисленных классов и реализации индивидуального подхода к ребенку обеспечивает хорошие и высокие результаты его обучения.

В настоящее время в массовых школах функционируют специальные классы для школьников с нарушениями слуха, зрения, речи, интеллекта, что, по сути, является одной из форм интеграции школьников с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс.

Некоторая часть детей обучается и воспитывается в общих с нормально развивающимися детьми классах и группах детских садов. Такая интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные организации осуществляется вынужденно, стихийно, что обусловлено рядом факторов:

- недостаточным количеством специальных организаций образования для детей с ограниченными возможностями (как правило, в маленьких городах и сельской местности);
- отказом родителей от посещения их детьми специальных организаций образования, который обусловлен отдаленностью специальной организации от места проживания семьи, трудностями транспортировки детей к ним, нежеланием воспитывать ребенка в условиях интерната;
- стремлением родителей обучать детей среди нормально развивающихся сверстников.

Дети с ограниченными возможностями, обучающиеся в массовых организациях образования, испытывают значительные трудности в усвоении учебного материала и овладении социальными навыками вследствие отсутствия индивидуального подхода, специальной коррекционно-

педагогической, психологической и социальной поддержки, учета специальных образовательных потребностей. Педагоги массовых школ в настоящее время в большинстве своем не имеют соответствующих знаний об особенностях взаимодействия и способах обучения детей с ограниченными возможностями, поскольку эта информация не является содержанием их вузовской подготовки. В результате эта категория школьников часто попадает в число стойко неуспевающих и социально дезадаптированных учеников.

В то же время, в ратифицированной Республикой Казахстан «Конвенции о правах ребенка» (1994) зафиксированы права «неполноценных в умственном и физическом отношении детей» на полноценную и достойную жизнь. Согласно ст.28 этой Конвенции государства-участники признают право ребенка на образование, и в целях реализации этого права на основе равных возможностей они, в частности: поощряют развитие различных форм среднего образования, как общего, так и профессионального, обеспечивают его доступность для всех детей и принимают меры по ведению бесплатного образования и предоставлению в случае необходимости финансовой помощи [18].

Государственные гарантии в области образования лиц с ограниченными возможностями закреплены Законами РК «Об образовании», «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», где говорится, что государство обеспечивает для граждан с ограниченными возможностями условия для получения ими образования, коррекции нарушений в развитии и социальной адаптации, а также право родителей на выбор организации образования с учетом желания, индивидуальных склонностей и особенностей ребенка [19,20,21].

Для эффективного и полноценного включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс необходимо предоставить организационно-педагогические условия, соответствующие особым образовательным нуждам детей, и механизмы, обеспечивающие равенство возможностей получения образования путем комплексной социальной поддержки всех категорий детей с ограниченными возможностями.

Система организационно-педагогических условий инклюзивного образования включает:

- 1) Обеспечение государственной поддержки включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс, что означает усиление внимания к проблемам социально-экономического и юридического характера:

- разработка и внедрение нормативно-правовой документации, регламентирующей деятельность общеобразовательных школ, реализующих модель инклюзивного образования. (в настоящее время Национальным научно-практическим центром Коррекционной педагогики по заказу МОН РК разработан проект Правил об организации деятельности общеобразовательных школ, осуществляющих образование детей ОВР) [22];

- разработка национальной программы планомерного формирования отношения общества к детям с ограниченными возможностями как полноценными и полноправным гражданам республики;

- активизация сотрудничества организаций образования и общественных объединений, НПО по включению детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс.

2) Обеспечение ранней коррекционно-педагогической поддержки детей с ограниченными возможностями (начало в возрасте от 1 месяца) [23-26]. Реализация на практике этого условия способствует решению проблем не только раннего включения детей с нарушениями развития в общеобразовательный процесс, но и оказания качественной коррекционно-педагогической поддержки, а, как следствие, дальнейшей адаптации и интеграции в общество.

3) Ресурсное обеспечение включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательную школу.

Обеспечение общеобразовательного процесса кадровыми ресурсами соответствующей подготовки, суть которой заключается в овладении учителями общеобразовательных школ дефектологическими знаниями и специальными педагогическими технологиями, которые позволяют квалифицированно обучать детей с нарушениями в развитии. Это требует *введения* в Государственные стандарты Высшего профессионального образования по педагогическим специальностям курсов специальной педагогики и специальной психологии как предметов цикла базовых дисциплин. Требуется организация в институтах повышения квалификации постоянно действующих курсов переподготовки для педагогов общеобразовательных школ и детских садов, а также курсов повышения квалификации учителей специальных школ. Необходима поддержка постоянного функционирования ресурсных центров на базе специализированных школ, которые будут заниматься регулярной консультативной деятельностью. Кроме специализированных школ консультативно-методическую помощь должны оказывать специалисты ПМПК (психолого-медико-педагогической консультации), кабинеты

психолого-педагогической коррекции, реабилитационные центры, консультативные пункты и специальные школы.

Введение в штаты общеобразовательных школ ряда дополнительных специалистов. Так, необходимо введение ставки **специального педагога (педагога-дефектолога)**, если на обучение в одну школу поступают 12-15 детей с ограниченными возможностями. Для разных категорий детей с ограниченными возможностями необходимы специальные педагоги: олигофренопедагоги для детей с ЗПР и с легкими нарушениями интеллекта; сурдопедагоги для детей с нарушениями слуха; тифлопедагоги для детей с нарушениями зрения; логопеды для детей с нарушениями речи. Важно вводить в штаты организаций образования, обучающих детей с ограниченными возможностями, должности **логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15-20 интегрированных детей**, независимо от наличия логопедического пункта в школе [22].

Изучение особенностей включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс показало актуальность услуг психолога, что является основанием для введения в штаты организаций среднего образования ставки **специального психолога**.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями предполагает участие **социального педагога**, который выявляет причины социальной дезадаптации детей, определении планов культурно-массовых и физкультурно-оздоровительных мероприятий индивидуальной и групповой социальной работы, а также осуществляет связь с семьей, с органами и организациями по вопросам обеспечения жилья, пособий и др.

– Обеспечение включения детей с ограниченными возможностями образовательными и коррекционно-развивающими программами. Специальный педагог должен содействовать программно-методическому обеспечению включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс и контролировать поступление в библиотеку специальных учебников и адаптированных учебно-методических комплексов и учебно-методических пособий.

– Ресурсное обеспечение предусматривает создание современной материально-технической базы для включения детей с ограниченными возможностями в образовательный процесс. Каждая школа должна создать специальные условия в зависимости от вида нарушения каждого учащегося в части доступности здания, требуемых видов техники и оборудования, учебно-методических пособий.

4) Обеспечение поступления (перехода) ребенка с ограниченными возможностями в общеобразовательную школу. Обследование в ПМПК – важный первый этап, на котором междисциплинарная команда специалистов осуществляет диагностическую работу для определения образовательных потребностей. В справке дается заключение о поставленном диагнозе и рекомендованной форме обучения (специальная школа, специальный или обычный класс общеобразовательной школы).

Согласно законодательству об образовании РК с учетом интересов родителей и по согласованию с местными департаментами образования при наличии контингента могут открываться классы интегрированного обучения и специальные (коррекционные) классы.

Классы интегрированного обучения, осуществляющие полную интеграцию детей с ОВР в общеобразовательный процесс. Наполняемость такого класса 1:3, когда один ученик с ОВР заменяет трех обычных учеников, и в таком классе могут учиться не более 3 учащихся с ограниченными возможностями. Выбор этой формы обусловлен тем, что среди детей с ОВР есть дети с достаточно сохраненными потенциальными возможностями, которые способны обучаться по общеобразовательным программам при обеспечении дополнительной коррекционной подготовки специалистами МППК (медико-психолого-педагогического консилиума).

Специальные коррекционные классы, осуществляющие частичную интеграцию детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс. Наполняемость классов согласно Приказу №4-02-4/450 от 16 марта 2009 года «Рекомендации по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии». Для детей с НОДА – не более 12 человек; неслышащих детей – не более 8 человек; слабослышащих детей – не более 10 человек; незрячих – не более 8 человек; слабовидящих и поздноослепших – не более 12 человек; для детей с задержкой психического развития – не более 12 человек и т.д.

Согласно этим рекомендациям из расчета на это число детей, обучающихся по инклюзивной форме или в специальных коррекционных классах, в школе открываются ставки:

1) специального-педагога (дефектолога соответствующей специализации: тифло-, сурдо-, олигофрено-): 1 педагог не более чем на 12 детей;

2) социальный педагог: 1 педагог не более чем на 15 детей;

- 3) специальный психолог: 1 педагог не более чем на 12 детей;
- 4) логопед: 1 педагог не более чем на 10 детей (кроме логопедического пункта в школе);
- 5) врач: одна штатная единица;
- 6) тьютор-медсестра для каждого ребенка, который не может самостоятельно передвигаться.

§2.2 Типовой расчет расходов по обеспечению физической доступности школы для детей-инвалидов с различными видами ограничения жизнедеятельности

На основе методики паспортизации доступности и зданий социальной инфраструктуры, приведенной в параграфе 1.1, проведена паспортизация типовой школы №15 города Караганды (ул.Сатыбалдина, 19).

Предполагается следующий комплекс мероприятий для адаптации здания школы к нуждам МГН, принятый на основе паспортизации:

- демонтажные работы;
- восстановительные работы (вход);
- установка пандуса;
- реконструкция коридоров (в т.ч. установка тактильной плитки, тактильных табличек);
- установка мобильного подъемника для НОДа.

На основе результатов проектно-чертежных работ, инженером-экономистом были проведены расчетно-сметные работы по реконструкции здания школы для детей-инвалидов с различными видами ограничений. Основные результаты представлены в таблице 2.2. Сводный сметный расчет стоимости можно увидеть в таблице 2.11.

Таблица 2.2 – Стоимость комплекса мероприятий для адаптации здания школы к нуждам МГН, 2011г.

Наименование мероприятия	Стоимость работ, тыс. тг.
Демонтажные работы	331,6
Восстановительные работы (вход)	723,4
Установка пандуса	785,0
Реконструкция коридоров (в т.ч. установка тактильной плитки, тактильных табличек)	6691,6
Установка мобильного подъемника для НОДа	2498,1
ИТОГО стоимость работ без учета налогов и услуг сторонних организаций	11029,7
Услуги инженеров, затраты на осуществление авторского надзора	56,06
НДС	1278,2
ВСЕГО стоимость работ	12364,29

ПАСПОРТ
доступности объекта социальной инфраструктуры
№ _____ от « ____ » _____ 20__ года

Школа № 15

полное юридическое наименование объекта

г.Караганда ул. Сатыбалдина 19

почтовый адрес, телефон, факс, e-mail

Наименование населенного пункта

г.Караганда

1. Вид деятельности Услуги
образования

2. Субъект собственности (собственник)

Государство

3. Размещение объекта Отдельно здание

4. Объем предоставляемых услуг

всего _____

Количество обслуживаемых посетителей в день, вместимость и т.п..

4.1 В том числе для

МГН _____

Таблица 2.3 - ВХОДНАЯ ГРУППА (для доступа в зону оказания услуг)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5	6
Крыльцо или входная площадка					
Габариты площадки: ширина X глубина	К	не менее 220 X 220 см.	150*150	600*350	
Поручни (ограждение) при высоте площадки более 45 см.	К, О, З	наличие	наличие	+	
Нескользящее покрытие	К, О, З	наличие	наличие	отсутствует	создание
Навес	К, О	наличие	наличие	+	
Лестница наружная					
Нескользящее покрытие	О, З, С	наличие	наличие	отсутствует	создание
Рельефная (тактильная) полоса перед маршем вверху и внизу (ширина)	З	60 см.	60 см.	отсутствует	создание
Контрастная окраска первой и последней ступени	З	наличие	наличие	отсутствует	создание

Продолжение таблицы 2.3

1	2	3	4	5	6
Поручни с двух сторон: - на высоте; - горизонтальные завершения поручня вверху и внизу с нетравмирующим окончанием (закруглением)	О О, 3 О, 3	наличие 85-95 см. не менее 30 см.	наличие 70-95 см. не менее 30 см.	+ 100 отсутствует	заменить поручни
Пандус наружный				отсутствует	установка
Ширина марша	К	не менее 100 см.	90-100		
Уклон	К	Н/Л- не более 1/12	Н/Л- не более 1/12		
Высота одного подъема	К	не более 80 см.	не более 80 см.		
Разворотные площадки: - внизу - промежуточная с поворотом направления движения	К	не менее 150 X 150 см не менее 150 X 150 см	не менее 150 X 150 см не менее 150 X 150 см		
Поручни с двух сторон: - на высоте - на высоте - горизонтальные завершения вверху и внизу, с нетравмирующим окончанием	К О К, О	70 см. 85-90 см. не менее 30 см.	70 см. 75-90 см. не менее 30 см.	отсутствует	установка
Нескользкое покрытие	К, О	наличие	Наличие	отсутствует	создание

Окончание таблицы 2.3

1	2	3	4	5	6
Тамбур					
Габариты тамбура: глубина X ширина	К	не менее 220 X 180 см.	190*135см.	270*549 см.	
Двери распашные (Р), автоматические раздвижные (А): - ширина проема в свету; - высота порога наружного, внутреннего.	К К	не менее 90 см. не более 2,5 см.	не менее 90 см. не более 2,5 см.	145 см. 2,5 см.	

Таблица 2.4 - ПУТИ ДВИЖЕНИЯ на объекте (для доступа в зону оказания услуги)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5	6
Коридоры/холлы					
Ширина полосы движения при открытых дверях кабинетов	К	не менее 120 см.	не менее 120 см.	270 см.	
Разворотные площадки	К	не менее 150 x 150 см.	не менее 150 x 150 см.	более 150*150	
Место отдыха и ожидания - для лиц с нарушением ОДА (О), расстояние от сидения до полосы движения - для колясочников, размеры глубина x ширина	К, О, З, С О	не реже, чем через 25 м не менее 1 на этаж не менее 60 см. 150 x 90	не реже, чем через 25 м не менее 1 на этаж не менее 60 см. 150 x 90	+	
Навесное оборудование в зоне движения, выступ	З	не более 10 см.	не более 7,0 см.	соответствует	
Лестница №1 (на 2 этаж)					
Рельефная тактильная полоса перед маршем, вверху и внизу (ширина)	З	60 см.	60 см.	отсутствует	создание

Окончание таблицы 2.4

1	2	3	4	5	6
Контрастная окраска крайней ступени	3	наличие	наличие	отсутствует	создание
Поручни с двух сторон: - на высоте; - горизонтальные завершения вверху и внизу, с нетравмирующим окончанием	0, 3 0, 3 0, 3	наличие 85-90 см. не менее 30 см.	наличие 85-90 см. не менее 30 см.	отсутствует 100	установка
Подъемник для инвалидов		наличие	наличие	отсутствует	установка
Лестница №2 (на 3 этаж)					
Рельефная тактильная полоса перед маршем, вверху и внизу (ширина)	3	60 см.	60 см.	отсутствует	создание
Контрастная окраска крайней ступени	3	наличие	наличие	отсутствует	создание
Поручни с двух сторон: - на высоте; - горизонтальные завершения вверху и внизу, с нетравмирующим окончанием	0, 3 0, 3 0, 3	наличие 85-90 см. не менее 30 см.	наличие 85-90 см. не менее 30 см.	отсутствует 100	установка
Подъемник для инвалидов		наличие	наличие	отсутствует	установка

Таблица 2.5 - ЗОНА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (в зависимости от вида деятельности)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5	6
Раздевалка					
Высота рабочей поверхности	К	80-110 см.	80-110 см.	100см	
Габариты зоны обслуживания	К	не менее 90 x 150 см.	не менее 95 x 125 см.	96*145 см	
Кабинет					
Ширина проема двери в свету	К, О	не менее 90 см.	не менее 90 см.	90см	
Габариты зоны сидения, глубина	О	не менее 120 см.	не менее 120 см.	соответствует	
Зона для кресла- коляски	К	не менее 150 x 150 см.	не менее 150 x 150 см.	соответствует	
Парта	К, О	60-80 см.	60-90 см.	соответствует	
Библиотека					
Ширина проема двери в свету	К, О	не менее 90 см.	не менее 90 см.	90	
Высота рабочей поверхности	К	80-110 см.	80-110 см.	100	
Габариты зоны сидения, глубина	О	не менее 120 см.	не менее 120 см.	Более 120	

Окончание таблицы 2.5

1	2	3	4	5	6
Зона для кресла- коляски	К	не менее 150 x 150 см.	не менее 150 x 150 см.	Более 160	
Парта	К, О	60-80 см.	60-90 см.	соответствует	
Столовая					
Ширина проема двери в свету	К, О	не менее 90 см.	не менее 90 см.	90	
Высота рабочей поверхности	К	80-110 см.	80-110 см.	100	
Габариты зоны сидения, глубина	О	не менее 120 см.	не менее 120 см.	Более 120	
Зона для кресла- коляски	К	не менее 150 x 150 см.	не менее 150 x 150 см.	Более 120	
Стол обеденный	К, О	60-80 см.	60-90 см.	соответствует	
Актальный зал					
Доля мест для колясочников	К	не менее 2%	не менее 2%		
Ширина прохода к месту для колясочников	К	не менее 120 см.	не менее 120 см.	100	расширить

Таблица 2.6 - САНИТАРНО-БЫТОВЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
1	2	3	4	5	6
Санузел					
Знак доступности помещения	К, О	наличие	наличие	отсутствует	создание
Ширина дверного проема	К	не менее 90 см.	не менее 90 см.	80	реконструкция
Раковина: - зона у раковины для кресла-коляски (минимальная глубина X ширина); - высота раковины; - опорный поручень	К К О	не менее 130 X 85 см. 75-85 см. наличие	не менее 120 X 80 см. 75 см. наличие	+ 80 отсутствует	 установка
Кабины: - количество кабин; - ширина дверного проема; - габариты (минимальная глубина X ширина); - опорные поручни; - зона для кресла-коляски рядом с унитазом (ширина X глубина); - крючки для костылей: • на высоте; • выступ	К, О К К К, О К О О О	не менее 1 ед. не менее 90 см.. не менее 180 X 165 наличие не менее 80 X 120 см. наличие 120 см. 12 см.	не менее 1 ед. не менее 90 см.. не менее 180 X 165 наличие не менее 80 X 120 см. наличие 120 см. 12 см.	отсутствует	создание

Окончание таблицы 2.6

1	2	3	4	5	6
Знак доступности кабины	К, О	наличие	наличие	отсутствует	создание
Тактильная направляющая полоса к кабине, осязаемая ногой или тростью (ширина)	3	30 см.	30 см.	отсутствует	создание

Таблица 2.7 - СРЕДСТВА ИНФОРМАЦИИ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИИ на объекте

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Надписи: - размещение на высоте; - высота прописных букв; - освещенность.	3, С К, 3, С 3 3	наличие не более 160 см. не менее 7,5 см. наличие	наличие не более 120-160 см. не менее 7,5 см. наличие	+ не соответствует соответствует	 привести в соответствие
Тактильные средства информации предоставлении услуги: - высота размещения; - маркировка кабинетов приема со стороны ручки - на поручнях лестниц; - на кабинетах санитарно-бытовых помещений.	3 3 3 3	наличие 60-110 см. наличие наличие наличие	наличие 60-110 см. наличие наличие наличие	отсутствует	устан.

Таблица 2.8 - ТЕРРИТОРИЯ ОБЪЕКТА

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Норматив доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Казахстанские нормативы	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Отведенная территория объекта					
Вход на территорию: - ширина прохода, калитки, проема в ограждении	К К, О, З	наличие не менее 90 см.	наличие не менее 90 см.	+	
Знак доступности учреждения	все	наличие	наличие	отсутствует	установить
Автостоянка посетителей: - расстояние до входа в здание; - доля машино-мест для инвалидов; - размер места со специальным знаком	К, О К, О К	не более 50 м. не менее 10% не менее 350 X 500 см	не более 50 м. не менее 10% не менее 350 X 500 см	+	
Путь к главному (специализированному) входу в здание: - ширина полосы движения; - указатели направления движения; - декоративное ограждение, выполняющее направляющую функцию	К, О К, О, С З О	не менее 180 см. наличие наличие наличие через 200 м.	не менее 180 см. наличие наличие наличие через 200 м.	+	создать

Таблица 2.9 - Доступность элементов объекта для МГН («Д» - доступно, «Ч»- частично доступно, «Н» - не доступно)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Входная группа	Н	Ч	Ч	Д
2	Пути движения	Д	Д	Н	Д
3	Зона обслуживания	Д	Д	Н	Д
4	Санитарно-бытовые помещения	Н	Н	Н	Д
5	Средства информации и телекоммуникации	Д	Д	Ч	Д
6	Территория объекта	Ч	Д	Н	Д

Таблица 2.10 - Заключение о доступности объекта для инвалидов (нужное отметить знаком «Х»)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Объект полностью доступен				Х
2	Объект частично доступен	Х	Х	Х	
3	Объект не доступен				

Члены рабочей группы по обследованию
объекта

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 201__ г.

Руководитель объекта

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 201__ г.

Примечания:

1. Принятые сокращения категории инвалидов:

К – инвалиды-колясочники; О – инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата, не использующие для передвижения коляски; З – инвалиды с поражением зрения, С – инвалиды с поражением слуха.

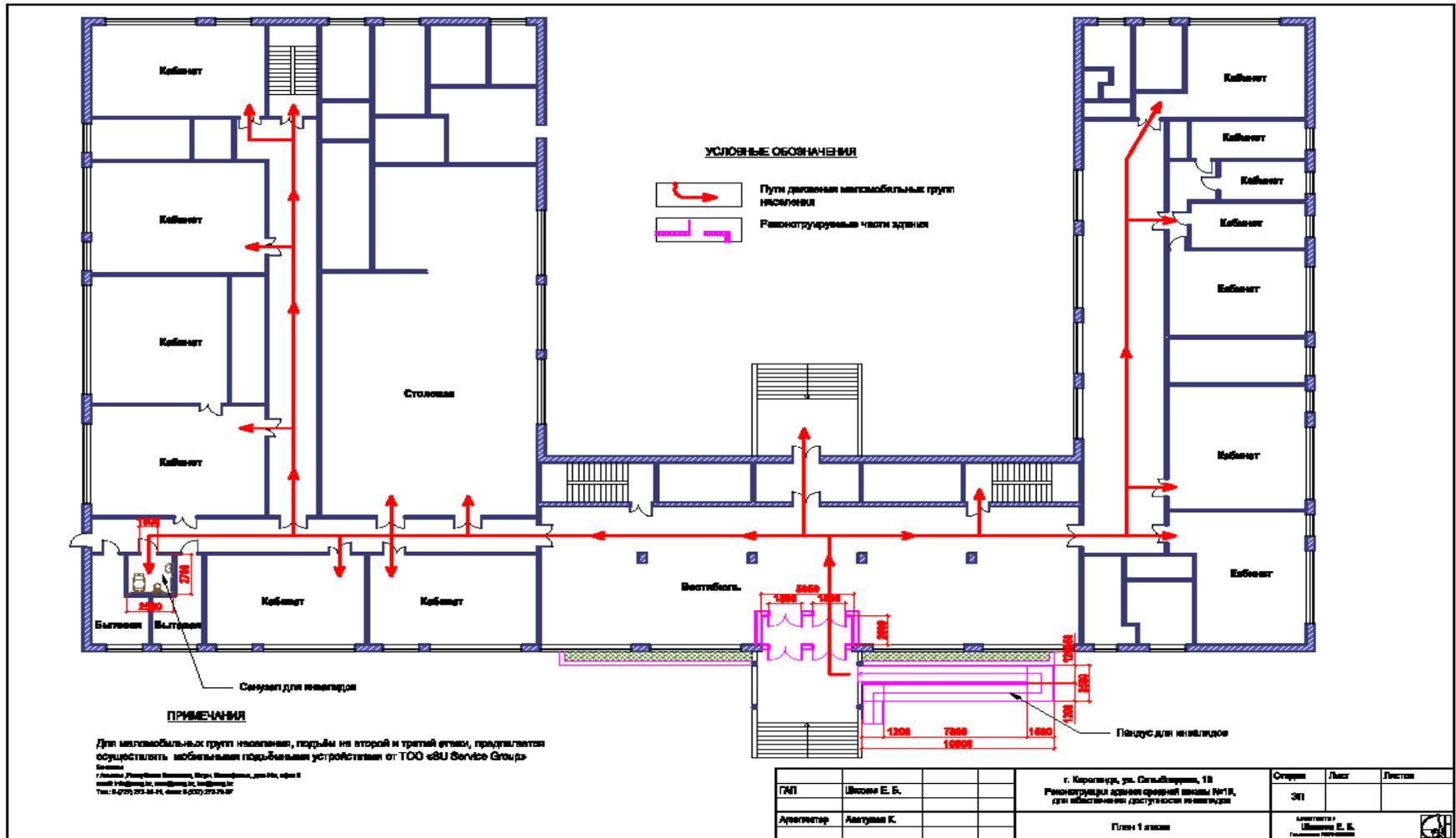


Рисунок 2.2 - Архитектурный план реконструкции 1 этажа школы

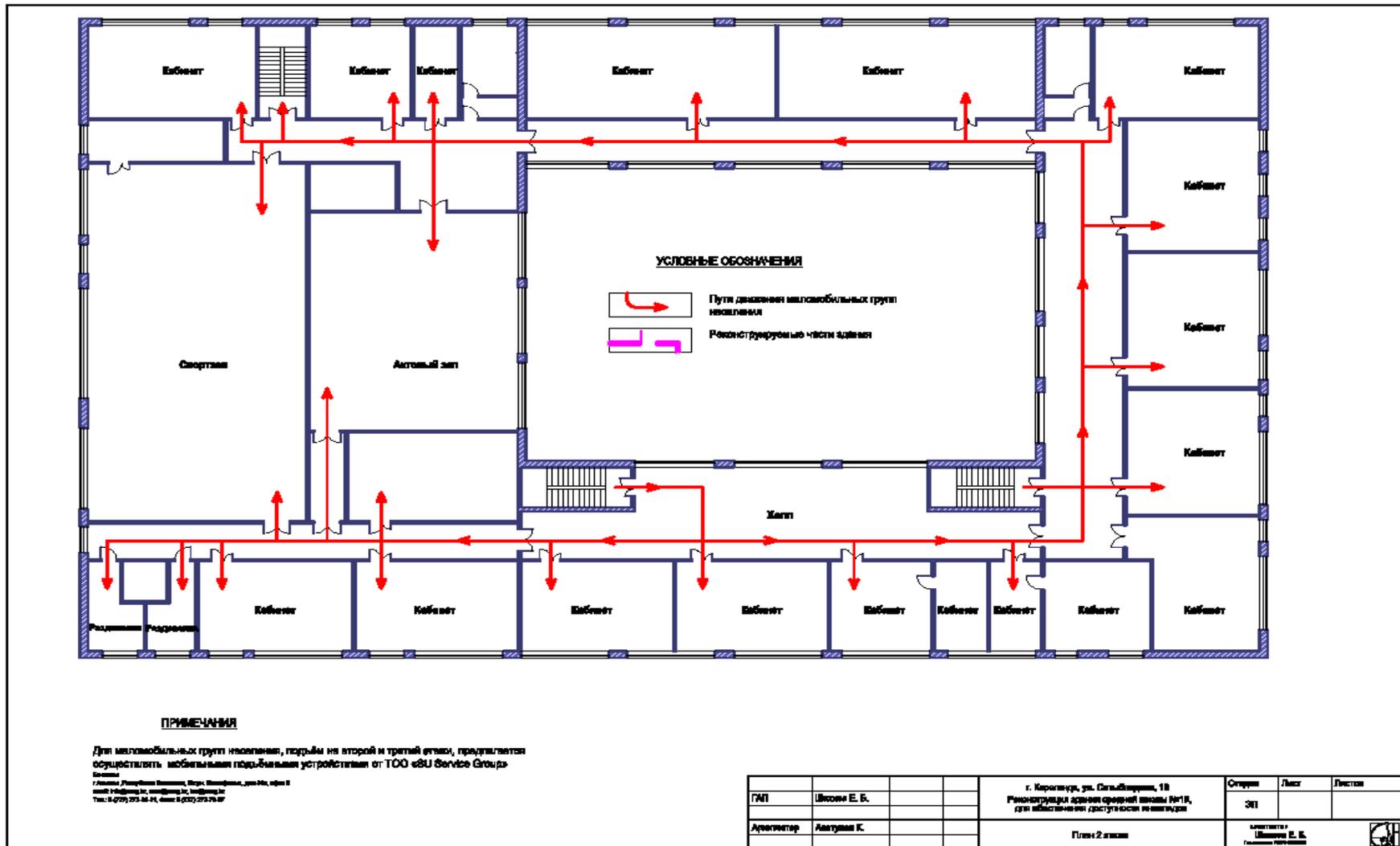


Рисунок 2.3 - Архитектурный план реконструкции 2 этажа школы

Таблица 2.11 – Сводный сметный расчет стоимости реконструкции здания общеобразовательной школы

№ смет и расчетов	Наименование глав, объектов, работ и затрат	Сметная стоимость, тыс. тенге			Всего, тыс. тенге
		Строительно-монтажных работ	Оборудования, мебели и инвентаря	Прочих затрат	
Сметный расчет	Сметная стоимость в текущих ценах 2011г.	8 137,56	2 139,30	318,75	11495,61
РДС РК 1.03-02-2010 прил.№13	Услуги инженера (технадзор заказчика) в текущих ценах 2011г.			34,87	34,87
Смета пир	Проектно-изыскательские работы 2011 год			434,42	434,42
Снип РК 1.03-03-2001	Затраты на осуществление авторского надзора, 0,2% в текущих ценах 2011г.			21,19	21,19
	Итого в текущих ценах 2011г.	8 137,56	2 139,30	809,23	11 086,09
	Итого	8 137,56	2 139,30	809,23	11 086,09
	Налог на добавленную стоимость - 12%			1 278,20	1 278,20
	Итого по сводному сметному расчету (2011г.)	8 137,56	2 139,30	2 087,43	12 364,29

§2.3 Определение мер и расходов по обеспечению разумного приспособления ученического места

Для обеспечения ученического места для ребенка-инвалида необходимо учитывать его индивидуальные особенности, и, исходя из них, осуществлять закуп и оборудование классов специальными учебными устройствами. В таблице 2.12 представлен перечень и стоимость *общего для всех категорий детей оборудования для учебных, внеклассных и реабилитационных занятий*.

Таблица 2.12 – Оборудование общего пользования для ученических мест всех типов

Наименование оборудования	Стоимость, тенге
Лингофонный кабинет "LinguaAscent " на 16 мест	1243 031
LCD -проектор (проектор, экран и крепление)	141 500
Интерактивная доска	219 600
Устройства для внеклассных дополнительных индивидуальных (коррекционных) занятий:	
Логопедический (речевой) тренажёр "Дэльфа - 142.1", версия 1.5 с персональным компьютером (Россия) (один на кабинет коррекции)	400 000
Интерактивное оборудование для развития познавательной и двигательной сферы «Саундбим» (Великобритания)	2 700 000
Физкультурное и оборудование для ЛФК	
Музыкальный центр PHILIPS MCM166/12	15 900
Коврики и дорожки, полифункциональные наборы и игровые наборы	1 500 000
Сенсорная комната для помещения 30 кв.м. (Россия, Англия)	5 000 000
Мягкая комната – шариковый бассейн, полифункциональные наборы, дидактические наборы (Россия)	3 000 000
ИТОГО	8 520 031

Для обучения детей с ослабленным слухом необходимо обеспечение класса оборудованием, представленным в таблице 2.13.

Таблица 2.13 – Оборудование для обучения детей с ослабленным слухом.

Методическое обеспечение	Стоимость, тенге
1	2
Приобретение оригинального учебника для школ I и II вида (могут использоваться обычные учебники)	1000

Окончание таблицы 2.13

1	2
Методическое пособие "Развитие слухоречевого восприятия после кохлеарной имплантации у глухих школьников и взрослых"	*
Комплект дидактического материала для развития слуха и речи	*
Учебник Левина по постановке звуков	*
Специальные оборудование и устройства	
Основное оборудование для занятий:	
Клинический (диагностический) аудиометр АС 40 (один на школу)	1889100
Беспроводной учебный класс «Amigo» 1 учитель+6 учеников (+ слух. аппараты, вкладыши и батарейки)	1661000
Индукционная петля для классов, музыкальных, актовых, спортивных залов и столовой (Field) (США)	40000
Специальные логопедические зонды для постановки каждого звука:	
Зонды массажные, комплект из 12 штук (полный комплект)	16500
Зонды массажные, комплект из 8 штук (основной набор)	11500
Зонды постановочные, комплект из 7 штук (по методике Ф.А.Рай)	10000
Зонды постановочные, комплект из 7 штук (по методике Л.С.Волковой)	10000
Зонды вспомогательные, комплект из 4 штук (логостимулоны)	7500
Зонды вспомогательные, комплект из 2 штук (роторасширители)	3500
Устройства для внеклассных дополнительных индивидуальных (коррекционных) занятий:	
Мультимедийная образовательная система Multikid	950000
GoTalk One в комплекте (GoTalk 20, GoTalk 9, GoTalk 4, GoTalk Pocket)	210350
Зеркала логопедические настенные (50/100) (одно на кабинет коррекции)	100000
Зеркала логопедические настольные (60/80) (одно на кабинет коррекции)	525
Телевизор LG 29FS7RL (один на кабинет коррекции)	37900
Видеокамера SAMSUNG SMX-F44BP	44910
Физкультурное и оборудование для ЛФК	
Беспроводная звукоусиливающая система «Front Row To Go» (США)	250000
ИТОГО	5243785
* - формы, инструкции по изготовлению доступны в сети Интернет бесплатно	

Для обучения детей с ослабленным зрением необходимо обеспечение учебного места оборудованием, представленным в таблице 2.14.

Таблица 2.14 – Оборудование для создания класса для детей с ограничениями по зрению

Методическое обеспечение		
1	Специальный учебник для слабовидящих (обычный с крупным шрифтом), Изд-во "Ата-мура", Казахстан	15000
2	Наглядно-иллюстративный материал (демонстрационный, раздаточный)	*
3	Рельефная наглядность (одна на класс, кабинет)	*
4	Макеты, муляжи, скульптурные изображения, шарнирные модели для тактильного обследования (на класс)	*
5	Развивающий, игровой материал, адаптированный к возможностям сохранных анализаторов детей	*
6	Фонетика магнитофонных записей (звуки животных, шум улицы, транспорта, пение птиц и т.п.)	*
Специальные оборудование и устройства		
	Брайлевский тифлокомплекс:	2945266
1	Брайлевский дисплей SuperVario 64 (64 элемента) (Германия)	3025000
2	Программа экранного доступа Cobra 9.0 для брайлевских дисплеев SuperVario, VarioConnect и VarioPro (Германия)	320000
3	Мобильное USB устройство экранного доступа MyStick с речью и увеличением экрана (Германия)	170000
4	Basic-D V4, принтер для печати по Брайлю (формат бумаги А4) (Швеция)	1100000
5	Шумопоглощающий худ для принтера Basic-D V4 (Швеция)	270000
6	Автономная читающая машина «Книголюб-компакт-CD» (CD, USB) (Германия)	1400000
7	Программа "Книголюб" для сканирования и чтения, брайлевский сканер (Германия)	750000
Устройства для внеклассных дополнительных индивидуальных (коррекционных) занятий		
1	Портативная электронная лупа SenseView Light (Корея), Rubi (США)	180000
2	Стационарная электронная лупа LifeStyle D630 с монитором 19" (Корея) (для библиотек)	65000
	ИТОГО	6725266
* - формы, инструкции по изготовлению доступны в сети Интернет бесплатно		

Для обучения детей с НОДА необходимо обеспечение класса оборудованием, представленным в таблице 2.15.

Таблица 2.15 – Оборудования для создания класса для детей с НОДА

Методическое обеспечение		
1	2	3
1	Специальная индивидуальная программа сопровождения ребенка в общеобразовательной школе	Разрабатывается индивидуально для каждого ребенка соответствующим специалистом
2	Индивидуальные дидактические материалы для каждого ребенка	*
3	Артикуляционные профили (основные) (комплект на кабинет)	*
4	Сигнальные фишки трех цветов (красные, синие, зеленые) (комплект на кабинет)	*
5	Кассы букв, схемы слогов, слов, предложений, слоговые таблицы (комплект на кабинет)	*
6	Таблицы для работы над дыханием, голосом интонацией (комплект на кабинет)	*
7	Наборы предметных картинок для автоматизации звуков	*
8	Комплекты дидактических игр	*
Специальное оборудование и устройства		
	Основное оборудование для занятий:	
1	Компьютер двухплатформенный ученика Apple Mac Mini (может быть заменен простым компьютером)	стоимость отсутствует (ТОО «САТР» ведет работу по поиску)
2	Большая программируемая клавиатура Intelli Keys USB	стоимость отсутствует (ТОО «САТР» ведет работу по поиску)
3	Сменные панели (накладки для фиксации пальцев)	41980
4	Координатно-указательное устройство роллер-джойстик Roller Plus & Joystick Plus (Roller Mouse Free)	4277
5	Компьютерный манипулятор (Roller Mouse Free)	32142
6	Парта (из перечня реабилитационного оборудования)	46000
7	Специальная парта со стулом (как в Обл. школе-инт. НОДА)	14755
8	Адаптивный стул для двигательной активности (с высокой спинкой)	15775
9	Стул ортопедический 115-160 (№ СН -37.01.03) (можно сидеть и в классе и на ЛФК используется)	134000
10	Адаптируемый столик-мольберт	7554
11	Специальные лежаки со столами	55714
12	Подставка для ног	7550
13	Мобильные доски (изменение уровня по высоте)	12855

Окончание таблицы 2.15

1	2	3
14	Подставки для выступления (опоры-пьюпитер) (регулируемая наклонная стойка)	12711
16	Диктофоны с учетом потребности в них	11000
Устройства для внеклассных реабилитационных индивидуальных занятий:		
1	Комплект многофункциональных грузов, подушек и валиков	1000000
2	Рефлекторно-нагрузочное устройство «Гравистат», 4 размера (Россия)	1600000
3	Нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм РПК «Атлант», 4 размера (Россия)	2400000
4	Детский комбитренажер «МОТОmed gracile-12» для тренировки верхних и нижних конечностей (Германия)	1450000
5	Приспособление двухъярусное для обучения ходьбе	105000
6	Качели (в комплекте с валиком, доской, матами)	139000
	ИТОГО	7074538
* - формы, инструкции по изготовлению доступны в сети Интернет бесплатно		

§2.4 Экспертная оценка необходимых условий и ресурсов для инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями

Для выявления особенностей реализации инклюзивного образования были проведены открытые интервью со следующими специалистами:

1. Заместителем по учебно-воспитательной работе областной специализированной общеобразовательной школы для детей с нарушениями слуха Сафиуллиной Наталией Викторовной.

2. Заместителем по учебно-воспитательной работе областной специализированной школы-интерната для детей с нарушениями зрения Рогузиной Татьяной Владимировной.

3. Специалистом по инклюзивному образованию областной специализированной школы-интерната для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата Курмашевой Шолпан Нуркасановной.

4. Заместителем по учебно-воспитательной работе специальной школы-интерната для детей с тяжелыми нарушениями речи Нагушевой Ириной Владимировной.

5. Директором ГУ «Психолого-медико-педагогическая консультация» Макашевым Абзалом Кабкеновичем и заместителем директора Абильтмансуровой Гульзирой Гейзатовной.

6. Доцентом СГИ, к.п.н. Чумаковой О.Ф. – специалистом по инклюзивному образованию.

Ниже представлены материалы экспертного опроса по вопросам учебно-методического комплекса, основного оборудования для учебного места, специализированного оборудования для дополнительных занятий, физкультурных и реабилитационных занятий и кадровому обеспечению учебного процесса.

Экспертная оценка условий и ресурсов для инклюзивного образования детей с ограничениями по зрению

Категория детей:

В условиях общеобразовательной школы по инклюзивной форме обучения могут обучаться дети с нарушениями зрения, которых можно отнести к категории детей слабовидящих, имеющих остроту зрения 0,04 и ниже, с сохраненным интеллектом при отсутствии дополнительных сочетанных заболеваний.

Важное значение в достижении большей эффективности инклюзивного образования имеет участие детей в программах дошкольной подготовки детей в специализированных детских садах (к примеру «Айсулу», «Ертостик» в г. Караганде).

Учебно-методический комплекс:

1. **Учебники.** Для слабовидящих детей используются специальные учебники с укрупненным шрифтом (с пометкой для слабовидящих), при этом содержание таких учебников остается аналогичным содержанию обычных учебников. Если речь идет об обучении в условиях инклюзивного образования слепых детей, то необходимо приобретение специальных учебников по Брайлю. В этом случае можно использовать европейский опыт создания для каждого интегрированного (включенного) ребенка своего учебника, когда учитель-предметник на уроке должен работать по двум-трем и более учебникам одновременно, либо о создании интегрированного учебника, по которым могли бы работать разные дети.

2. **Методические средства.** Предполагается, что у учителя, который идет на урок, и знает, что у него в классе есть ребенок с ограниченными возможностями зрения, должен быть индивидуальный набор таких средств для того, чтобы этого ребенка успешно включить в образовательный процесс. Для детей с нарушениями зрения существуют требования к подготовке дидактического материала. В частности, не допускается использование чрезмерно ярких цветов, красок, преимущественно идет концентрация на контрасте сочетания

цветов. Дидактический материал может быть подготовлен как вручную преподавателем, так и на заказ (фабричный вариант).

При подготовке наглядного материала необходимо использовать индивидуальный подход в форме муляжей (на ощупь).

3. Условия инклюзивного обучения детей с ограничением по зрению:

– Со стороны ученика: перед началом обучения в общеобразовательной школе ребенок с нарушением зрения должен пройти коррекцию зрения (очки);

– Со стороны школы: в процессе обучения ученик обязательно должен сидеть на первой парте; при чтении должен использовать подставки для книг; при проведении учебных занятий необходимо учитывать, что у детей с нарушениями зрения существуют ограничения скорости чтения; учитель должен соблюдать ограничения по времени использования технических средств (например, LCD – проектор); расписанием должны быть установлены ограничения по занятиям физической культурой или они должны быть заменены на АФК – адаптивную физическую культуру; ученику запрещается бег по коридорам.

4. Кроме классных занятий для таких детей должны быть предусмотрены **дополнительные внеклассные занятия** по развитию в форме игр (у преподавателя должны быть соответствующие навыки). В процессе занятий используются специальные устройства-тренажеры, приспособления и др. В частности, должны предусматриваться специальные коррекционные занятия по ритмике, социально-бытовой адаптации, ориентации в пространстве (микро-, мезо- и макро-), коррекции недостатков речи, ЛФК. Продолжительность занятия по одному предмету 20 минут.

Специальное оборудование и устройства:

В качестве **основного специального оборудования** при подготовке детей с нарушениями зрения, как посылает отечественная практика обучения детей в условиях специализированной коррекционной школы и зарубежный опыт обучения, являются следующие виды оборудования и устройств.

Брайлевский компьютерный тифлокомплекс, который включает в себя:

– Профессиональный модульный брайлевский дисплей «Vario PRO» 64/80 элементов – это платформа для эффективной работы: модульная структура, большое разнообразие дополнительных модулей и нового поколение

навигационных средств позволяют оптимальным образом комбинировать различные элементы для создания максимально эффективного и удобного рабочего места. Vario Pro могут работать не только с Virgo и Blindows, но и со всеми другими известными программами экранного доступа.

– Комплекс может комплектоваться дополнительными модулями: статусным модулем, модулем управления речью, модулем телефонного оператора, аудио-модулем, модулем увеличения.

– Специальное программное обеспечение (Программа экранного доступа «Virgo 4»). Эта система предназначена для работы с компьютерными сетями. Чтобы слепой или слабовидящий пользователь мог владеть информацией, выводимой на экран, ничего больше не требуется. Virgo позволяет не только читать экран, содержимое экрана анализируется и интерпретируется. При этом Virgo распознает информацию с экрана, классифицирует ее, упорядочивает и выдает различными способами. Особенностью Virgo является то, что информация выдается полностью как «по Брайлю», так и с помощью речевого вывода. Информация «по Брайлю» выдается различными способами, а речевая – различными голосами. Например, имя значка и содержимое текста выдаются различными голосами. Благодаря большой гибкости Virgo, пользователь может использовать различные брайлевские дисплеи и речевые синтезаторы.

– Универсальный и мобильный экранный доступ «My Stick» – это флэш-память формата U3. My Stick является первым мобильным экранным доступом, который работает без инсталляции на всех современных компьютерах с Windows. Вставленный в свободный USB порт компьютера, My Stick запускается автоматически и пользователь сразу может работать с компьютером. После удаления My Stick на компьютере не остается никаких файлов и не меняется никакая конфигурация. Преимущества: можно работать на любом компьютере с Windows; используется речевой вывод информации и увеличение экрана; не нужна никакая предварительная инсталляция.

– Принтеры для печати рельефно - точечным шрифтом Брайля. Специальный принтер для печати по Брайлю (рельефно-точечным шрифтом) на двусторонней бумаге, расфасованной в пачки. Работа принтера обеспечивается специальным программным обеспечением Win Braille. Принтер очень прост в эксплуатации и производит высококачественную печать рельефно-точечным Брайлевским шрифтом. Принтер Index 4x4 PRO дополнительно комплектуется специальным

степлером для брошюровки листов. Скорость печати: 340 страниц формата А 4 в час (для Index Everest).

– Акустический кабинет для принтеров Index. Акустический кабинет для принтеров имеет небольшой размер и уменьшает шум, производимый принтером до уровня допустимого для офисных помещений. Расходы на его транспортировку значительно снизятся, если его перевозить в плоской маленькой коробке. Акустический кабинет легко собирается.

– Автономная читающая машина с речевым выводом ("Книголюб - компакт" и "Книголюб - компакт -CD"). Позволяет слушать любой плоскочечатный материал с помощью простого нажатия кнопки без предварительного изучения длинных и сложных инструкций по эксплуатации. Помимо чтения плоскочечатных текстов «Книголюб-компакт» может воспроизводить аудио компакт диск и Daisy-книги. При этом предлагаются возможности современного Daisy проигрывателя по списку и навигации. Используются большие, с тактильной маркировкой пять кнопок и два вращающихся регулятора. Встроенная речь обеспечивает простоту и скорость использования кнопок. Книголюб-компакт автоматически определяет положение страницы на стекле сканера, берет изображение страницы, превращает его в речь и громко читает по-русски или по-английски. Существуют дополнительные языковые версии Книголюб-компакт, (немецкая, французская, итальянская). Вы можете менять скорость чтения – читать медленно, нормально или быстро, при этом высота тона остается неизменной. Помимо речевого вывода, книголюб-компакт имеет возможность вывода на брайлевский дисплей. Книголюб-компакт имеет огромную память. Он имеет емкость, достаточную для хранения более 500.000 страниц. Сохранить документ очень легко: произносится название документа во встроенный микрофон и нажимается соответствующая кнопка. *Читающая машина для слабовидящих детей «Книголюб» используется на 2 учеников в классе.*

– Система для сканирования и чтения плоскочечатных текстов «Книголюб» предназначена для пользователей, которые хотели бы использовать не только функцию чтения, но и другие функции компьютера. Он состоит из современного компьютера, к которому подключен сканер и другая компьютерная техника. При помощи обычной клавиатуры ПК можно набирать тексты, а также использовать любые функции компьютера. При подключении к «Книголюб» монитора, на компьютере имеют возможность работать также зрячие пользователи. «Книголюб» может быть подключён к локальной компьютерной сети, что позволяет связать его с другими

компьютерами. К «Книголюб-компакту» или «Книголюб-стандарту» можно подключить любой принтер. Обычный принтер позволит создавать плоскочечатные материалы, брайлевский принтер – материалы, напечатанные шрифтом Брайля. При помощи брайлевского дисплея Varjo и программы экранного доступа Virgo фирмы Баум незрячие и слабовидящие пользователи могут в полном объеме использовать все возможности компьютера. Для слепо-глухонемых пользователей брайлевский дисплей – это единственная возможность работать с «Книголюбом».

Все вышеперечисленные виды оборудования являются частями единого тифлокомплекса. В соответствии с обязательными минимальными требованиями к материально-техническому и учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями (Приказ МОН РК от 23 февраля 2004г. №134 «Об утверждении обязательных минимальных требований к материально-техническому и учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями»), один комплект тифлокомплекса рассчитан на 50 детей.

– LCD –проектор, интерактивная доска и лингафонный кабинет необходимы в процессе организации учебного процесса: показ наглядного материала, демонстрация презентаций, фильмов, изучение как родной, так и иностранной речи и др. В частности, использование мультимедийного оборудования в школе с инклюзивным образованием очень актуально, поскольку позволяет наиболее продемонстрировать большее количество наглядного материала по сравнению с материалами на бумажном носителе.

Для проведения **дополнительных индивидуальных занятий** в коррекционных школах используется:

– Портативный тифлоплеер для чтения аудиокниг Milestone 212" – уникальное портативное устройство для чтения аудио книг. Помимо чтения аудио книг (приложение «Книги»), данное устройство может использоваться для прослушивания музыки, для воспроизведения TXT-файлов с использованием искусственной речи (приложение «Аудио»). Также в устройстве Milestone 212 имеется встроенный диктофон (приложение «Диктофон»). Приложение «Книги» читает вслух аудиокниги различных форматов: DAISY 2.02; Audible AA, AAX; NLS. Приложение «Диктофон» позволяет пользователю записывать голосовые сообщения и другую звуковую информацию через встроенный микрофон. Внутренний микрофон оптимизирован

для записи голоса и отфильтровывает фоновые шумы, поэтому записывать можно даже находясь в автобусе, в машине или в самолете. Записи сохраняются как MP3-файлы.

– Брайлевский органайзер для слепых «PRONTO» – это органайзер для слепых, имеющий брайлевскую клавиатуру для ввода информации, и брайлевский дисплей в сочетании с синтезатором речи для вывода информации. Классификация продукта: электронный органайзер с брайлевским вводом-выводом и речевым синтезатором. Брайль: 18 брайлевских элементов со встроенными курсорными кнопками, слева и справа по три функциональные и навигационные клавиши. 8-ми точечная брайлевская клавиатура для ввода. Речь: речевой синтез с хорошей разборчивостью, возможна установка различных языков (в стандартной поставке 2 голоса: русский и английский), встроенный динамик, разъем для наушников, встроенный микрофон.

– Портативная электронная лупа для слабовидящих «Olympia» – переносное читающее устройство, широкий и слегка наклоненный дисплей обеспечивает удобное чтение с увеличением от 4,3 до 26 раз. Режим письма: 2 степени увеличения: 4,5 раза и 9 раз. Дисплей: плоский неизлучающий экран, диагональ видимой области около 17,8 см. В соответствии с обязательными минимальными требованиями к материально-техническому и учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями, портативное электронное увеличивающее устройство для слабовидящих используется на 2 учеников в классе, а портативные лупы – на каждого ученика.

Для проведения **физкультурных и реабилитационных занятий** необходимо наличие соответствующего оборудования ЛФК:

– Модульные комплексы, детские маты, лестницы, гимнастические палки, игровые обручи, игровые наборы, коврики, дорожки, маты и другое оборудование имеют бесконечные возможности для игр и развития двигательных навыков детей. Их можно использовать как в индивидуальной работе с ребёнком (для отработки каких-либо двигательных умений), так и в работе с группой для проведения эстафет и спортивных занятий. Продукция изготовлена из мягких полимерных материалов, что обеспечивает безопасность во время занятия. Небольшой вес обеспечивает мобильность комплексов. Дети могут самостоятельно расставлять и убирать элементы.

– Сенсорная комната (в литературе встречаются и другие названия: комната психологической разгрузки/ комната релаксации) – это организованная особым образом окружающая среда, наполненная различного рода стимуляторами, которые воздействуют на органы зрения, слуха, обоняния, осязания. Спокойная цветовая гамма обстановки, мягкий свет, успокаивающая нежная музыка – вот возможности сенсорной комнаты, которые помогают ребенку расслабиться и успокоиться. Сенсорные комнаты используются в психолого-педагогической практике различными специалистами: врачами, логопедами, психологами, педагогами. В образовательных учреждениях сенсорные комнаты используют в целях: коррекции и развития познавательной деятельности; коррекции игровой деятельности; развития произвольного внимания, эмоций, речевого общения; расширения жизненного опыта детей, обогащения их чувственного мира; ароматерапии; семейной психотерапии; экскурсии, проведения досуга. Для общеобразовательной школы достаточно одной сенсорной комнаты.

– Музыкальный центр в актовом зале, кабинет музыки, ритмики, лечебной физкультуры.

– Сурдологопедический тренажер «Дэльфа» представляет собой комплексную многостороннюю программу по коррекции разных сторон устной и письменной речи детей с патологией слуха и речи. Тренажер, работающий на базе персонального компьютера, позволяет работать с любыми речевыми единицами от звука до текста, решать разнообразные сурдологопедические задачи: от коррекции речевого дыхания и голоса и звукопроизношения до развития лексико-грамматической стороны речи, внести игровые моменты в процесс коррекции речевых нарушений, многократно дублировать необходимый тип упражнений и речевой материал, использовать различный стимульный материал (картинки, буквы, слоги, слова, предложения, звучащую речь).

Кадры:

В соответствии с Концепцией развития инклюзивного образования в Республике Казахстан [1] все дети с ограниченными возможностями должны получать специальную коррекционно-педагогическую, социальную, медицинскую и психологическую поддержку в соответствии с их особыми потребностями, установленными в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК). Внутреннее психолого-медико-педагогическое сопровождение в рамках инклюзивного образования осуществляется специалистами школьного психолого-медико-педагогического консилиума (специальный педагог, педагог-психолог, медицинский работник).

В частности, для обучения детей с нарушениями зрения необходимы подготовка и наличие таких специалистов, как: тифлопедагоги, дефектологи, психологи, врачи и медсестры. При этом, эксперты считают, что для инклюзивного обучения детей начальных классов с 1 по 4 класс необходимо, чтобы преподаватели имели базовое полное высшее образование по специальности дефектология, а учителя старших классов должны пройти специальные коррекционные курсы по изучению особенностей инклюзивного образования.

При оплате труда преподавателей в коррекционных школах настоящее время действует вид доплат «За особые условия труда» в размере 30%. (Группа доплат №5 согласно Приложению 4 к постановлению Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400). Рекомендуемая нами доплата, учитывающая увеличение нагрузки на преподавателя по параллельному обучению учащихся в смешанных классах детей с особыми потребностями, должна быть выше. С точки зрения учебного процесса преподаватель параллельно должен реализовать учебную программу для всех и учесть особые потребности ребенка, что приводит к увеличению нагрузки для преподавателя.

Одной из проблем в кадровом обеспечении инклюзивного обучения детей с нарушениями зрения является недостаток тифлопедагогов, так как их подготовка осуществляется в странах ближнего зарубежья, частности в Москве и Санкт-Петербурге. Для своевременного оказания врачебной и сестринской помощи в школе предусматривается наличие врача – офтальмолога и медсестры.

Экспертная оценка специалистов по обучению детей с ограничениями по слуху и тяжелыми нарушениями речи

Категория детей:

В условиях общеобразовательной школы по инклюзивной форме обучения могут обучаться дети с нарушениями слуха, которых можно отнести к категории детей слабослышащих 1 и 2 степени (тугоухость – небольшая потеря слуха, умение самостоятельно слышать устную речь), с сохраненным интеллектом и отсутствием сочетанных заболеваний.

Важнейшими факторами в достижении большей эффективности инклюзивного образования является установка кохлеарных имплантов (за счет средств государства) в возрасте до 3 лет и предшкольная адаптация и подготовка детей в специализированных детских садах. Это в свою очередь позволит сократить разрыв в подготовке детей с

нарушениями и обычных, а именно их отставание (к примеру, в г. Караганде детский сад «Росинка» для детей с нарушениями слуха, и в г. Темиртау детский сад «Балдырган» для детей с нарушениями речи).

Нарушение речи у детей может быть вызвано как заболеваниями органов слуха, так и врожденными отклонениями (алалия, ринолалия, парезы различных видов и др.). Для обучения в условиях общеобразовательной школы по инклюзивной форме обучения, прежде всего, могут быть вовлечены дети с более легкими формами вышеуказанных заболеваний, относящиеся к 2,3 уровню детей с нарушениями речи. Такие дети характеризуются небольшим недоразвитием речи, сопровождаемым искажением звуков (при этом 1 уровень – дети с тяжелыми нарушениями речи на первоначальном этапе внедрения инклюзивного образования не могут быть рекомендованы для обучения по инклюзивной системе).

Учебно-методический комплекс:

1. **Учебники.** Для детей с нарушениями слуха и речи используются стандартные (обычные) учебники, как и для любой общеобразовательной школы (Издательства в Казахстане: «Ата-Мура», «Алматы Кітап», «Мектеп»).

2. **Методические средства.** При разработке методических средств предполагается, что у учителя, который идет на урок, и знает, что у него в классе есть ребенок с ограниченными возможностями слуха, должен быть набор таких средств для того, чтобы этого ребенка успешно включить в образовательный процесс. Для детей с нарушениями слуха и речи может быть использована стандартная общеобразовательная программа. При подготовке дидактического материала следует использовать LCD-проектор для демонстрации большего числа наглядного материала.

3. **Условия инклюзивного обучения детей с ограничением по слуху.** При организации учебного процесса для детей с нарушениями слуха и речи определены ограничения по физическим нагрузкам. В этой связи занятия физической культурой для них в условиях общеобразовательной школы должны быть заменены на ЛФК при наличии соответствующего кабинета.

Предусмотрены также ограничения для детей с серьезными нарушениями речи в условиях начальной школы по изучению иностранного языка.

4. Для внеклассных занятий предполагается проведение **дополнительных индивидуальных занятий** для детей с нарушениями слуха и речи с дефектологами-логопедами с

специализированных кабинетах, оснащенных речевыми тренажерами, соответствующим наглядным материалом, а также зеркалами для правильной постановки речи. В дополнительную программу подготовки должны быть обязательно включены такие курсы, как «произношение», «коррекционная или музыкальная ритмика», «развитие речи», «развитие слуха», «сурдоинформатика», «ознакомление с окружающим миром» и др. Для детей с кохлеарными имплантами необходимо предусмотреть дополнительные индивидуальные занятия по программе реабилитации по развитию слухоречевого восприятия после кохлеарной имплантации.

Специальное оборудование и устройства:

В качестве **основного специального оборудования** при подготовке детей с нарушениями слуха, как полагает отечественная практика, являются:

– **Клинический аудиометр АС40** – современный двухканальный аудиометр с возможностью проведения исследования по воздушной и костной проводимости, речевой аудиометрии, а также аудиометрии на высоких частотах и в свободном звуковом поле. В условиях общеобразовательной школы необходим один аудиометр в кабинете врача – сурдолога.

– **Цифровые слуховые аппараты** (Siemens SIGNIA, Go BTE и Go BTE Power) заушного типа с широким выбором функций и опций, рассчитанных для компенсации I – IV степеней снижения слуха и всех типов тугоухости (сенсоневральной, кондуктивной и смешанной). Это индивидуальный аппарат, которым обеспечивается ребенок не за счет школы.

– **Компьютерный аудиокласс "Сонет" или беспроводной аудиокласс «AMIGO»** — звукоусиливающая аппаратура коллективного пользования с применением компьютерных технологий. Для проведения занятий со слабослышащими и глухими детьми с целью коррекции слуха и развития речевых навыков. Совмещает проводные и беспроводные технологии. Помимо пульта управления преподавателя и рабочих мест учеников, аудиокласс оснащен современной техникой для передачи различной аудио- и видеоинформации: ноутбуком со встроенной web-камерой, ЖК-телевизором, беспроводными клавиатурой и компьютерной мышью. Система обеспечивает:

– мобильность педагога во время проведения занятий за счет использования беспроводного радиомикрофона;

- прослушивание ученика персонально или в общем диалоге всего класса;
- подключение пульта преподавателя к звуковой карте ноутбука для записи речи преподавателя и учеников и дальнейшее использование записей в процессе учебы;
- использование ноутбука для подачи разнообразного аудиовизуального материала для обучения;
- визуализация речи с помощью вывода на экран ЖК-телевизора увеличенного изображения лица преподавателя или отображение видеоинформации, поступающей с ноутбука педагога (режим видеоурока);
- управление ноутбуком преподавателя в процессе обучения (под контролем учителя) с помощью беспроводной клавиатуры и мыши: движения курсора отображаются на мониторе ноутбука и на экране ЖК-телевизора, что позволяет всем ученикам в классе следить за отвечающим и участвовать в процессе обсуждения;
- использование собственных слуховых аппаратов (с применением заушного индуктора) – создание единой акустической среды для ученика, как в пределах школьного учебного заведения, так и в домашних условиях.

В соответствии с приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 23 февраля 2004 г. N 134 «Об утверждении Обязательных минимальных требований к материально-техническому и учебно-методическому оснащению и обеспечению организаций образования, осуществляющих обучение детей с ограниченными возможностями» устанавливается стационарное звукоусиливающее оборудование для учебного класса и обеспечения фронтальной учебной деятельности (1 комплект: 1 учитель+12 учеников) и индукционная петля.

– **Индукционная петля для классов (Field)** – система индукционной петли используется для оснащения больших помещений, классных комнат и т.д. В частности можно рекомендовать приобретение индукционной петли для класса, для актового, музыкального, спортивного зала и для помещения столовой в общеобразовательной школе.

– **LCD-проектор, интерактивная доска и лингафонный кабинет** – необходимы в процессе организации учебного процесса: показ наглядного материала, демонстрация презентаций, фильмов, изучение как родной, так и иностранной речи и др. В частности, использование мультимедийного оборудования в школе с инклюзивным образованием очень актуально, поскольку позволяет наиболее продемонстрировать

большее количество наглядного материала по сравнению с материалами на бумажном носителе.

Для проведения **дополнительных индивидуальных занятий** в кабинете индивидуальной слухо-речевой работы рекомендуется использовать:

– Сурдологопедический тренажер «Дэльфа» (рассмотрен в пункте 1.3.1.)

– Аудиотренажер (слухоречевой тренажер) «Соло» – стационарная звукоусиливающая аппаратура для индивидуального обучения слабослышащих и глухих детей. Разработан на базе индивидуального усилителя аудиокласса «Сонет» и обладает всеми его функциональными и техническими преимуществами. Позволяет максимально полно использовать особенности слуха ребенка в учебном процессе: индивидуальная настройка аппаратуры с учетом данных аудиограммы ученика отдельно на каждое ухо позволяет создать оптимальную звуковую ситуацию, что важно для тренировки остаточного слуха; микрофонные усилители имеют регулятор АРУ, с помощью которого можно изменять уровень звукового давления в наушниках, что защищает слух ребенка от чрезмерно громких окружающих звуков; тренажер может быть оснащен вибрационно-тактильным устройством, которое позволяет включать в процесс формирования речи органы осязания. Сочетание воспринимаемых на слух звуков с вибрацией, которая ощущается тактильно, способствует формированию более четкой ритмической структуры речи ученика.

– Интерактивное оборудование или система «СаундБим» – иными словами музыкальный луч «СаундБим» или «озвученное движение» – ультразвуковой, невидимый луч, отражающийся от любой поверхности, в том числе от поверхности тела человека. Длина луча, улавливающего движения, может регулироваться индивидуально от 30 см до 6 метров. Любые движения, производимые в этом луче с помощью прибора – «синтезатора» – воспроизводятся в виде музыкальных фраз или отдельных звуков, как будто музыкант играет на невидимом инструменте. Дети смогут «создавать музыку», производя движения в пространстве. Система «СаундБим» представляет собой средство, с помощью которого человек даже с серьезными отклонениями в развитии или физическими недостатками может выразить себя и начать общаться через музыку и звук. «СаундБим» легко отрегулировать для реагирования на самые мелкие и самые размашистые движения, тем самым способствовать решению широкого спектра проблем для каждого пациента. Чувство независимости и контроля над

происходящим является мощным мотиватором, стимулирующим процесс обучения и общения. Система обеспечивает: стимуляцию владения своим телом; выработку уверенности пространственного движения; расширение диапазона движений; исследование причинно-следственных связей; стимуляцию слуха, внимания и концентрации; открытие для себя мира сочинения музыки и музыкальной импровизации; улучшение навыков общения; развитие воображения через движение и звук; получение ощущения достигнутой цели; развлечение.

– Мультимедийная образовательная система Eduplay – это компьютеризированная образовательная система для детей в возрасте от 3 до 6 лет, разработанная для развития у ребёнка аналитических, логических и созидательных навыков, эффективно развивает *память и интуицию*, а также *ассоциативное и критическое мышление*. Мультимедийный комплекс стимулирует самовыражение ребёнка, развивает его творческие способности, помогает в освоении новых понятий, связанных с изучаемыми предметами, развивает умение видеть целое и его части, пространственную ориентацию. Одновременное использование мультимедийной программы и дидактических управляющих элементов на рабочем столе позволяет ребёнку совместить абстрактные понятия (изучаемые с помощью компьютера) с конкретными элементами. Действия производятся на двух уровнях. На первом уровне ребёнок взаимодействует с компьютером через светящуюся клавиатуру или обычную клавиатуру компьютера. На втором уровне ребёнок манипулирует дидактическими элементами (созданными им самим или входящими в систему) на планшетах, уложенных на рабочий стол. Дидактические элементы аналогичны тем, которые показываюся программой на экране компьютера. Должна использоваться преимущественно в процессе дошкольной подготовки и в начальных классах первой ступени обучения.

– Мультимедийная образовательная система Multikid – уникальная творческая мультимедийная образовательная система для детей от 5 до 11 лет, которая развивает воображение ребёнка, учит планировать свои действия, развивает социальные навыки. Multikid развивает координацию движения, мышление, зрительную и слуховую память, воображение ребёнка, умение планировать свои действия. Мультимедийный комплекс помогает детям находить однозначное соответствие между абстрактными и реальными понятиями и событиями. Данная система может успешно использоваться в обучении детей английскому, казахскому и

русскому языкам. Multikid развивает индивидуальные творческие способности любознательность, понимание связей между причиной и следствием, способствует повышению самооценки. Мультимедийный комплекс состоит из 12 различных тем: (мой дом, ищи и найдёшь, профессии, я и мое тело, театральные маски, музыкальный талант, игрушки – наша любовь, жизнь на земле, времена года, научный парк, путешествие на поезде, правила дорожного движения).

– Дидактическое речевое и коммуникационное устройство «GoTalk» («Гоу Ток») предназначено для усвоения, развития или восстановления речевых навыков с помощью педагога и самостоятельно. Оно выполняет функции речевого тренажера и средства для элементарной речевой коммуникации. Основные функции устройства состоят в наличии диктофона, с помощью которого можно записать или воспроизвести заранее записанные на диктофон звуки, слоги, слова, предложения. Усвоенный материал можно удалить или дополнить новыми звуками, словами. Устройство может использоваться для обучения как для нормально развивающихся детей (изучение алфавита, обучение языкам), так и для детей с нарушением интеллекта и речи (афазия, алалия, дислалия, дизартрия), для реабилитации и облегчения коммуникации и общения взрослых после перенесенного заболевания (черепно-мозговой травмы, инсульта), а также как элементарное коммуникативное устройство для лиц с нарушенной речью.

– Специальные логопедические зонды – применяются логопедом при проведении занятий по развитию речи. Инструменты изготавливаются из высококачественной пищевой нержавеющей стали. Поверхность инструментов отполирована для исключения повреждений кожных и слизистых оболочек при работе и соответствует санитарно-гигиеническим требованиям. Рукоятки удлинены для удобства в работе. Различают зонды: массажные (для мягкого массажного воздействия на мышцы артикуляционного аппарата); постановочные (для постановки звуков, в том числе при работе с шипящими, заднеязычными и аффрикатами, для постановки звука [р, р'].); вспомогательные (*логостимулоны* - для массажа артикуляторных мышц и коррекции эластичности губных и подъязычной связок и *роторасширители* - для фиксации широкого рта при постановке звуков и во время массажа артикуляционного аппарата; для фиксации губ в статических позах, разведения губ в улыбку; для легкого растягивания уплотненной верхней и нижней губной связки).

– Зеркала настенные и настольные для индивидуальной работы с ребенком для организации работы учителя-логопеда

выделяется кабинет площадью, отвечающей санитарно-гигиеническим нормам, в котором должны быть соответствующая возрасту детей мебель, настенные и индивидуальные зеркала, логопедические зонды и шпатели, настольные игры, игрушки, конструкторы, учебно-методические пособия. Зеркала используются логопедом в процессе формирования и развития фонематического слуха у детей с нарушениями речи и коррекции нарушений звуковосприятия и звукопроизношения. Продолжительность занятия не должна превышать время, предусмотренное физиологическими особенностями возраста детей. При отработке элементов артикуляции, а также на упражнениях по произношению звуков, слогов и слов совершенно необходимо использовать настольное зеркало (размер зеркала не меньше 200 X 300 мм или 300 мм в диаметре). Нельзя использовать для работы настенные зеркала, зеркала в шкафах и т. п., так как они не обеспечивают хорошую видимость органов артикуляции.

– Телевизор и видеокамеру при индивидуальной работе логопед-дефектолог может использовать для отслеживания динамики развития слуха и речи у детей, передачи опыта и постановки и отработки новых упражнений.

Для проведения **физкультурных и реабилитационных занятий** необходимо наличие соответствующего оборудования ЛФК:

– Модульные комплексы, детские маты, лестницы, гимнастические палки, игровые обручи, игровые наборы, коврики, дорожки, маты и другое оборудование (рассмотрены в пункте 1.3.1).

– Сенсорная комната (рассмотрена в пункте 1.3.1).

– Беспроводная звукоусиливающая система (Front Row ToGo) для актового и спортивного залов, лекционных залов и т.д.

Кадры:

В соответствии с Концепцией развития инклюзивного образования в Республике Казахстан все дети с ограниченными возможностями должны получать специальную коррекционно-педагогическую, социальную, медицинскую и психологическую поддержку в соответствии с их особыми потребностями, установленными в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК). Внутреннее психолого-медико-педагогическое сопровождение в рамках инклюзивного образования осуществляется специалистами школьного психолого-медико-педагогического консилиума (специальный педагог (дефектолог-сурдолог, если только нарушения речи - дефектолог), педагог-психолог, медицинский работник).

В частности, для обучения детей с нарушениями слуха (речи) необходима подготовка и наличие специалистов: сурдопедагогов и дефектологов для организации дополнительных индивидуальных занятий с учащимися (20 минут в день); психологов; врачей-сурдологов (для детей с ограничениями по слуху), лор-врачей (для детей с нарушениями речи) и медсестер.

По мнению экспертов, все преподаватели начальной школы должны иметь образование дефектолога-логопеда, а для преподавания в старших классах – достаточно пройти специальные коррекционные курсы.

При оплате труда преподавателей в коррекционных школах настоящее время действует вид доплат «За особые условия труда» в размере 30%. (Группа доплат №5 согласно Приложению 4 к постановлению Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400). Рекомендуемая нами доплата, учитывающая увеличение нагрузки на преподавателя по параллельному обучению учащихся в смешанных классах детей с особыми потребностями, должна быть выше. С точки зрения учебного процесса преподаватель параллельно должен реализовать учебную программу для всех и учесть особые потребности ребенка, что приводит к увеличению нагрузки для преподавателя.

Экспертная оценка специалистов по обучению детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Категория детей:

В условиях общеобразовательной школы по инклюзивной форме обучения могут обучаться дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) с незначительно выраженными дефектами (правосторонние и левосторонние гемипарезы, инвалиды детства с детским церебральным параличом (ДЦП)) при условии сохраненного интеллекта.

Учебно-методический комплекс:

1. **Учебники и учебные пособия** для детей с НОДА используются обычные для общеобразовательной школы.

2. При разработке **методических средств** для детей с НОДА предусматривается разработка индивидуального дидактического материала для каждого ребенка с учетом его ограниченных возможностей. Для каждого ребенка с НОДА необходимо разработать индивидуальную программу сопровождения и обучения, которая бы учитывала его возможности и ограничения. Наглядный материал при обучении

используется общий, как и для обычных детей. Однако в ходе образовательного процесса преподаватель должен проводить коррекционную работу.

3. Условия инклюзивного обучения детей с НОДА.

Для наиболее эффективного инклюзивного образования с участием детей с НОДА целесообразно (согласно мировой практике) использовать соотношение: один ребенок с НОДА на один класс.

4. Дополнительные внеклассные занятия. В учебной программе ученика с НОДА должны быть включены дополнительные уроки логопеда, дефектолога и психолога. При этом в условиях начальной школьной подготовки такие уроки должны проводиться не менее 2 раз в неделю, а в условиях вспомогательных классов – не менее 3 раз в неделю. В рамках работы специализированного учреждения на уроки логопедии отводится 18 часов в неделю с учетом консультативной работы.

Для детей с НОДА должны быть предусмотрены дополнительные часы для внеклассных индивидуальных развивающих занятий. В частности, это внеклассная коррекционная подготовка с участием дефектолога (занятия по развитию мелкой моторики, исправлению осанки и др.). Время таких занятий составляет: для индивидуальных 15 - 20 минут, для групповых 20 - 25 минут, периодичностью 2 или 3 раза в неделю.

Особое внимание в процессе обучения детей с НОДА имеют дополнительные лечебные и реабилитационные занятия для чего необходимо наличие сенсорного кабинета и кабинета ЛФК.

Специальное оборудование и устройства:

В качестве **основного специального оборудования** при подготовке детей с НОДА, как полагает отечественная практика, являются:

– **Компьютер двухплатформенный ученика Apple Mac Mini** – 1.83GHz/1GB/80GB/Combo/клавиатура – Apple Keyboard/мышь – Logitech RX250/монитор -Benq/Apple Mac OS X Leopard. У корпуса нет никаких выступающих частей, которые могут отломаться в процессе эксплуатации, а также острых углов. Компьютер оборудован слотом для подсоединения замка безопасности (Kensington Lock). Встроена графическая подсистема, интегрирован видеоадаптер. Система загрузки дисков щелевая (без выездного лотка для дисков), с повышенной степенью защиты и безопасного использования в условиях школьных учреждений.

– **Большая программируемая клавиатура Intelli Keys USB**, которая поддерживает технологию Plug & Play. Компьютер с поддержкой USB порта. Размер клавиш на этой клавиатуре больше, чем на стандартной, поэтому ею могут пользоваться люди с ослабленным зрением. Людям с ограниченной подвижностью рук не нужно нажимать клавиши, достаточно просто прикоснуться к ним. В комплект входят сменные панели (с раскладкой для набора текста, для работы с программами, в Интернет).

– **Координатно-указательное устройство роллер-джойстик Roller Plus & Joystick Plus** с подключением через USB&PS/2. Предназначен для использования детьми с ограниченными возможностями здоровья; сочетает в себе функции мыши и джойстика. Для управления курсором служит ручка с тремя кнопками. Кнопки, расположенные справа и слева, соответствуют правой и левой кнопкам обычной мыши, предусмотрена возможность замены встроенных кнопок выносными. В комплекте программное обеспечение – виртуальная экранная клавиатура Assistive Ware Keystrokes. Данная клавиатура предназначена для набора текста с помощью любого из координатно-указательных устройств (мыши, джойстика и т.п.), наличие готовых таблиц символов, упрощающих набор слов.

Необходимо отметить, что специальный компьютер с соответствующими комплектующими (указанными выше) по доступности приобретения ограничен. В настоящее время компанией ТОО «Центр САТР» ведутся поиски данного оборудования и приобретения его у поставщика (производителя). Вместе с тем, прогнозируемая стоимость данной разработки на территории Республики Казахстан будет достаточно высокой, а потребность в таком виде оборудования, сугубо индивидуальная. Это значит, что общеобразовательные школы, на базе которых будет осуществляться инклюзивное образование, в целях рационального использования данного оборудования должны осуществлять закуп только с учетом действительной (фактической) индивидуальной потребности ребенка. Кроме того, в рамках разработанной программы развития обучения детей с ограниченными возможностями на дому был осуществлен предварительный расчет стоимости комплектующих к обычному компьютеру.

– **Компьютерный манипулятор (Roller Mouse Free)** – новое устройство способно заменить классическую мышь, однако оно может оказаться полезным дополнением к ней. По замыслу создателей, новый манипулятор способен снизить напряжение, испытываемое мышцами рук, плеч и шеи при

долгой работе за компьютером с мышью. Устройство представляет собой приставку к клавиатуре, размещаемую под ней. Главным элементом конструкции устройства является валик, размещённый «под левую руку». Управление курсором по вертикальной оси осуществляется вращением валика, по горизонтальной – перемещением его из стороны в сторону. Для облегчения работы с документами, наряду с обычными клавишами, предусмотрены отдельные кнопки «Копировать» и «Вставить».

– **Специальные парты для детей с НОДА** – производитель ТОО «Экспериментальный завод №1» (г. Караганда).

– **Адаптивный стул для двигательной активности (с высокой спинкой) (ортопедический).**

– **Адаптируемый столик-мольберт** – используется по индивидуальным показаниям.

– **Специальные лежаки со столами** – используются по индивидуальным показаниям.

– **Подставки для ног** – используются по индивидуальным показаниям.

– **Мобильные доски** (изменение уровня по высоте). На сегодняшний день таких мобильных досок в Казахстане не используют и не делают. Кроме того, ТОО «Центр САТР» как официальный представитель большинства зарубежных фирм-поставщиков специализированного оборудования также подтверждает, что поставок таких досок в Казахстане не было.

– **Подставки для выступления (опоры-пьюпитер) (регулируемая наклонная стойка)** – используются по индивидуальным показаниям.

– **Приспособления для карандашей, ручек, коврик для тетрадей** – используются по индивидуальным показаниям.

– **Диктофоны с учетом потребности в них** – используются при сниженной скорости письма.

– **Аппарат для отведения и установки бедер в заданном положении** – представляет собой модульную конструкцию, типоразмеры элементов которой имеют антропометрическое соответствие. Аппарат предназначен для лечения детей в возрасте от 2,5-3 до 15-16 лет, страдающих спастическим или паралитическим подвывихом бедра или имеющих аддукторную установку бедра, обусловленную патологией мышечного тонуса, прежде всего, при ДЦП. С помощью аппарата осуществляется регулируемая коррекция позиции головки бедра в вертлужной впадине, при этом сохраняется возможность активных движений в тазобедренном

суставе в трех плоскостях в пределах задаваемых объемов. В связи с этим применение аппарата в большинстве случаев может быть альтернативой методу этапного гипсования. Противопоказания к применению аппарата: повреждения кожных покровов в области контакта с конструктивными элементами аппарата, выраженные гиперкинезы.

– **LCD-проектор, интерактивная доска и лингафонный кабинет** – необходимы в процессе организации учебного процесса: показ наглядного материала, демонстрация презентаций, фильмов, изучение как родной так и иностранной речи и др. В частности, использование мультимедийного оборудования в школе с инклюзивным образованием очень актуально, поскольку позволяет наиболее продемонстрировать большее количество наглядного материала по сравнению с материалами на бумажном носителе.

Для проведения **дополнительных индивидуальных реабилитационных занятий** рекомендуется использовать:

– **Интерактивное оборудование или система «СаундБим»** (рассмотрено в пункте 1.3.2).

– **Сенсорная комната** (рассмотрена в пункте 1.3.1).

– **Модульные комплексы, детские маты, лестницы, гимнастические палки, игровые обручи, игровые наборы, коврики, дорожки, маты и другое оборудование** (рассмотрены в пункте 1.3.2).

– **Рефлекторно-нагрузочное устройство "Гравистат" (лечебный костюм)** – применяется для коррекции двигательных нарушений у больных ДЦП как метод динамической проприоцептивной коррекции (ДПК). Метод ДПК заключается в воздействии на мозговые структуры ФСА потока скорригированной проприоцептивной импульсации, возникающего при выполнении пациентом произвольных движений в устройстве «Гравистат». Устройство обеспечивает дозированную осевую нагрузку, имитирующую действие увеличенной силы земного притяжения и коррекцию положения отдельных сегментов локомоторного аппарата. Кроме того применением конструктивного элемента – реклинатора – достигается снижение тонуса больших грудных мышц, вследствие чего, путём устранения патологического рефлекторного влияния на мускулатуру плечевого и тазового пояса, снижается тонус мышц, вовлечённых в патологические мышечные синергии.

– **Нейро-ортопедический реабилитационный пневмокостюм (РПК "Атлант")** – предназначен для реабилитации неврологических больных с двигательными

нарушениями, вследствие черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения, повреждения позвоночника и спинного мозга, детского церебрального паралича, а также при заболеваниях опорно-двигательной системы (остеохондроз, сколиоз, артрозы, остеопороз и т.д.) методом с использованием элементов PNF. Реабилитационный пневматический комбинезон выполнен в виде плотно облегающего комбинезона с рукавами, в котором устроены эластичные шланги, пневмокамеры, расположенные по ходу мышц антогонистов туловища и конечностей. Нагнетание в камеры воздуха (при помощи компрессора) активизирует проприоцептивное раздражение, которое вызывает мощный поток импульсов в двигательную зону коры головного мозга, усиливается реакция α - γ -мото-нейронной системы, что обеспечивает нейрофизиологические условия для удержания позы, с последующей перестройкой систем супраспинального двигательного контроля на более близкое к норме физиологическое состояние. У больного появляются способности к передвижению, удержанию позы, улучшаются дифференцированные движения, улучшается речь. Костюм изготавливается всех размеров от детей ясельного возраста до взрослых.

– **Механотерапевтический тренажер МОТО-med** - разработан на основе новейших компьютерных технологий и является инновационным, высококачественным продуктом фирмы «RECK-Technik», «сделано в Германии». Терапия движением рекомендована при следующих заболеваниях: рассеянный склероз, мышечные контрактуры, паралич при поперечном поражении спинного мозга, детский церебральный паралич, черепно-мозговые травмы, травматические поражения спинного мозга и опорно-двигательного аппарата, а также другие неврологические заболевания, при которых наблюдаются ограничения в движениях рук и ног, повышенная спастичность. Механотерапию и занятия на тренажере МОТОmed осуществляют путем выполнения циклических вращательных движений как верхними, так и нижними конечностями, различных по характеру мышечного сокращения (направление вращения и степень активного усилия), темпу выполнения и продолжительности. Оперативный контроль за качеством и дозировкой упражнений осуществляется с использованием параметров биоуправления: амплитуда и скорость вращения, уровень сопротивления вращению, направление вращения, симметричность выполнения движения. К терапевтическим целям данного тренажера можно отнести: уменьшить спастичность, стать подвижнее, обнаружить остаточные

силы, уменьшить негативные последствия, возникшие из-за малоподвижности, улучшить ходьбу, улучшить настроение и самочувствие.

– **Сурдологопедический тренажер «Дэльфа»**
(рассмотрен в пункте 1.3.1).

– **Музыкальный центр.**

Кадры:

В соответствии с Концепцией развития инклюзивного образования в Республике Казахстан все дети с ограниченными возможностями должны получать специальную коррекционно-педагогическую, социальную, медицинскую и психологическую поддержку в соответствии с их особыми потребностями, установленными в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК). Внутреннее психолого-медико-педагогическое сопровождение в рамках инклюзивного образования осуществляется специалистами школьного психолого-медико-педагогического консилиума (специальный педагог, педагог-психолог, медицинский работник).

В частности, для обучения детей с НОДА необходимы подготовка и наличие специалистов: психолога, логопеда, психоневролога (или невропатолога и психиатра), ортопеда, терапевта и педагога сопровождения (тьютор) или медсестры для каждого ребенка, который не может самостоятельно передвигаться.

По мнению экспертов, все преподаватели, занятые в инклюзивном образовании должны иметь дефектологическое образование [28].

Действующая надбавка к базовому должностному окладу (БДО) в специальных коррекционных учреждениях составляет от 30% (40% в условиях вспомогательных классов). При оплате труда преподавателей в коррекционных школах настоящее время действует вид доплат «За особые условия труда» в размере 30%. (Группа доплат №5 согласно Приложению 4 к постановлению Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400). Рекомендуемая нами доплата, учитывающая увеличение нагрузки на преподавателя по параллельному обучению учащихся в смешанных классах детей с особыми потребностями, должна быть выше. С точки зрения учебного процесса преподаватель параллельно должен реализовать учебную программу для всех и учесть особые потребности ребенка, что приводит к увеличению нагрузки для преподавателя.

§2.5 Расчет затрат на реализацию проекта модельной школы инклюзивного обучения (первый год проекта)

В основе расчета проекта модельной школы инклюзивного обучения лежит общая стоимость реконструкции здания школы для получения доступа в здание и услугам детей с ограниченными возможностями, стоимость обеспечения классов специальным оборудованием, оплата труда дополнительного педагогического состава и закуп специального автобуса.

Основные значения расчетов представлены в таблице 2.16.

В зависимости от количества и особенностей детей, проживающих в близлежащем микрорайоне, затраты могут проводиться постепенно.

Таблица 2.16 – Затраты на проект модельной школы инклюзивного образования (первый год проекта)

Наименование работ	Стоимость, тыс. тг.
Реконструкция здания (в т.ч. с учетом установки мобильного подъемника)	12364,29
Переоборудование классов, кабинетов для внеклассных занятий, реабилитационных и спортивных классов, в т.ч.:	27 563,62
- оборудование общего пользования;	8 520, 03
- для детей с ограничениями по слуху;	5 243,78
- для детей с ограничениями по зрению;	6 725,27
- для детей с ограничениями ОД.	7 074,54
Команда сопровождения (стаж 7-9 лет):	2 904,29
• специальный педагог (1 ед. не более чем на 12 детей);	
• социальный педагог (1 ед. не более чем на 15 детей);	
• специальный психолог (1 ед. не более чем на 12 детей);	
• логопед (1 ед. не более чем на 10 детей);	
• тьютор-медсестра для каждого ребенка, который не может самостоятельно передвигаться (по потребности).	
Специализированный автобус (4 посадочных места для инвалидов в коляске)	3 919,8
ИТОГО	46 752

Если планируется приход в школу детей с ограничениями опорно-двигательного аппарата (включая колясочников), то затраты на прием в школу от 1 до 10 детей необходимы в объеме **32 082,4** тыс. тенге (таблица 2.17).

Таблица 2.17 - Затраты на проект модельной школы инклюзивного образования, которая примет 1-10 детей НОДА (первый год проекта)

Наименование работ	Стоимость, тыс. тг.
Реконструкция здания (в т.ч. с учетом установки мобильного подъемника)	13 264,29
Переоборудование классов, кабинетов для внеклассных занятий, реабилитационных и спортивных классов, в т.ч. - оборудование общего пользования - для детей с ограничениями ОД	12894,57 5 820, 03 7 074,54
Команда сопровождения (стаж 7-9 лет): • специальный педагог (1 ед. не более чем на 12 детей) • социальный педагог (1 ед. не более чем на 15 детей) • специальный психолог (1 ед. не более чем на 12 детей) • логопед (1 ед. не более чем на 10 детей) • тьютор-медсестра для каждого ребенка, который не может самостоятельно передвигаться (по потребности)	2 904,29
Специализированный автобус (4 посадочных места для инвалидов в коляске)	3 919,8
ИТОГО	32 082,4

Отдельно для включения от 1 до 10 детей с ослабленным зрением в среднюю школу необходимы затраты **13 572,72** тыс. тенге (таблица 2.18).

Таблица 2.18 - Затраты на проект модельной школы инклюзивного образования, которая примет от 1-10 детей с ограничением по зрению (первый год проекта)

Наименование работ	Стоимость, тыс. тг.
Переоборудование классов, кабинетов для внеклассных занятий, реабилитационных и спортивных классов, в т.ч. - оборудование общего пользования - для детей с ограничениями по зрению	11 394,57 4 320,03 6 725,27
Команда сопровождения (стаж 7-9 лет): • специальный педагог (1 ед. не более чем на 12 детей) • социальный педагог (1 ед. не более чем на 15 детей) • специальный психолог (1 ед. не более чем на 12 детей)	2 178,22
ИТОГО	13 572,72

Отдельно для включения от 1 до 10 детей с ограничениями по слуху в среднюю школу необходимы затраты **12 273,52** тыс. тенге (таблица 2.19).

Таблица 2.19 - Затраты на проект модельной школы инклюзивного образования, которая примет 1-10 детей с ограничением по слуху (первый год проекта)

Наименование работ	Стоимость, тыс. тг.
Переоборудование классов, кабинетов для внеклассных занятий, реабилитационных и спортивных классов, в т.ч. - оборудование общего пользования - для детей с ограничениями по слуху	10 095,3 3 370, 03 6 725,27
Команда сопровождения (стаж 7-9 лет): <ul style="list-style-type: none"> • специальный педагог (1 ед. не более чем на 12 детей) • социальный педагог (1 ед. не более чем на 15 детей) • специальный психолог (1 ед. не более чем на 12 детей) 	2 178,22
ИТОГО	12 273,52

ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СОДЕЙСТВИЯ ЗАНЯТОСТИ ИНВАЛИДОВ НА КАЗАХСТАНСКОМ РЫНКЕ ТРУДА

§3.1 Паспортизация Центра занятости г.Сарани

ПАСПОРТ
доступности объекта социальной инфраструктуры
№ _____ от « ____ » _____ 20__ года

Центр занятости населения
полное юридическое наименование объекта

г. Сарань, ул.Победы, 12

почтовый адрес, телефон, факс, e-mail

Наименование населенного пункта:

г. Сарань

1. Вид деятельности:

Услуги населению

2. Субъект собственности (собственник):

Государство

3. Размещение объекта:

Отдельно стоящее здание

4. Объем предоставляемых услуг

всего _____
Количество обслуживаемых посетителей в день, вместимость и т.п.

4.1 В том числе для МГН _____
Указывается количество МГН

Таблицы 3.1 - ВХОДНАЯ ГРУППА (для доступа в зону оказания услуг)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Крыльцо или входная площадка				
Габариты площадки: ширина X глубина	К	150*150	207*132	
Поручни (ограждение) при высоте площадки более 45 см.	К, О, З	наличие	+	
Нескользящее покрытие	К, О, З	наличие	отсутствует	установить
Навес	К, О	наличие	отсутствует	установить
Лестница наружная				
Нескользящее покрытие	О, З, С	наличие	отсутствует	установить
Рельефная (тактильная) полоса перед маршем вверху и внизу (ширина)	З	60 см.	отсутствует	создать
Контрастная окраска первой и последней ступени	З	наличие	отсутствует	создать
Поручни с двух сторон: - на высоте; - горизонтальные завершения поручня вверху и внизу с нетравмирующим окончанием (закруглением)	О О, З О, З	наличие 70-95 см. не менее 30 см.	+ 83 см. отсутствует	реконструкция
Наружный подъемник вертикальный	К, О	наличие	отсутствует	установить
Тамбур				
Габариты тамбура: глубина X ширина	К	190*135	90*288 см.	
Двери				
- ширина проема в свету	К	не менее 90 см.	78 см.	реконструкция
- высота порога: - наружного	К	не более 2,5 см	14 см.	реконструкция
- внутреннего	К	не более 2,5 см	5 см.	реконструкция

Таблица 3.2 - ПУТИ ДВИЖЕНИЯ на объекте (для доступа в зону оказания услуги)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Коридоры/холлы				
Ширина полосы движения при открытых дверях кабинетов	К	не менее 120 см.	330 см.	
Разворотные площадки	К	не менее 150 × 150 см.	800*330 см.	
Место отдыха и ожидания	К, О, З, С	не реже, чем через 25 м		
- для лиц с нарушением ОДА (О), расстояние от сидения до полосы движения	О	не менее 1 на этаж	300 см.	
- для колясочников, размеры глубина × ширина		не менее 60 см. 150 × 90	800*330	
Навесное оборудование в зоне движения, выступ	З	не более 7,0 см.	отсутствует	

Таблица 3.3 - ЗОНА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ (в зависимости от вида деятельности)

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленный для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Обслуживание в кабинете				
Ширина проема двери в свету	К, О	не менее 90 см.	77 см.	реконструкция
Габариты зоны сидения, глубина	О	не менее 120 см.	440 см.	
Зона для кресла- коляски	К	не менее 150 x 150 см.	220*200 см.	
Стол с высотой рабочей поверхностью	К, О	60-90 см.	74 см.	
Обслуживание с перемещением				
Ширина полосы движения	К, О	90 см	120 см.	
Зал ожидания				
Доля мест для колясочников	К	не менее 2%	+	
Ширина прохода к месту для колясочников	К	не менее 120 см.	150	
Доля мест для лиц, с нарушением слуха (кресла с подключением слухового аппарата)	С	не менее 3 шт.	отсутствует	

Таблица 3.4 - САНИТАРНО-БЫТОВЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Санузел				
Знак доступности помещения	К, О	наличие	отсутствует	установить
Ширина дверного проема	К	не менее 90 см.	70 см.	реконструкция
Тактильная направляющая полоса к кабине, осязаемая ногой или тростью (ширина)	З	30 см.	отсутствует	создать
Раковина: - зона у раковины для кресла-коляски (минимальная глубина X ширина); - высота раковины; - опорный поручень	К К О	не менее 120 X 80 см. 75 см. наличие	188*338 см. 85 см. отсутствует	установить
Кабины: - количество кабин; - ширина дверного проема; - габариты (минимальная глубина X ширина); - опорные поручни; - зона для кресла-коляски рядом с унитазом (ширина X глубина); - крючки для костылей: • на высоте; • выступ	К, О К К К, О К О О О	не менее 1 ед. не менее 90 см. не менее 180 X 165 наличие не менее 80 X 120 см. наличие 120 см. 12 см.	отсутствуют 65 см.	рекомендуется оборудовать кабину в соответствии с требованиями
Знак доступности кабины	К, О		отсутствует	установить
Тактильная направляющая полоса к кабине, осязаемая ногой или тростью (ширина)	З	30 см.	отсутствует	создать

Таблица 3.5 - СРЕДСТВА ИНФОРМАЦИИ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИИ НА ОБЪЕКТЕ

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Визуальные средства информации о предоставлении услуги	З	наличие	+	
Надписи: - размещение на высоте; - высота прописных букв; - освещенность.	З, С К, З, С З З	наличие не более 120-160 см. не менее 7,5 см. наличие	166 см. 4 см. +	
Указатели, пиктограммы: - размещение на высоте; - высота прописных букв; - освещенность.	З К, З З	наличие не более 200 см. не менее 7,5 см. наличие	отсутствуют	установить
Тактильные средства информации о предоставлении услуги: - высота размещения; - маркировка кабинетов приема со стороны ручки - на кабинетах санитарно-бытовых помещений.	З З З З	наличие 60-110 см. наличие наличие	отсутствуют	установить
Терминал текстового информационного сопровождения	С,З,К,О	не менее 1 шт.	отсутствуют	установить

Таблица 3.6 - ТЕРРИТОРИЯ ОБЪЕКТА

Наименование элементов объекта	Категория инвалидов, для которых установлен норматив	Казахстанские нормативы доступности, установленные для инвалидов, в единицах измерения	Фактическая величина, наличие	Рекомендуемые мероприятия по адаптации при несоответствии нормативу: установка, создание, ремонт, замена или реконструкция
Отведенная территория объекта				
Вход на территорию: - ширина прохода, калитки, проема в ограждении	К К, О, З	наличие не менее 90 см.	90 см.	
Знак доступности учреждения				
Автостоянка посетителей: - расстояние до входа в здание; - доля машино-мест для инвалидов; - размер места со специальным знаком.	К, О К, О К	не более 50 м. не менее 10% не менее 350 X 500 см	10 м. отсутствует	создать
Путь к главному (специализированному) входу в здание: - ширина полосы движения; - указатели направления движения; - декоративное ограждение, выполняющее направляющую функцию; - место отдыха.	К, О К, О, С З О	не менее 180 см. наличие наличие через 200 м.	300 см. отсутствуют отсутствует +	создать создать

Таблица 3.7 - Доступность элементов объекта для МГН («Д» - доступно, «Ч» - частично доступно, «Н» - не доступно)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Входная группа	Н	Н	Н	Д
2	Пути движения	Ч	Ч	Н	Д
3	Зона обслуживания	Д	Д	Д	Д
4	Санитарно-бытовые помещения	Н	Н	Н	Д
5	Средства информации и телекоммуникации	Ч	Ч	Н	Ч
6	Территория объекта	Ч	Д	Н	Д

Таблица 3.8 - Заключение о доступности объекта для инвалидов (нужное отметить знаком «X»)

№	Наименование элементов объекта	Категории инвалидов			
		К	О	З	С
1	Объект полностью доступен				
2	Объект частично доступен	X	X		X
3	Объект не доступен			X	

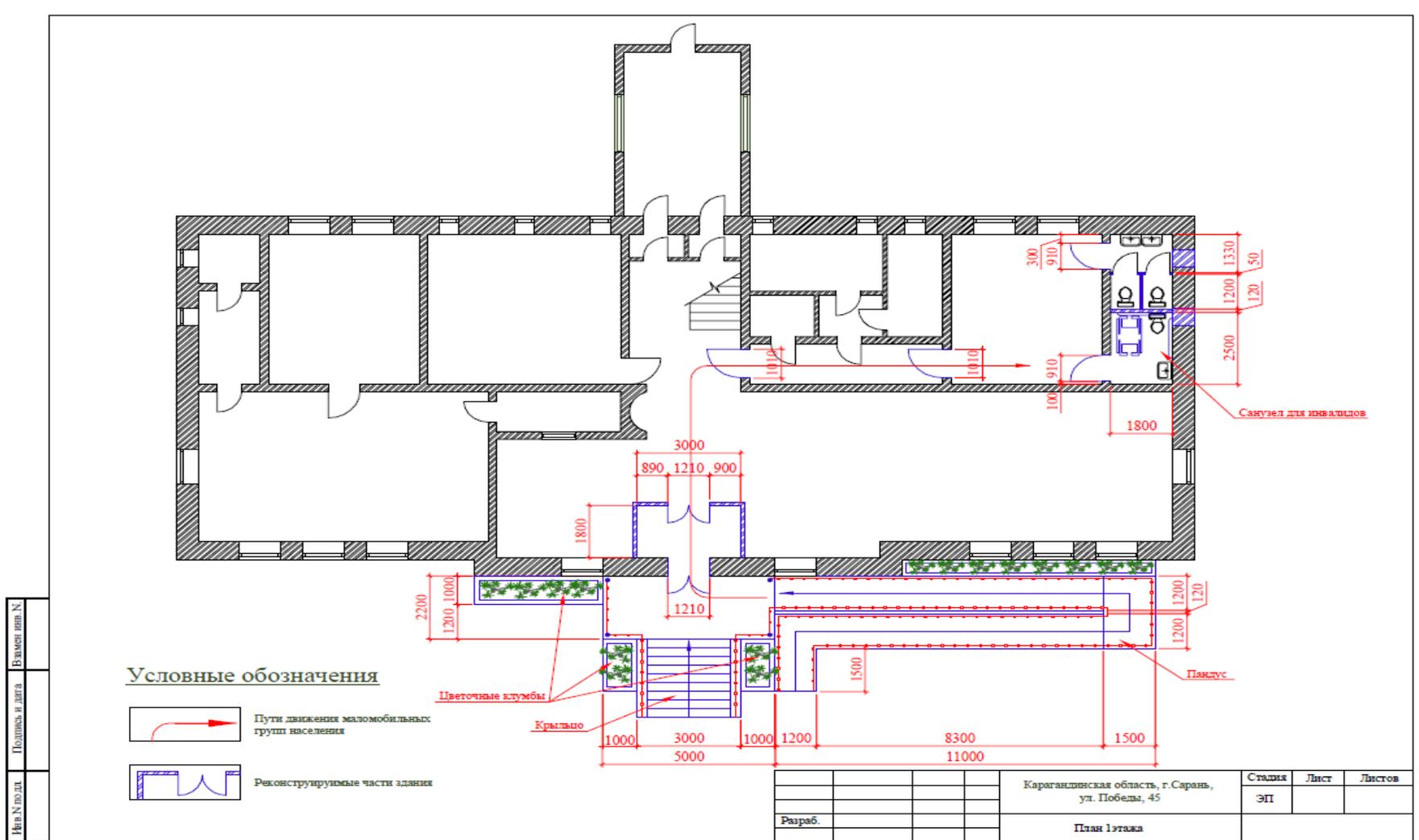


Рисунок 3.1 - Архитектурный план реконструкции Центра занятости г.Сарани

Сводный сметный расчет стоимости реконструкции центра занятости представлен в таблице 3.9.

Таблица 3.9 – Сводный сметный расчет стоимости реконструкции центра занятости

№ смет и расчетов	Наименование глав, объектов, работ и затрат	Сметная стоимость, тыс. тенге			Всего, тыс. тенге
		Строительно-монтажных работ	Оборудования, мебели и инвентаря	Прочих затрат	
Сметный расчет	Сметная стоимость в текущих ценах 2011г.	4 111,02		139,42	4 250,44
РДС РК 1.03-02-2010 ПРИЛ.№13	Услуги инженера (технадзор заказчика) в текущих ценах 2011г.			13,99	13,99
СМЕТА ПИР	Проектно-изыскательские работы 2011 год			174,27	174,27
СНИП РК 1.03-03-2001	Затраты на осуществление авторского надзора, 0,2% в текущих ценах 2011г.			8,50	8,50
	Итого в текущих ценах 2011г.	4 111,02	0,00	336,18	4 447,20
	Итого	4 111,02	0,00	336,18	4 447,20
	Налог на добавленную стоимость -12%			512,75	512,75
	Итого по сводному сметному расчету (2011г.)	4 111,02	0,00	848,93	4 959,95

Предполагается следующий комплекс мероприятий для адаптации центра занятости к нуждам МГН, принятый на основе паспортизации:

- реконструкция лестницы, установка пандуса;
- реконструкция главного входа;
- реконструкция тамбура;
- реконструкция коридора;
- реконструкция туалета;
- установка тактильных табличек, поручней и прочее.

Стоимость комплекса мероприятий для адаптации центра занятости к нуждам МГН представлена в таблице 3.10.

Таким образом, стоимость комплекса мероприятий для адаптации центра занятости к нуждам МГН составляет 4959,95 тыс.тенге.

Таблица 3.10 – Расчет стоимости комплекса мероприятий для адаптации центра занятости к нуждам МГН по ценам 2011г.

Наименование мероприятий	Стоимость работ, тыс. тг.
реконструкция лестницы, установка пандуса	1645,9
реконструкция главного входа	62,1
реконструкция тамбура	949,9
реконструкция коридора	299,5
реконструкция туалета	727,9
установка тактильных табличек, поручней и прочее	739,4
ИТОГО стоимость работ без учета налогов и услуг сторонних организаций	4424,7
Услуги инженеров, затраты на осуществление авторского надзора	22,49
НДС	512,75
ИТОГО	4959,95

§3.2 Действующая практика системы трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями в Казахстане

Система обеспечения занятости инвалидов в странах ОЭСР (эффективные практики) базируется на следующих принципах:

- Законодательное определение понятия «разумное приспособление рабочего места людей с ограниченными возможностями».

- Принципиальное изменение отношения к трудоустройству людей с ограниченными возможностями от «утраты трудоспособности» к «способности к труду».

- Развернутый экономический механизм стимулирования работодателя, включающий множество видов субсидирования его затрат при приеме на работу людей с ограниченными возможностями, в частности компенсация затрат на адаптацию рабочего места, заработной платы человека с ограниченными возможностями, затраты на его профессиональное обучение и т.д.

- Широкий доступ к трудовой реабилитации за счет финансирования частных и государственных центров профессиональной реабилитации.

- Активное участие частных компаний и общественных фондов, объединений в решении проблем трудоустройства людей с ограниченными возможностями.

- Развитие системы «поддерживаемой занятости», направленной на интеграцию людей с ограниченными

возможностями на открытый рынок труда и включающей в себя подготовку к работе, обучение, поиск работы, консультации по трудоустройству и постоянную поддержку на рабочем месте.

– Сохранение системы «защищенных мастерских» для трудоустройства людей с очень значительными нарушениями здоровья.

Казахстанская практика в настоящее время значительно отличается от мировых норм.

Установление инвалидности и степени утраты трудоспособности, а также определение нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе осуществляются путем проведения медико-социальной экспертизы территориальными подразделениями Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

В настоящее время медико-социальную экспертизу в республике осуществляли 132 подразделения МСЭ (таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Наличие региональной сети территориальных подразделений МСЭ

Название региона	Количество территориальных подразделений МСЭ	Численность населения, тыс. чел.	Охват численности ОМСЭ, тыс. чел. на 1 отдел МСЭ
Республика Казахстан	132	16442,0	124,6
г. Алматы	5	1414,0	282,8
Южно-Казахстанская	15	2567,7	171,2
Алматинская	11	1873,4	170,3
Мангистауская	4	524,2	131,0
Актюбинская	6	777,5	129,6
Кызылординская	6	700,6	116,8
Жамбылская	9	1046,5	116,3
Восточно-Казахстанская	13	1398,1	107,5
Павлодарская	7	746,2	106,6
Атырауская	5	532,0	106,4
Карагандинская	13	1352,3	104,0
Западно-Казахстанская	6	608,3	101,4
Костанайская	9	881,6	98,0
Ақмолинская	8	733,2	91,7
г. Астана	8	697,1	87,1
Северо-Казахстанская	7	589,3	84,2
Рассчитано по [27], [28]			

Они в установленном законодательством порядке осуществляют следующие задачи и функции, касающиеся трудоустройства инвалидов (рисунок 3.2):

- проведение медико-социальной экспертизы по установлению групп и причин инвалидности, сроков наступления инвалидности, степени утраты трудоспособности, нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов и контроль за реализацией индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- формирование централизованного банка данных системы учета инвалидов, мониторингу причин, структуры и состояния инвалидности.

Одной из крупных проблем является недостаточное количество отделов МСЭ (практически во всех регионах на 1 отдел приходится более 100 тыс. населения) и недостаточное количество сотрудников МСЭ (обычно штат отдела МСЭ не превышает 5 человек).



Рисунок 3.2 – Функции медико-социальной экспертизы, касающиеся трудоустройства инвалидов

Основным регламентирующим документом деятельности территориальных отделов МСЭ, являются «Правила проведения медико-социальной экспертизы», утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20.07.2005г. №750 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», с дополнениями, утвержденными Постановлением Правительства от 29.11.2008г. №1113.

Медицинские организации проводят экспертизу временной нетрудоспособности и при наличии показаний направляют на медико-социальную экспертизу.

Различают утрату профессиональной трудоспособности и утрату общей трудоспособности.

В случае установления утраты профессиональной трудоспособности составляется акт о несчастном случае или ином повреждении здоровья работников, связанных с трудовой деятельностью, заключение Национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний, или Клиники профессиональных болезней.

В случае установления утраты общей трудоспособности выдается документ, подтверждающий факт участия в системе обязательного социального страхования.

Наиболее проработанным вопросом является установление степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ). Степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается работнику, получившему увечье или иное повреждение здоровья, связанное с исполнением им трудовых (служебных) обязанностей (таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Установление степени утраты профессиональной трудоспособности

Степень УПТ	Характеристика профпригодности	Обязанности работодателя
5-30%	Работник может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы	Работодатель за счет собственных средств обеспечивает инвалидам профессиональное обучение или
30-60%	Работник может продолжать профессиональную деятельность в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы	переобучение, создание и адаптацию специальных рабочих мест для их трудоустройства.
60-90%	Работник вследствие выраженного нарушения функций организма может выполнять профессиональную деятельность лишь в специально созданных условиях	Возмещение причиненного вреда инвалидам, получившим трудовое увечье или
100%	У работника наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма	профессиональное заболевание по вине работодателя.

Степень УПТ – величина отклонения от способности человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества в конкретных производственных условиях, выраженная в процентах к утраченной трудоспособности.

ОМСЭ устанавливается степень утраты трудоспособности, а работодателю предписывается исполнение обязанностей по профессиональному обучению, созданию и адаптации специальных рабочих мест для трудоустройства и возмещение причиненного вреда инвалидам, получившим трудовое увечье или профессиональное заболевание

Работникам по степени нарушений функций организма, повлекших утрату трудоспособности, процент УПТ устанавливается:

1) в случае, если работник может продолжать профессиональную деятельность с умеренным или незначительным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы или если выполнение его профессиональной деятельности требует большего напряжения, чем прежде, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 5 до 30 процентов;

2) в случае, если работник может продолжать профессиональную деятельность в обычных производственных условиях с выраженным снижением квалификации либо с уменьшением объема выполняемой работы или, если он утратил способность продолжать профессиональную деятельность вследствие умеренно выраженного нарушения функций организма, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 30 до 60 процентов;

3) в случае, если работник вследствие выраженного нарушения функций организма может выполнять профессиональную деятельность лишь в специально созданных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности от 60 до 90 процентов;

4) в случае, если у работника наступила полная утрата профессиональной трудоспособности вследствие резко выраженного нарушения функций организма при наличии абсолютных противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности даже в специально созданных условиях, устанавливается степень утраты профессиональной трудоспособности 100 процентов.

Кроме того, может устанавливаться степень утраты общей трудоспособности (УОТ). Степень утраты общей трудоспособности устанавливается участнику системы обязательного социального страхования, в случае наступления события (социального риска), повлекшего утрату (потерю) трудоспособности.

К участнику системы обязательного социального страхования относятся работающее население, а также лица, за которых производились социальные отчисления.

Степень утраты общей трудоспособности – величина отклонения от способности человека выполнять трудовую деятельность (любую неквалифицированную деятельность), выраженная в процентном отношении к утраченной трудоспособности. Участнику системы обязательного социального страхования по степени нарушений функций организма, приведших к ограничению трудоспособности, УОТ устанавливается при:

1) стойких умеренно выраженных нарушениях функций организма, приведших к умеренно выраженному ограничению трудоспособности, – 30 до 60 процентов;

2) стойких выраженных нарушениях функций организма, приведших к выраженному ограничению трудоспособности, – от 60 до 80 процентов;

3) стойких значительно или резко выраженных нарушениях функций организма, приведших к резко выраженному ограничению или к потере трудоспособности, – от 80 до 100 (включительно) процентов.

Исходя из степени утраты профессиональной трудоспособности и общей трудоспособности, работнику назначается пенсия и другие социальные выплаты.

На рисунке 3.3 приведен существующий порядок трудоустройства инвалидов.



Рисунок 3.3 – Порядок реабилитации и трудоустройства инвалидов

Предварительный медицинский осмотр проводится при приеме на работу с целью определения состояния здоровья

работника и регистрации исходных объективных показателей здоровья и возможности исполнения без ухудшения состояния здоровья профессиональных обязанностей в условиях действия конкретных вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса.

Кроме того, на этом этапе лечащим врачом проводится профессиональное ориентирование.

Специалистами ОМСЭ разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая включает ряд мероприятий социально-медицинского, социально-педагогического и социально-психологического характера. Кроме того, специалистами ОМСЭ проводится периодическое наблюдение за выполнением реабилитационных мероприятий, дается оценка эффективности данных мероприятий.

Индивидуальная программа реабилитации разрабатывается в течение месяца.

Далее управлением координации занятости и социальных программ оказывается содействие трудоустройству инвалида в соответствии с рекомендациями МСЭ (содействие трудоустройству на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству). Кроме того, управлением координации занятости и социальных программ проводится работа по квотированию рабочих мест для инвалидов в размере трех процентов от общей численности рабочих мест и созданию специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

В целом, необходимо отметить, что существующая система трудоустройства инвалидов в условиях рыночной экономики имеет ряд проблем и нуждается в совершенствовании:

– Основной задачей врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) остается определение ограничений профессиональной деятельности на основе биологических критериев или анатомо-морфологических и физиологических недостатков инвалидов.

– Профессиональное ориентирование выполняет лечащий врач, хотя он должен только разъяснить ограниченные возможности инвалида по дальнейшей трудовой деятельности. В целом же, профориентирование должны выполнять совместно специалист – физиолог труда с лечащим врачом.

– Штат МСЭ ограничен, как правило, 5 ед. – начальник отдела, главный специалист, 3 специалиста. В этой связи, необходимо расширение штата, как минимум в 2 раза: физиолог труда, социальный работник, психолог, патронажная сестра, медицинский регистратор, водитель специализированной машины (например, в России штат МСЭ

составляет 16 человек). Кроме того, недостаточно количество ОМСЭ, практически во всех регионах страны, на 1 отдел МСЭ приходится более 100-170 тыс. человек, причем в сельской местности ситуация усугубляется. Поэтому индивидуальная программа реабилитации делается только по желанию человека с ограниченными возможностями, и профессиональная часть реабилитации представлена только описательными противопоказаниями к труду.

– Отсутствие в профессиональной части индивидуальной программы реабилитации оценки профессиональных способностей индивида и конкретных указаний на соответствующие профессии (рабочие места) ограничивает возможность управления координации занятости и социальных программ и центров занятости по оказанию помощи в трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями. Включение профессионального обучения в индивидуальные программы реабилитации инвалидов в целях их социально – трудовой интеграции (или реинтеграции) остается слабым звеном в практике этой работы. По данным Комитета по контролю и социальной защиты Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Карагандинской области в течение 2007-10 мес. 2011 года на профессиональную часть индивидуальной программы реабилитации направлено 3672 человека, что составляет 6,6% к общей численности инвалидов.

– Незначительный набор экономических инструментов стимулирования работодателей к найму лиц с ограниченными возможностями. В Казахстане применяется 3% квотирование рабочих мест для инвалидов, и санкции за их невыполнение довольно таки высоки (в соответствии со статьей 87-1 Кодекса об административных правонарушениях на должностное лицо за нарушение законодательства о социальной защите инвалидов может налагаться штраф 20-40 МРП; на юридическое лицо, являющееся субъектом малого и среднего предпринимательства, – 70-200 МРП; на юридическое лицо, являющееся субъектом крупного предпринимательства, – 200-400 МРП). Однако данный механизм квотирования не работает. Фактически за 2006-2008гг. трудоустроено по квоте 3493 инвалида из 16961 мест, предусмотренных по квоте. При этом в городе Алматы рабочие места по квоте не созданы, в Жамбылской области их создано лишь - 12, Кызылординской – 14, Атырауской – 76, городе Астане – 46. В Мангистауской области, несмотря на имеющиеся 3140 рабочих мест по квоте, трудоустроено всего лишь 24 инвалида. Аналогичная ситуация сложилась в Южно-Казахстанской области, где на имеющиеся

2531 мест по квоте, трудоустроены всего 164 инвалида [29]. Опросы работодателей, проводимые общественными организациями, показывают, что предприниматели преувеличивают потенциальные проблемы, связанные с принятием на работу инвалида, а нередко и просто не хотят даже думать об этом.

– Конкурентоспособность продукции специализированных предприятий, предоставляющих рабочие места преимущественно для инвалидов I и II групп, невысока, что также требует дополнительной государственной поддержки. Несмотря на то, что согласно статье 225 Налогового кодекса эти предприятия освобождаются от налога на добавленную стоимость на оборот по реализации товаров, работ и услуг, если организации соответствует следующим условиям: инвалиды составляют не менее 51% от общего числа работников; расходы по оплате труда инвалидов составляют не менее 51% (в специализированных организациях, в которых работают инвалиды по потере слуха, речи, зрения, - не менее 35%) от общих расходов по оплате труда [30].

– В ходе выполнения Программы реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы создано 144 специальных рабочих мест для инвалидов, оборудованных специальными приспособлениями и техникой для удобства работы лиц с ограниченными возможностями. Следует отметить, что созданы они лишь в 8 регионах из 16 (это Акмолинская область – 27 мест, Актюбинская – 5, ЗКО – 8, СКО – 9, ВКО-1, Костанайская – 53, Мангистауская – 18, Павлодарская – 23). На временную работу направлено более 70 инвалидов, на общественные работы – 1390 [29].

– Практика трудоустройства инвалидов в Карагандинской области показывает, что в основном на открытом рынке труда инвалидам предлагаются низкооплачиваемые, не требующие высокой квалификации рабочие места (дворник, техничка, вахтер). Одной из причин этого является отсутствие возможности получить необходимое профобразование для людей с особыми потребностями. Существует проблема доступности среднего профессионального и высшего образования для инвалидов. Целый ряд факторов делает поступление и обучение лиц с ограниченными возможностями в ПТШ и вузе проблематичным. Практически все учебные заведения Казахстана не обеспечены даже минимальными условиями, необходимыми для обучения в них инвалидов. Эти условия касаются архитектуры зданий и аудиторий, дверных проемов и лестниц, мебели и оборудования, обустроенности

столовых, библиотек и туалетов, отсутствия комнат отдыха и стульев в коридорах, медицинских кабинетов, необходимых для повседневных нужд некоторых студентов-инвалидов. Учебные программы не адаптированы к потребностям людей с особыми потребностями в образовании.

– Отсутствует сеть профессиональных реабилитационных центров, где человек с ограниченными возможностями комплексно может получить услуги профориентирования, консультирования, профобучения/ переобучения, трудоустройства в мастерских при центрах с последующей адаптацией на открытый рынок.

– Отсутствуют субсидии для адаптации рабочей среды, субсидии для переквалификации работника согласно спросу на рынке труда, повышения квалификации потенциального работника, частичная компенсация заработной платы и взносов социального страхования; субсидии для компенсации расходов на услуги ассистента (например, переводчик языка жестов) и другие меры поддержки занятости людей с ограниченными возможностями.

Для наглядности приведем количественные данные, характеризующие уровень трудоустройства инвалидов в Карагандинской области (таблица 3.13).

Как видно из таблицы, порядка 2,55% инвалидов при прохождении медико-социальной экспертизы заказывают профессиональную часть индивидуальной программы реабилитации. Так, за 10 мес. 2011г. за профессиональной частью ИПР в Департамент Комитета по контролю и социальной защиты Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан обратилось 1410 человек. Из них трудоустроены 176 инвалидов.

243 инвалида за помощью в трудоустройстве обратилось в Управление координации занятости и социальных программ Карагандинской области, из которых 139 человек нашли рабочие места.

Таким образом, только 22,34% инвалидов, заказавших профессиональную часть ИПР, нашли работу. Это составляет 0,57% по отношению к общей численности инвалидов.

По нашему мнению, логика совершенствования системы профессиональной реабилитации заключается в следующем:

- обеспечение физической доступности всех объектов инфраструктуры социальных услуг;
- улучшение качества услуг ОМСЭ, трансформация их деятельности в направлении профориентации;
- обеспечение доступности услуг начального

профессионального, среднего профессионального и высшего образования для людей с ограниченными возможностями, а также возможность прохождения переподготовки и повышении квалификации как в рамках общих программ, так и в рамках специализированных программ, адаптированных под образовательные потребности людей с ограниченными возможностями;

- создание центра профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями;

- совершенствование экономического механизма стимулирования работодателей в целях повышения занятости людей с ограниченными возможностями.

Таблица 3.13 – Уровень трудоустройства инвалидов в Карагандинской области

Наименование показателей	Значение
Численность инвалидов в Карагандинской области на 25.10.2011г., чел.	55321
Численность инвалидов в Карагандинской области, оформивших профессиональную часть ИПР за 10 мес.2011г., чел.	1410
Доля лиц с профессиональной частью ИПР к общей численности инвалидов, %	2,55
Численность трудоустроенных инвалидов по данным ДКСЗН в 2011г., чел.	176
Количество обратившихся в Управление координации занятости и социальных программ Карагандинской области в 2011г., чел.	243
Всего трудоустроенных инвалидов УКЗСП в 2011г., чел., в том числе:	139
на социальные места работы	10
на постоянные места работы	115
открывших свое дело	14
Доля трудоустроенных к численности инвалидов с профессиональной частью ИПР, %	22,34
Доля трудоустроенных к общей численности инвалидов, %	0,57
Примечание: рассчитано по данным Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Карагандинской области и Управления координации занятости и социальных программ Карагандинской области	

§3.3 Обеспечение инвалидам разумного приспособления рабочего места

Любая профессиональная реабилитация будет неэффективна без внедрения системы создания и адаптации

рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Проектирование и оснащение специальных рабочих мест для инвалидов должно осуществляться с учетом профессии, характера выполняемых работ, степени инвалидности, характера функциональных нарушений и ограничения способности к трудовой деятельности, уровня специализации рабочего места, механизации и автоматизации производственного процесса.

Мировая экономическая практика выработала и использует понятие «разумное» приспособление рабочего места, которое включено в законодательные акты. Наиболее четко и конкретно формулировки звучат в законодательстве США и Великобритании [31].

В США Акт 2008 года о внесении поправок в «Закон об американских инвалидах» ввел понятие надлежащих условий и разумных приспособлений, которое включает:

1) Меры по адаптации существующих помещений и сооружений с целью обеспечения доступности для инвалидов, в частности, адаптация туалетов для работников;

2) Перестройка трудового процесса, изменение графика работы или перевод на другую работу при наличии вакансии;

3) Приобретение нового оборудования или модификация существующего, приобретение вспомогательных технических средств, изменение или модификация процедур аттестации, учебных материалов или действующих правил;

4) Предоставление сурдопереводчика для лиц с нарушением слуха или чтеца для лиц с полной или частичной потерей зрения.

Акт уточняет, что необходимые модификации и коррективы, позволяющие инвалиду осуществлять трудовую деятельность, не должны становиться для работодателя несоразмерным или неоправданным бременем. При определении соразмерности расходов учитываются такие факторы как размер предприятия, имеющиеся финансовые ресурсы, природа и структура необходимых преобразований.

В Великобритании «Акт о недопущении дискриминации инвалидов», принятый в 1995 году, обязал работодателей создавать благоприятные условия для труда инвалидов и содержит исчерпывающий перечень мер, подразумеваемых под «разумным приспособлением».

Этот перечень включает:

1) Адаптацию производственных помещений;

2) Перераспределение части обязанностей инвалида другим работникам;

3) Перевод работника с инвалидностью на другую работу, подходящую ему по состоянию здоровья, при наличии вакансий;

- 4) Сокращение продолжительности рабочего дня;
- 5) Изменение должностных обязанностей;
- 6) Компенсацию рабочего времени, потраченного на лечение, экспертизу или реабилитацию;
- 7) Обучение и повышение уровня профессиональной квалификации;
- 8) Приобретение нового или адаптация имеющегося оборудования;
- 9) Изменение инструкций и адаптация справочных материалов;
- 10) Внесение изменений в порядок профессиональной аттестации и присвоения квалификации;
- 11) Предоставление чтеца или сурдопереводчика;
- 12) Прикрепление наставника (куратора).

На наш взгляд, можно определить *разумное приспособление* как «необходимые и достаточные условия для исполнения работником с ограниченными возможностями своих функциональных обязанностей».

Различают 2 основные формы организации труда инвалидов.

1. Обычные производственные условия – трудоустройство инвалидов на обычных независимо от организационно-правовых форм и форм собственности предприятиях, в учреждениях и организациях на обычных рабочих местах вместе со здоровыми людьми. В основном это инвалиды 3 группы. Трудоустройство инвалидов в зависимости от характера ограничений в трудовой деятельности в обычных производственных условиях может осуществляться:

– в новой для инвалида профессии с возможностью выполнения работы в полном объеме (с использованием или без использования профессиональных навыков);

– в прежней профессии с уменьшением объема работы (перевод на работу с неполным рабочим временем (неполный рабочий день или неполную рабочую неделю), на 0,5-0,75 ставки, сокращение функциональных и должностных обязанностей, плановых и производственных заданий, уменьшение норм выработки, освобождение от ночных и вечерних смен, предоставление гибкого графика работы, ограничения в физической и нервно-эмоциональной нагрузке, перевод с конвейерной на индивидуальную форму организации труда и др. ограничения в работе);

– в прежней профессии со снижением квалификации (перевод с работы главного бухгалтера на работу бухгалтера по учету материальных ценностей и т.п.).

2. Специально созданные условия – трудоустройство инвалидов на специально создаваемых для них предприятиях и специальных рабочих местах. Предназначены для трудоустройства инвалидов I и II групп, в исключительных случаях по социальным показаниям наряду с рекомендацией трудоустройства в обычных производственных условиях данная форма организации труда может быть рекомендована инвалидам III группы (предпенсионный и пенсионный возраст, низкий уровень общего образования, семейное положение и др.).

Специально созданные условия – комплекс мероприятий и льгот, обеспечивающих необходимые для инвалида условия и режим труда: значительно сокращенный рабочий день с предоставлением показанных видов труда, льготные нормы выработки, введение дополнительных перерывов, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм, систематическое медицинское наблюдение, возможность полностью или частично работать на дому и др. особо оговариваемые специалистами службы МСЭ особенности в условиях труда.

Трудоустройство инвалидов в специально созданных условиях осуществляется:

– На специальных рабочих местах. Специальное рабочее место – рабочее место, требующее дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

– В спеццехах, спецучастках, на специализированных предприятиях, предназначенных для труда инвалидов. Специализированное предприятие (цех, участок), применяющее труд инвалидов, – предприятие (цех, участок), независимо от организационно-правовой формы и форм собственности с особой формой организации, условиями и режимов труда, обеспечивающих рациональное трудоустройство инвалидов в соответствии с их трудовыми возможностями, их полную или частичную профессиональную реабилитацию, имеющее соответствующий статус специализированного предприятия (цеха, участка).

– В надомных условиях. Надомные условия труда – создание специальных условий, обеспечивающих возможность выполнения инвалидами работы на дому. Надомные виды труда могут предоставляться инвалидам как обычными, так и специализированными предприятиями.

При проектировании и организации специальных рабочих мест для инвалидов должно быть предусмотрено:

- использование специальных приспособлений для управления и обслуживания оборудования, компенсирующих анатомо-морфологические и физиологические недостатки и ограничения инвалидов;

- применение специально разработанного ручного инструмента, форма, размеры и величина сопротивления приводных элементов которого обеспечивают надежный захват и эффективное использование;

- расположение органов управления оборудованием, технологической или организационной оснастки, обрабатываемых деталей на рабочем месте в пределах зон досягаемости моторного поля (в горизонтальной и вертикальной плоскостях), учитывающих антропометрические и физические размеры и физические ограничения инвалида;

- использование для регулировки высоты рабочей поверхности стола и элементов рабочего стула легко достигаемых и управляемых механизмов, имеющих надежную фиксацию;

- выделение дополнительных площадей, обеспечивающих возможность подъезда, разворота на рабочем месте и выполнения работы в инвалидной коляске;

- оснащение оборудования и мебели на рабочем месте индикаторами (визуальные, акустические, тактильные), учитывающими возможности и ограничения отдельных групп инвалидов (слепые, слабовидящие, глухие) в восприятии информации для беспрепятственного нахождения своего рабочего места и выполнения работы.

Специальное рабочее место инвалида должно обеспечивать безопасность труда, работу с незначительными или умеренными физическими, динамическими и статическими, интеллектуальными, сенсорными, эмоциональными нагрузками, исключать возможность ухудшения здоровья или травмирования инвалида.

Организация рабочего места и конструкция всех элементов мебели, оргтехоснастки производственного оборудования должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психологическим особенностям и ограниченностям работающих инвалидов с учетом:

- анатомо-морфологических характеристик двигательного аппарата;

- возможностей распознавания органов управления оборудованием, предметов труда, инструмента;

- точности, скорости и амплитуды движений при осуществлении управляющих действий;
- возможностей захвата и перемещения инструментов, предметов труда (пальцами, кистью, всей рукой, стопой, в том числе с использованием протезов и рабочих насадок на них);
- величин усилий, развиваемых при осуществлении управляющих действий.

Специальное рабочее место инвалида должно иметь основное и вспомогательное оборудование, техническую и организационную оснастку, обеспечивающие реализацию эргономических принципов при организации рабочих мест инвалидов и учитывающих индивидуальные возможности и ограничения конкретных лиц. Целесообразно применять специально комплексно разработанные для различных специальностей рабочие места инвалидов, включающие рабочий стол, стул, технологическое оборудование и подставки для сырья, инструментов и готовой продукции. При проектировании рабочего места инвалида с поражениями опорно-двигательного аппарата следует учитывать параметры оперативного поля, доступного верхним конечностям при условии фиксированного положения тела.

Полностью проектирование, создание и адаптация рабочего места для инвалидов ложится в обязанности работодателя, **а государство возмещает все или часть данных затрат.**

В частности, работодатель обеспечивает:

- создание необходимых условий труда и режима работы, включая адаптацию рабочего места в соответствии с действующим законодательством, общей и индивидуальной программами реабилитации инвалидов;
- организацию на производстве медицинского наблюдения за инвалидами и контроль за соблюдением санитарно-гигиенических условий в производственных и непроизводственных помещениях;
- подбор специальных технологических процессов и продукции с учетом применения труда инвалидов и их профессиональных навыков и состояния здоровья;
- разработку и использование различных средств малой механизации для облегчения труда, при необходимости оборудование рабочего места инвалида в индивидуальном порядке;
- составление графика и режима работы инвалидов с учетом их заболеваний и рекомендаций по продолжительности рабочего дня;
- производственный контроль за выполнением санитарных правил и гигиенических нормативов;

- наличие санитарно-эпидемиологических заключений на применяемое сырье, выпускаемую продукцию, осуществление гигиенической оценки технологических процессов;

- принятие необходимых мер в случае возникновения аварийных ситуаций и несчастных случаев на производстве, в том числе надлежащих мер по оказанию первой помощи.

Для поддержки работодателей во многих странах используется целый ряд стимулирующих субсидий, возмещающих затраты работодателя на адаптацию рабочих мест, выплаты определенной доли заработной платы инвалида.

Подбор, приобретение, установка и адаптация необходимого оборудования, дополнительных приспособлений, оснастки и технических средств реабилитации и проведение реабилитационных мероприятий по обеспечению эффективной занятости инвалидов проводится исключительно с учетом их индивидуальных возможностей в условиях труда, соответствующих индивидуальной программе реабилитации инвалида к труду.

В этой связи, планирование и расчет расходов на адаптацию следует осуществлять по двум основным направлениям:

- на базе технически обоснованных нормативов, отражающих организацию и технологию конкретного производства, где планируется организовать рабочие места для людей с ограниченными возможностями;

- на основе использования индивидуальных специальных приспособлений для управления и обслуживания оборудования, компенсирующих анатомо-морфологические и физиологические недостатки и ограничения инвалидов.

В целом же, расходы на адаптацию рабочего места для человека с ограниченными возможностями включают следующие элементы:

- приобретение технических средств реабилитации инвалидов (ТСР) и другого оборудования для специального рабочего места для инвалида (СРМ);

- приобретение (изготовление) и установку вспомогательных устройств, приспособлений и иных дополнительных средств, необходимых для использования ТСР на СРМ;

- адаптацию ТСР для их использования при выполнении определенных трудовых обязанностей и с учетом индивидуальных возможностей инвалида, для которого предназначается СРМ;

- доставку и установку ТСР и дополнительного оборудования в месте использования СРМ;

- подготовку инвалида к работе на СРМ;
- интеграцию СРМ в технологический процесс организации;
- обеспечение беспрепятственного доступа инвалида к рабочему месту;
- пусконаладочные работы на СРМ;
- оснащение оборудования и мебели на рабочем месте индикаторами (визуальные, акустические, тактильные), учитывающими возможности и ограничения отдельных групп инвалидов (слепые, слабовидящие, глухие) в восприятии информации для беспрепятственного нахождения своего рабочего места и выполнения работы.

Необходимо отметить, что с учетом конкретной ситуации некоторые виды работ могут быть исключены.

По обследованию занятости населения с ограниченными возможностями в Карагандинской области получены следующие результаты (150 обследованных предприятий с учетом крупных корпораций Карагандинского региона ТОО «Корпорация Казахмыс», АО «Арселор Миттал Темиртау»).

По адаптации рабочих мест ситуацию можно охарактеризовать следующим образом:

1. На открытом рынке труда для адаптации рабочих мест для работников с ограниченными возможностями каких-либо затрат работодатели не несли, поскольку практически у большинства трудоустроенных инвалидов и на представленной работе адаптация рабочего места не требуется.

Так, структура мест трудоустройства инвалидов на 01.11.2011 года представлена следующими профессиональными группами:

1) Специалисты: учитель.

2) Работники средней и низкой квалификации в сфере услуг: торговый агент, оператор ЭВМ, администратор, медсестра, горничная, кассир, санитарка, почтальон, повар.

3) Рабочие профессии: электрик, тракторист, токарь, каменщик, сварщик, стропальщик, слесарь КИПиА, электрогазосварщик, электромонтер, электромонтажник, машинист котлов, механик, машинист крана, осмотрщик вагонов, расфасовщик мясoproдуктов, укладчик-упаковщик, лаборант.

4) Уборщик мусора, дворник, сторож, вахтер, санитарный пост на пищевых предприятиях.

Согласно нашему обследованию, все рабочие места, на которые трудоустроены инвалиды не адаптированы, и работодатели никаких затрат на адаптацию рабочего места не делали.

2. На специализированном предприятии – Карагандинском филиале ОО «Казахского общества слепых» – вся технологическая линия адаптирована для незрячих работников, однако это было сделано еще в советское время. Если ранее на предприятии трудилось более 400 работников, то в настоящее время, если есть заказы (преимущественно государственные) – выходят порядка 40 работников, если заказов нет – предприятие простаивает.

На специализированном предприятии – Карагандинском филиале ОО «Казахского общества глухих» – в настоящее время занято 42 человека.

Всего в республике 33 учебно-производственных предприятия Казахского общества слепых и 18 – Казахского общества глухих, в которых в общей сложности занято около четырёх тысяч инвалидов. Основными видами деятельности данных предприятий являются пошив швейных изделий, производство трикотажных, картонажных, электротехнических, пластмассовых изделий, производство мебели, предоставление полиграфических услуг и проведение ремонтно-строительных работ и др.

3. При условии возмещения затрат на адаптацию рабочих мест, на открытом рынке труда 60% работодателей выразили заинтересованность в приеме на работу лиц с ограниченными возможностями.

При обследовании предприятий были выявлены следующие группы профессий рабочих и служащих, которые фактически заняты инвалидами.

Рабочие места для инвалидов по зрению.

1. Типовое место рабочих профессий:

- Швея на автоматической швейной машине;
- Швея ручного труда в производстве крупногабаритных товаров;
- Штамповщик в производстве автомобильных топливных, воздушных фильтров;
- Вальцовщик в производстве скоросшивателей.

2. Типовое место офисное:

- Офис-менеджер;
- Кадровый работник;
- Экономист.

Рабочие места для инвалидов по слуху.

1. Типовое место рабочих профессий:

- Сборщик мебели;
- Сварщик;
- Электрик;

- Швея;
- Кассир.

Рабочие места для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.

1. Типовое место рабочих профессий:

- Упаковщик;
- Перемотчик трансформатора.

В частности, можно привести следующие примеры адаптации рабочих мест в Карагандинском филиале ОО «Казахское общество слепых» для работников с ограниченными возможностями по зрению:

1. К швейным машинкам были сделаны и смонтированы ограничители для правильной подачи материала. Ограничители были изготовлены самими работниками из жести. Стоимость 150 тенге.

2. Был изготовлен трафарет для изготовления матраца. Стоимость 200 тенге.

3. К прессовым станкам были сделаны и смонтированы ограничители для правильной подачи материала. Ограничители были изготовлены самими работниками из жести. Стоимость 250 тенге.

4. Были изготовлены крюки для извлечения продукции с промышленной линии. Стоимость 400 тенге.

Исходя из зарубежного опыта, можно привести еще ряд примеров адаптации рабочих мест:

1. Административный работник с боковым амиотрофическим склерозом испытывал сложности, разговаривая по телефону, вводя информацию с клавиатуры, заполняя различные формы и отчеты. Для него приобрели беспроводное устройство для разговора по телефону, установили специальные подлокотники, чтобы снять лишнюю нагрузку с мышц рук, заменили замок на специальный, не требующий лишних усилий, поставили соответствующую ручку на дверь туалета. Стоимость \$450.

2. Незрячая служащая в приемной юридической фирмы не видела лампочек офисной АТС, которые показывали, по какой из линий звонят, какие заняты и т.д. Работодатель приобрел специальное устройство в форме обычной ручки, реагирующее на свет. Стоимость \$45.

3. Имеющий детский церебральный паралич работник организации по ремонту компьютерной техники не мог наклоняться, подлезать под оборудование и т.д. Ему купили специальное устройство, позволившее работнику беспрепятственно ремонтировать оборудование. Стоимость \$30 [32].

Примеры адаптации рабочих мест для некоторых видов инвалидности представлены в таблице 3.14.

Таблица 3.14 – Ориентировочная стоимость офисного рабочего места для разных форм инвалидности, 2011г. [33]

Наименование рабочего места	ТСР	Стоимость, тенге
Автоматизированное рабочее место для людей с нарушением зрения	Адаптированный видеодисплей, аудиодисплей, экранное увеличение.	12000-90000
	Телевизионные увеличители проецируют изображение бумажных документов на экран монитора или телевизора	60000-150000
	Электронные записные книжки для слепых (передача данных в компьютер для последующего преобразования в речевую информацию или текст).	450000
	Принтеры Брайля - устройства вывода текстовой информации в символах азбуки Брайля	450000-1500000
	Дисплей Брайля. Система считывания экранной информации и преобразования в символы Брайля	450000-900000
	Программы для распознавания речи	15000-34500
	Брайлевский тифлокомплекс (7 устройств)	2 945 266
Рабочее место для людей с нарушением слуха	Специальные телекоммуникационные комплекты для глухих, состоящие из модема и программного обеспечения.	45000
	Программы усиления приема, передачи, повышения громкости вызывного акустического сигнала	1500
	Дублирование вызывного акустического сигнала световым выходом	7500
Рабочее место для людей с нарушением опорно-двигательным аппаратом	Специальные лежаки со столами	12 800
	Подставки для ног	7 000
	Мобильные доски (изменение уровня по высоте)	17 500
Примечание: без учета стоимости переоборудования помещений		

В целом, для людей с нарушением зрения стоимость адаптации офисного рабочего места может меняться от 12 тыс. тенге до 3 млн. тенге; стоимость адаптации рабочего места для людей с нарушением слуха находится в пределах 45 тыс. тенге; стоимость адаптации рабочего места для людей с нарушением опорно-двигательным аппаратом варьируется от 7 до 17500 тенге.

Исходя из наилучшей мировой практики, структура затрат на создание рабочего места состоит из следующих статей:

1) Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей;

2) Приобретение, монтаж и установка рабочего оборудования и технических мер помощи, необходимых для функционирования рабочего места (станки, оргтехника, технические приспособления, специальная мебель);

3) Обучение работника, если создаваемое рабочее место требует профессиональной квалификации или навыков профессионального обучения, которые работник не может получить через Центр занятости.

Фактические расходы на адаптацию помещений к нуждам людей с ограниченными возможностями существенно различаются.

Нами проведены расчеты затрат на создание (адаптацию) рабочих мест для инвалидов на ТОО «Казцентрэлектропровод» (г.Сарань), ТОО «Агроконсалтинг» (г.Караганда) (таблицы 3.15 - 3.17).

Таблица 3.15 – Затраты на создание (адаптацию) рабочего места для инвалида-колясочника в ТОО «Казцентрэлектропровод», 2011г.

Виды затрат по результатам оценки потребностей инвалида	Содержание	Стоимость, тыс.тенге
Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей	Перестройка и оборудование туалета	1038,61
Обучение работника для рабочего места «укладчик-упаковщик»	Оплата труда наставника + з/п для ученика (3 месяца)	150
Итого		1188,61

В то же время, фактически работающие на этих местах инвалиды, которые не имеют потребности в перестройке помещения, требуют от работодателя только затрат на обучение, которые он несет в размере 50 тысяч тенге в месяц.

Очевидно, что адаптация рабочего места для инвалида-колясочника требует от работодателя наибольших расходов.

Поскольку фундаментальных исследований по определению расходов по адаптации рабочих мест в Казахстане не проводилось, поэтому в качестве основы возьмем результаты исследований расходов по переоборудованию рабочего места для инвалидов, проведенным в США Сетью Агентств по созданию специальных условий на рабочем месте при Министерстве труда США в 2008-2009гг. [31].

Таблица 3.16 – Затраты на создание (адаптацию) рабочего места для инвалида – колясочника ТОО «Агроконсалтинг», 2011г.

Виды затрат по результатам оценки потребностей инвалида	Содержание	Стоимость, тыс. тенге
Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей	Реконструкция входной группы	64,9
	Реконструкция коридора	989,3
	Переоборудование туалета	479,3
Итого:		1533,5
Обучение работника для рабочего места «оператор call-центра»	Оплата труда наставника + з/п для ученика (0,5 месяца)	35
Всего		1638,5

Таблица 3.17 – Затраты на создание (адаптацию) рабочего места для инвалида по зрению ТОО «Агроконсалтинг», 2011г.

Виды затрат по результатам оценки потребностей инвалида	Содержание	Стоимость, тыс. тенге
Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей	Установка тактильной плитки	231,0
	Установка тактильных табличек	34,4
Итого:		265,4
Приобретение, монтаж и установка рабочего оборудования (программы-читалки)	IVONA Reader	19
Обучение работника для рабочего места «оператор call-центра»	Оплата труда наставника + з/п для ученика (1 месяц)	50
Всего		334,4

В каждом случае должен применяться индивидуальный подход, основанный на оценке возможностей инвалида, особенностях технологического процесса и санитарных нормах.

В 56% случаев никаких денежных затрат на приспособление рабочего места не требовалась, в остальных случаях инвестиции в среднем составили около 600 долларов, причем они носили единовременный характер. В частности, в 29% случаев, они составили менее 100 долларов США, еще в

32% от 100 до 500 долларов, по 11% - от 500 до 1000 и от 1000 до 5000 долларов, в 13% эти затраты равны сумме 1000 долларов США. Более 5000 долларов потребовалось только в 4% случаев. В тоже время среди экономических выгод работодатели указывали сохранение ценного квалифицированного сотрудника, улучшение производительности его труда, снижение расходов на обучение новых сотрудников и пр.

Очевидно, что в условиях Казахстана имеют место относительно большие затраты на создание (адаптацию) рабочего места для инвалидов, что связано с отсутствием доступности зданий и помещений для людей с ограниченными возможностями вследствие преобладания старых типов застройки с значительных объемов перестройки.

Для расчета адаптации рабочих мест предполагаем следующее:

- общее количество инвалидов в трудоспособном возрасте, заинтересованных в работе 123 409 чел.

- процент нуждающихся в адаптации инвалидов сохраняется в пределах 44%;

- дифференциация сумм затрат на адаптацию рабочих мест устанавливается: в 29% случаев трудоустройства инвалидов – 7,4 тыс. тенге; 32% – 11,1 тыс. тенге, 11% – 111 тыс. тенге; 13% – 148 тыс. тенге; 11% – 444 тыс. тенге; 4% – 740 тыс. тенге.

В таблице 3.18 приведены расчетные затраты на адаптацию рабочего места инвалида, исходя из опыта США.

Из расчетной таблицы видно, что 69109 человек с ограниченными возможностями не нуждаются в адаптации рабочих мест. Для 54 300 человек с ограниченными возможностями максимальная сумма затрат на адаптацию рабочих мест будет составлять 6 276 424 тыс. тенге.

Подводя итог исследованию вопроса разумной адаптации рабочего места для инвалидов, целесообразно сделать следующие выводы:

- 1) Понятие «разумного приспособления» рабочего места разработано и введено в законодательства многих стран. Самые конкретные и четкие определения даны в законах США и Великобритании, в них дается перечень конкретных мер, которые должен осуществить работодатель по созданию необходимых и достаточных условий для исполнения инвалидом своих функциональных обязанностей. При определении объемов затрат на «разумное приспособление» учитывается размер предприятия, имеющиеся финансовые ресурсы, природа и структура необходимых преобразований.

Таблица 3.18 – Ориентировочно-расчетная сумма затрат на адаптацию рабочих мест для населения с ограниченными возможностями в Республике Казахстан

Трудоспособное население с ограниченными возможностями, для которого не требуется затраты на адаптацию рабочих мест (56%), чел.	Трудоспособное население с ограниченными возможностями, для которого требуется затраты на адаптацию рабочих мест (44%), тыс. чел.	Структура рабочих мест для инвалидов по признаку «затраты на адаптацию рабочего места» (от всех нуждающихся в адаптации рабочих мест), %	Численность инвалидов по расчетным группам, чел.	Ориентировочная сумма затрат на адаптацию одного рабочего места, тыс. тенге	Сумма затрат на адаптацию рабочих мест, тыс. тенге
69109	54300	29%	15747	7,4	116 528
		32%	17376	11,1	192 873
		11%	5973	111	663 003
		13%	7059	148	1 044 731
		11%	5973	444	2 652 010
		4%	2172	740	1 607 279
ИТОГО					6 276 424

Примечание: без учета стоимости переоборудования помещений

2) Определение затрат на разумное приспособление необходимо в связи с тем, что правительства многих стран субсидируют затраты на такое приспособление.

3) Очевидно, что в условиях Казахстана имеют место относительно большие затраты на создание (адаптацию) рабочего места для инвалидов, что связано с отсутствием доступности зданий и помещений для людей с ограниченными возможностями вследствие преобладания старых типов застройки с значительных объемов перестройки.

4) В каждом случае должен применяться индивидуальный подход, основанный на оценке возможностей инвалида, особенностях технологического процесса и санитарных нормах.

§3.4 Реализация программ профессиональной ориентации и программ профессионального обучения

Профессиональная ориентация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так как средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов.

В случае ограничения доступа инвалидов к профессиональной ориентации, расходы на реабилитацию

инвалидов лягут на плечи общества в еще большем размере. Исходя из анкетирования и экспертного опроса, в значительной мере это обусловлено следующими причинами:

- образовательные учреждения не приспособлены для инвалидов, чьи психосоматические возможности требуют особой инфраструктуры помещений, специального оборудования учебных мест и специальной методики обучения. Ввиду этого круг профессий, которым могут быть обучены инвалиды, сужается и субъективно формируются противопоказания для приема в образовательные учреждения;

- неразвитость сети профессиональных образовательных учреждений для населения с ограниченными возможностями;

- инвалиды не имеют доступа к информации о показаниях и противопоказаниях к приему в образовательные учреждения: 98% из них мало что знают о выбранной профессии и условиях ее труда;

- 68% инвалидов считают специальные образовательные учреждения непрестижными и не дающими перспектив для последующего трудоустройства;

- специалисты медицинских учреждений, службы МСЭ, как службы профессиональной ориентационной поддержки инвалидов, не владеют информацией о показаниях и противопоказаниях к приему в высшие и другие образовательные учреждения.

Услуги по профессиональному информированию предоставляются в следующих формах: индивидуальное и групповое информирование. К мероприятиям непосредственного информирования относятся: лекция, семинар, беседа.

К мероприятиям опосредованного информирования относятся: теле- и радиопередачи, видеофильмы, издание газет, журналов, наглядных пособий.

Услуги профессионального консультирования, профессионального подбора и отбора предоставляются в форме непосредственной личной работы консультанта-физиолога труда с инвалидом индивидуально.

Эти услуги в практике западных стран, предоставляются на Биржах труда и в Центрах Профессиональной реабилитации.

При выборе профессии для инвалида необходимо обязательно учитывать характер рекомендаций о показанных условиях труда, содержащихся в ИПР, и профессиографические данные по этой профессии, раскрывающие те требования, которые профессия предъявляет к инвалиду.

Методическую помощь в работе в ряде стран, в частности в России, оказывает профессиографический справочник, который содержит требования (профиль) рабочего места/профессии по признакам:

- Физические свойства.
- Психосоциальные свойства.
- Факторы воздействия окружающей среды.
- Меры безопасности труда.
- Организация рабочего процесса на рабочем месте.

Для крупных групп профессий должен быть составлен профиль рабочего места/профессии, который позволит при совмещении с ограничениями возможностей человека определить возможность его занятости на конкретном рабочем месте (профессии).

В настоящее время в Казахстане профессиональное ориентирование осуществляется лечащими врачами, что сильно сужает возможность проведения и эффективность профессионального ориентирования.

Система профессионального ориентирования должна осуществляться комплексно силами МСЭ и лечащими врачами, учебными заведениями, биржами труда. Например, в Литве данную функцию осуществляет Служба по установлению недуга и трудоспособности и профессиональные реабилитационные центры.

На наш взгляд, целесообразно реализовывать профессиональное ориентирование через центры профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов, где в режиме индивидуального консультирования, как для ученика старшего класса, так и для более взрослого человека с недугом, можно подобрать спектр профессий, требования к которым совпадают с его возможностями.

Типовой расчет расходов на программы профессионального и непрерывного обучения в учреждениях среднего специального и высшего профобразования

В 11 специальных организациях образования Карагандинской области осуществляется допрофессиональная подготовка детей, имеющих инвалидность, по таким специальностям, как массажист (школа–интернат для детей с нарушением зрения); секретарь-делопроизводитель со знанием компьютера, швея-мотористка, сборщик изделий из древесины (школа-интернат для детей с нарушением слуха); вышивальщица, мастер по изготовлению народных предметов

декоративно-прикладного искусства (школа-интернат для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата).

Ежегодно в учебных заведениях начального и среднего профессионального образования Карагандинской области обучается порядка 50 инвалидов. В ПТШ и колледжах инвалиды обучаются (в том числе на дополнительных, индивидуальных занятиях) по специальностям: «повар-кондитер», «бухгалтер», «швея», «плотник-столяр» (резьба по дереву), менеджмент, автоматизация технологических процессов, экономика, бухучет и аудит, правоведение.

В учебном 2011-2012гг. в профессиональном лицее №9 на специальность «Оператор ЭВМ» принята группа из 9 ребят, страдающих глухотой. За счет родителей группу ведут 2 сурдопереводчика (1 до обеда, 2 после обеда). Учитывая специфику сурдоперевода, сам учебный процесс сокращен практически в 2 раза. Кроме того, с помощью жестового языка невозможно обучение иностранному языку. Обучение проводилось по общей программе и, в результате ребята не смогли её освоить и оставили учебу.

В целом, профессиональное обучение детей и подростков этой группы ограничивается тем, что они обучаются в большинстве своем в специальных школах, где общетрудовая подготовка нередко отстает от требований современного производства и рынка труда, не соответствует интересам и возможностям самих детей. Проблема трудового и начально-профессионального обучения детей с ограниченными возможностями начинается с 12-13-летнего возраста в мастерских специальной школы и для некоторых выпускников продолжается в производственных классах (вспомогательные школы) или специальных группах профессиональных школ. Традиционные профессии, к которым обычно готовили детей с ограниченными возможностями, мало востребованы, требуемые работодателями профессии часто недоступны. В результате круг профессий, которым могут быть обучены дети и подростки этой группы, сужается, и возникает социальное отторжение детей, имеющих особые потребности в обучении, формируются противопоказания для их приёма на работу.

И только единицы детей с ограниченными возможностями имеют возможность обучения в ВУЗах и, в основном, благодаря помощи родственников.

Обучение детей с ограниченными возможностями в ПТШ, вузах ограничено вследствие:

– отсутствия или затрудненности физического доступа детей с ограниченными возможностями к объектам образования;

- отсутствия специальных государственных образовательных грантов для детей с ограниченными возможностями, т.к. у них есть сложности с прохождением тестирования на общих началах;

- отсутствия научно-методического обеспечения учебного процесса для детей с ограниченными возможностями (электронные лекции, силлабусы и пр.);

- отсутствия технического обеспечения учебного процесса (брайлевский тифлокомплекс, сканер с программным обеспечением, позволяющий работать с документами и пр.);

- нехватки педагогов-психологов, педагогов сопровождения, сурдопереводчиков и др.;

Организуя профессиональную реабилитацию инвалидов, надо учитывать, что профессиональное обучение инвалидов, а также создание рабочих мест для их трудоустройства не только представляет интерес для самих инвалидов, но и экономически выгодно государству. Так, расчеты, проведенные специалистами Московского технического университета им. Баумана, показали, что инвестиции на обучение в течение семи лет инвалида в данном университете полностью окупаются за счет выплаты ими налогов после трудоустройства всего за четыре года (при уровне заработной платы около 15 000 руб. в месяц), а в течение последующих трех-четырех лет происходит погашение расходов на пенсию, полученную студентами-инвалидами за период учебы. Годовые инвестиции в образование инвалидов окупаются за счет налогов в бюджет фактически за 6,85 месяцев трудовой деятельности, а с учетом получаемой студентом-инвалидом за этот период пенсии – примерно за один год. Еще более эффективны инвестиции в образование студентов-инвалидов, обучающихся в Международном независимом эколого-политологическом университете (Москва), осуществляющем программу обучения данной категории студентов, проживающих в Московской области и г. Москве. Расчеты показывают, что годовые инвестиции в образование студентов-инвалидов практически окупаются за 4 месяца трудовой деятельности выпускников, а с учетом получаемой ими за год обучения пенсии – за 0,9 года [34].

Для организации профессионального обучения детей с ограниченными возможностями необходимо предусмотреть расходы на следующие статьи:

- обеспечение физического доступа детей с ограниченными возможностями к объектам образования;

- разработка научно-методического обеспечения специальных программ учебного процесса для детей с ограниченными возможностями;

– приобретение вспомогательных технических средств (тифло-, сурдо- и др. техники), повышающих эффективность освоения им образовательных программ;

– расширение штата работников за счет педагогов-психологов, сурдопереводчиков, педагогов сопровождения и др.;

– оборудование учебных аудиторий, адаптированных к потребностям детей с ограниченными возможностями;

– оборудование производственных лабораторий, адаптированных к потребностям детей с ограниченными возможностями.

В целом, рекомендуется определение отдельных ПТШ, ВУЗов в каждом регионе республики, в которых необходимо предусмотреть и возможность получения образования для детей с ограниченными возможностями. Для выбранных объектов образования, предусмотреть целевое выделение средств для оснащения учебного процесса всем необходимым оборудованием, научно-методическим материалом. Кроме того, предусмотреть субсидии на государственные образовательные гранты для детей с ограниченными возможностями.

Ориентировочная стоимость технического и научно-методического оснащения ПТШ, вузов представлена в таблице 3.19.

Таблица 3.19 – Максимальные затраты на техническое и научно-методическое оснащение учебного процесса в учреждении среднеспециального или высшего образования, 2011г.

Наименование статьи затрат	Максимальная стоимость работ на 2011 год, тыс. тенге
1	2
Разработка учебно-методических комплексов, адаптированных под потребности детей с ограниченными возможностями (например, сурдоперевод или субтитры к лекционному материалу, приобретение лицензионных программных средств для компьютеров)	Средствами учебного заведения
Оборудование учебных аудиторий (в зависимости от потребности)	500
Оборудование библиотек, столовых и др. помещений (в зависимости от потребности)	3 600
Оборудование производственных лабораторий (в зависимости от потребности)	3 500
Расширение штата (педагоги-психологи, педагоги сопровождения др.) на 5 ед.	3 690

Окончание таблицы 3.19

Обеспечение доступности зданий учебного заведения, в т.ч. :	2837,1
• средний пандус	544,9
• туалетная комната	373,9
• входная группа	499,1
• тактильная плитка, таблички, поручни, ручки	1419,2
ИТОГО	14127,2

Стоимость услуг профессионального образования рассчитывается, исходя из действующей политики ценообразования на рынке образовательных услуг Казахстана.

В таблице 3.20 приведена дифференциация стоимости типовых расходов на получение профессионального образования инвалидов.

Подводя итог, можно сказать, что во многих странах осознано проведение особых мер по стимулированию ранней комплексно-трудовой реабилитации, обучения и занятости людей с ограниченными возможностями на основе оценки потребностей и возможностей инвалида.

Таблица 3.20 – Расчет расходов на программу профессионального образования

Наименование направления образования	Средняя продолжительность	Общие затраты на обучение, тенге
Начальное профессиональное образование	2 года	160 000
Среднее профессиональное образование	3 года	300 000
Высшее профессиональное образование	4 года	1 200 000
Профессиональная подготовка (ОО «Казахское общество слепых»)	6 месяцев	240 000
Профессиональная подготовка (ОО «Казахское общество глухих»)	6 месяцев	400 000
Профессиональная подготовка на рабочем месте (ТОО «Казцентрэлектропровод»)	3 месяца	150000

Такую оценку целесообразно проводить в Центрах профессиональной реабилитации на основе индивидуального консультирования. Центры располагают квалифицированным персоналом и методическим комплексом для оценки возможностей человека и предложения ему спектра профессий/рабочих мест, где он сможет реализовать свои возможности (или восстановить и реализовать).

Выводы:

Во-первых, в настоящее время в Казахстане профессиональное ориентирование осуществляется лечащими врачами, что сильно сужает возможность проведения и эффективность профессионального ориентирования. Система профессионального ориентирования должна осуществляться комплексно силами МСЭ и лечащими врачами, учебными заведениями, биржами труда. Например, в Литве данную функцию осуществляет Служба по установлению недуга и трудоспособности и Профессиональные реабилитационные центры.

На наш взгляд, целесообразно реализовывать профессиональное ориентирование через Центры профессиональной реабилитации подготовки и переподготовки инвалидов, где в режиме индивидуального консультирования, как для ученика старшего класса, так и для более взрослого человека с недугом можно подобрать спектр профессий, требования к которым совпадают с его возможностями.

В случае ограничения доступа инвалидов к профессиональной ориентации, расходы на реабилитацию инвалидов лягут на плечи общества в еще большем размере.

Во-вторых, образовательные учреждения не приспособлены для инвалидов, чьи психосоматические возможности требуют особой инфраструктуры помещений, специального оборудования учебных мест и специальной методики обучения. Ввиду этого круг профессий, которым могут быть обучены инвалиды, сужается и субъективно формируются противопоказания для приема в образовательные учреждения.

Для организации профессионального обучения детей с ограниченными возможностями необходимо предусмотреть расходы на следующие статьи:

- обеспечение физического доступа детей с ограниченными возможностями к объектам образования;
- разработка научно-методического обеспечения специальных программ учебного процесса для детей с ограниченными возможностями;
- приобретение вспомогательных технических средств (тифло- , сурдо- и др. техники), повышающих эффективность освоения им образовательных программ;
- расширение штата работников за счет педагогов-психологов, сурдопереводчиков, педагогов сопровождения.

§3.5 Расширение на рынке труда возможностей для трудоустройства и продвижения по службе, а также оказание помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы

Формирование рынка труда инвалидов, как элемента комплексной системы профессиональной реабилитации инвалидов и самостоятельного сегмента общего рынка труда, является важнейшим условием повышения эффективности трудоустройства данной категории населения. Рынок труда инвалидов представляет собой сферу формирования спроса и предложения рабочей силы из числа инвалидов. Одной из его задач является создание условий для увеличения и сохранения совокупности рабочих мест, предназначенных для трудоустройства инвалидов, проживающих в конкретном регионе.

Исходя из опыта трудоустройства в зарубежных странах, примем следующие количественные предположения:

- порядка 40% инвалидов I и II группы и порядка 10% инвалидов III группы заняты на специализированных предприятиях, защищенных мастерских;
- порядка 20% инвалидов II группы и 60% инвалидов III группы трудоустроены на открытом рынке труда;
- всем трудоустроенным на открытом рынке труда потребуется дополнительное профессиональное образование;
- порядка 85% детей-инвалидов требуется профессиональное ориентирование, образование.

Учитывая данные предположения и фактическую численность инвалидов в Республике Казахстан (таблица 3.21), определим необходимое количество рабочих мест, мест для образования (таблица 3.22).

Таблица 3.21 – Численность инвалидов в Республике Казахстан на 7.09.2011г.

Показатели	Значение
Всего по Республике Казахстан, в том числе	594 190
I группы	55 942
В том числе трудоспособного возраста	38 320
II группы	272 200
В том числе трудоспособного возраста	172 030
III группы	203 761
В том числе трудоспособного возраста	148 338
инвалиды до 16 лет	53 611
инвалиды от 16 до 18 лет, в том числе	8 676
I группы	1 019
II группы	2 998
III группы	4 659

Таблица 3.22 – Ориентировочная численность инвалидов в Республике Казахстан, нуждающихся в трудоустройстве

Показатели	Значение
Общее количество рабочих мест на специализированных предприятиях, в том числе	98 974
Для инвалидов I группы	15 328
Для инвалидов II группы	68 812
Для инвалидов III группы	14 834
Общее количество рабочих мест на открытом рынке труда, в том числе	123 409
Для инвалидов II группы	34 406
Для инвалидов III группы	89 003
Общая численность инвалидов, нуждающихся в дополнительном профессиональном образовании	123 409
Общая численность детей-инвалидов, нуждающихся в дополнительном профессиональном образовании (80% от общей численности детей-инвалидов)	49 830

Необходимо отметить, что в Казахстане общее количество рабочих мест составляет порядка 4,8 млн. мест (рассчитано от количества наемных работников в экономике, без учета самозанятых, ИП, государственных служб). 3% квота от этого количества составляет 144 тысячи рабочих мест, что превышает максимально возможную численность инвалидов, желающих трудоустроиться.

Для расширения на рынке труда возможностей трудоустройства можно задействовать информационные, организационно-экономические механизмы.

Информационным механизмом для расширения возможностей трудоустройства и продвижения по службе, а также оказания помощи в поиске, получении, сохранении и возобновлении работы должна быть сформирована система баз данных, включающая в себя:

- базу данных инвалидов, нуждающихся в трудоустройстве (функционирует только в пределах компетенции МСЭ и в общем по инвалидам);

- базу данных рабочих мест, на которых в принципе могут работать инвалиды (отсутствует в Управлениях координации занятости и социальных программ);

- базу данных учебных мест, а также учреждений, где инвалиды могут пройти инклюзивную профессиональную подготовку (переподготовку) (отсутствует в управлениях образования).

База данных инвалидов, как работающих, так и нуждающихся в трудоустройстве, должна включать в себя информацию об инвалидах, проживающих в данном регионе и

работающих или претендующих на трудоустройство. При этом объем информации об инвалидах должен обеспечивать объективную оценку потенциальных профессиональных возможностей инвалидов, а также их профессиональную подготовку и профессиональный опыт. При этом в ней должна содержаться информация, позволяющая производить подбор рабочих мест для рационального трудоустройства инвалида.

База данных рабочих мест, предназначенных для трудоустройства инвалидов, должна включать в себя рабочие места предназначенные (используемые) для трудоустройства инвалидов (как вакантные, так и занятые инвалидами). Совокупность рабочих мест в данной базе должна включать:

- Рабочие места на предприятиях (учреждениях) общего типа, где работают инвалиды.

- Рабочие места на предприятиях общественных организаций инвалидов.

- Рабочие места, включенные в систему квотирования и предназначенные для трудоустройства инвалидов.

- Иные рабочие места, предназначенные для трудоустройства инвалидов и созданные за счет бюджетов различного уровня.

База данных учебных мест должна включать в себя образовательные структуры, где инвалиды могут пройти профессиональную подготовку по интересующей его специальности. Данная информация должна включать:

- Рабочие и учебные планы программ профессионального обучения, переобучения.

- Формы, календарный график и стоимость обучения.

- Возможность предоставления специальных услуг профессионального реабилитационного характера: сурдологическая помощь, тифлотехнические средства и др.

В Казахстане с 2006 года формируется централизованный банк данных системы учета инвалидов (ЦБДИ), на основе которого проводится мониторинг причин, структуры и состояния инвалидности по республике.

Однако, с учетом вышесказанного, необходимо совершенствование действующих ЦБДИ в плане ее интегрирования в автоматизированные системы образования, занятости и Единую информационную систему здравоохранения, что будет способствовать повышению эффективности межведомственного взаимодействия при проведении профессиональных реабилитационных мероприятий конкретного инвалида и формировании системы мер социальной поддержки.

В этой связи, областные управления образования должны создавать базу данных о возможностях обучения лиц с ограниченными возможностями в региональных учебных заведениях. Должна быть доступна информация о номенклатуре специальностей, условиях обучения и пр.

Областные управления координации занятости и социальных программ должны создавать базу данных о вакансиях для людей с ограниченными возможностями, как по 3% квоте, так и в целом.

Существующая ЦБДИ должна быть дополнена электронным профессиографическим справочником для облегчения подбора и выбора конкретных профессий для инвалида с определенными ограничениями.

Экспертным путем определения затрат на создание такой системы в таблице 3.23 приведен примерный перечень расходов по интегрированию ЦБДИ.

Таблица 3.23 – Расчет расходов на интегрирование ЦБДИ

Наименование показателей	Стоимость работ, тенге
Создание электронного профессиографического справочника	20 000 000
Стоимость на создание единой БД (создание программ, алгоритмов, сайта и пр.)	500 000
Техническая поддержка в год	360 000
ИТОГО	20 860 000

Организационно-экономические механизмы расширения возможностей для трудоустройства инвалидов предусматривают реформирование системы трудовой реабилитации в Республике Казахстан и направлены на устранение системных проблем. Организационно-экономический механизм трудовой реабилитации инвалидов представлен на рисунке 3.4.

Данный механизм предполагает комплексное участие и расширение функций различных государственных ведомств и частных компаний: подразделения МСЭ Комитета по контролю и социальной защиты Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан; центры занятости и управления координации занятости и социальных программ; специально адаптированные под нужды инвалидов объекты образования, центры профессиональной реабилитации, специализированные предприятия, работодатели.

В первую очередь, необходимо определить порядок проведения профессиональной части ИПР с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

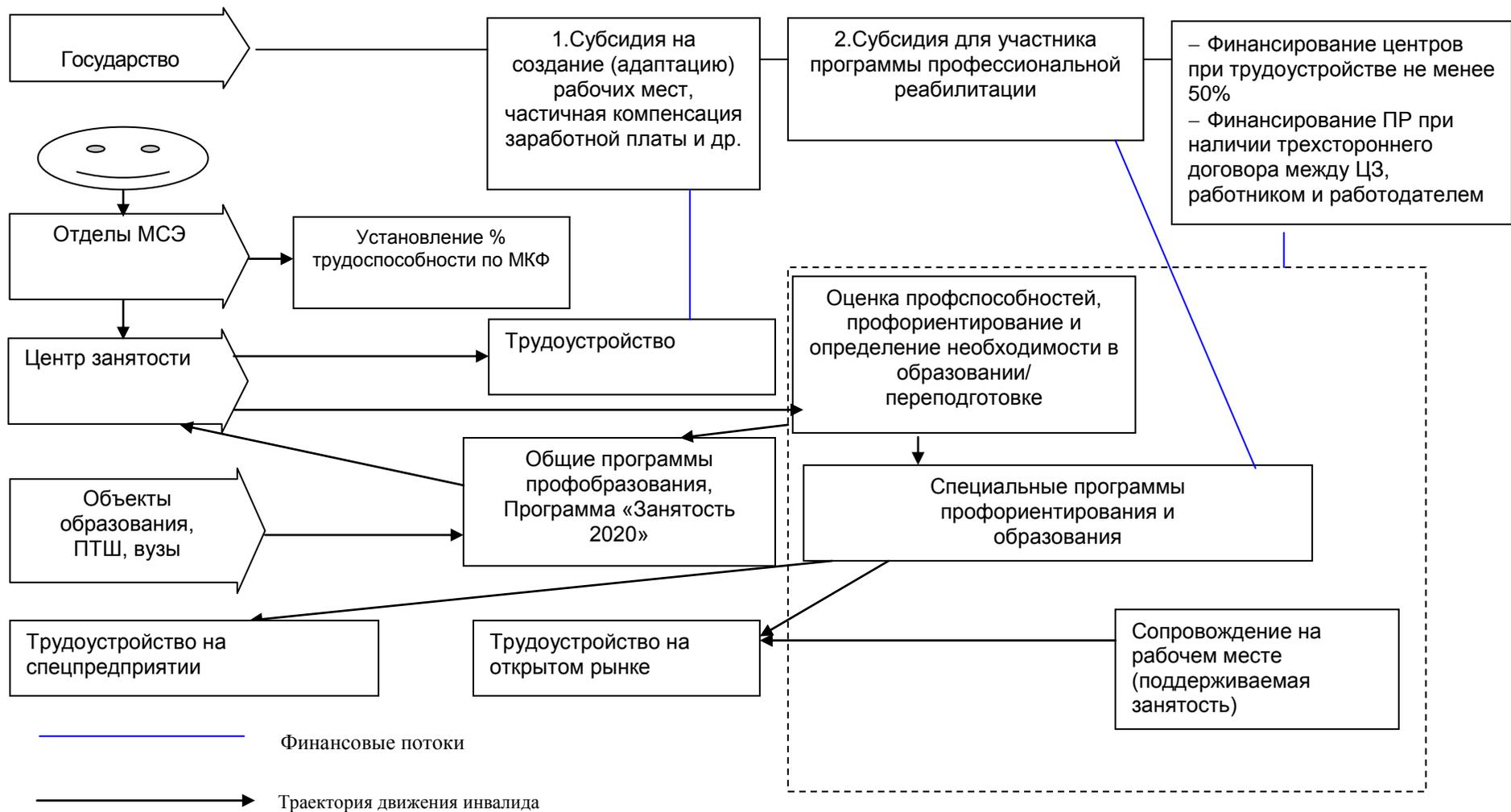


Рисунок 3.4 – Принципиальная схема механизма трудовой реабилитации

Важным вопросом реформирования в этом направлении является определение уровня профессиональной пригодности человека с ограниченными возможностями. Необходимо разработать нормативно-правовые положения трудовой реабилитации, учитывающие способность к трудовой деятельности, в частности:

- способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда;

- способность человека осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений санитарно-гигиенических условий труда, дополнительных мер по организации труда, специального оборудования и оснащения, сменности, темпов, объема и тяжести работы;

- способность человека взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях;

- способность к мотивации труда;

- способность соблюдать рабочий график;

- способность к организации рабочего дня (организации трудового процесса во временной последовательности).

Уровень профессиональной трудоспособности определяется, исходя из медицинских, а также профессиональных, функциональных, возрастных и прочих критериев. Уровень трудоспособности устанавливается совместно врачом и социальным работником, который дает оценку работоспособности по немедицинским критериям: образование, опыт работы и рабочие навыки, прохождение профессиональной реабилитации, возраст.

Оценивать уровень трудоспособности можно в МСЭ Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, если будет осуществлена необходимая трансформация этих служб, и в составе их будут работать социальные работники по оценке трудоспособности.

Уровень профессиональной трудоспособности, выраженный в процентах, служит основанием для определения размера государственных субсидий для компенсации части заработной платы инвалида, принятого на работу на открытом рынке или на специализированном предприятии.

Кроме того, среди инструментов государственной поддержки необходимо предусмотреть механизмы субсидирования затрат работодателя на создание (адаптацию) рабочих мест для людей с ограниченными возможностями, субсидирования затрат на обучение на рабочем месте (если аналогичная подготовка отсутствует в Центре занятости)

После прохождения профессиональной реабилитации и определения уровня трудоспособности в МСЭ, по вопросам трудоустройства инвалидов может обратиться в Центр занятости. Имея необходимый уровень и профессиональные навыки работы, он может трудоустроиться по общей программе «Занятость 2020», на открытом рынке труда или в специализированное предприятие.

Если инвалид не имеет опыта работы, необходимого уровня профессионального образования, либо он нуждается в переподготовке, человеку необходимо предложить прохождение специальных программ профессионального ориентирования и образования.

Кроме того, как показывает зарубежный опыт, очень эффективен механизм поддерживаемой занятости, который выражается в сопровождении на рабочем месте.

Необходимо отметить, что функции профессионального ориентирования, образования, сопровождения на рабочем месте могут быть представлены комплексно в одном месте – в центре профессиональной реабилитации (на рисунке это выделено пунктирной линией). Это позволит сэкономить финансовые, трудовые ресурсы, затраты времени, что, безусловно, более предпочтительно для людей с ограниченными возможностями.

Во время прохождения программы профессиональной реабилитации инвалиду необходимо предоставлять пособие в размере не менее 1 МЗП и компенсировать транспортные расходы, если в центр не предлагает возможность проживания. Продолжительность выплаты пособия не должна быть более 180 дней.

Цикл профессиональной реабилитации состоит из следующих услуг:

- 1) Оценка профессиональных способностей.
- 2) Профессиональное ориентирование и консультирование.
- 3) Восстановление профессиональных способностей или обучение новым профессиональным навыкам.
- 4) Помощь при трудоустройстве, в том числе на основе услуг сопровождения.

Для оценки профессиональных способностей необходимы профили рабочих мест (включают: физические и психосоциальные свойства, факторы воздействия окружающей среды, меры безопасности труда, организация рабочего процесса на рабочем месте) и методики оценки аналогичных характеристик потенциального работника (физические и психосоциальные свойства, способность работать при конкретных факторах окружающей среды, потребность в мерах

безопасности, способность работать при конкретных условиях организации рабочего процесса на рабочем месте). Наличие таких методик является необходимым инструментарием работы специалистов центра, затрат на которые показаны нами в параграфе 3.7

Финансирование центра на первом этапе необходимо за счет государства. Возможно привлечение финансирования со стороны крупных корпораций (в Карагандинской области – АО «АрселорМитталТемиртау» и ТОО «Корпорация Казахмыс», которые имеют значительное число работников с профзаболеваемостью и заинтересованы в том, чтобы они получили услуги профессиональной реабилитации и обрели занятость вне корпорации).

Для повышения эффективности работы центра целесообразно установить для них индикаторы: «трудоустройство выпускников центра не менее 50%», а также «наличие договора между центром занятости, работником и работодателем»

§3.6 Поощрение приобретения инвалидами опыта работы в условиях открытого рынка труда и защищенной занятости

Выделяются две основные концепции построения модели государственной политики содействия занятости инвалидов на открытом (свободном) рынке труда.

Первая концепция исходит из того, что лица с ограниченной трудоспособностью в большинстве случаев могут трудиться только в специально созданных условиях. Работодателям, использующим труд инвалидов, государство предоставляет субсидии к заработной плате. Так, в Швеции государственные субсидии предпринимателям предназначены возместить затраты, необходимые для того, чтобы приспособить рабочие места для лиц с ограниченной трудоспособностью [35]. Устанавливаются квоты по приему инвалидов на работу и ответственность за их неисполнение. Инвалиды составляют при этом 6-8 процентов от числа работников в организации (Германия, Франция, Чехия и др.).

Вторая концепция основана на равенстве всех людей и характерна в первую очередь для США, где Законом 1973 г. о реабилитации инвалидов запрещена дискриминация инвалидов государственными ведомствами, подрядчиками и субподрядчиками, работающими по контрактам с федеральными властями, а также организациями, получающими федеральную помощь [36]. Принятый в США в

1990 г. Закон «Об американских инвалидах» провозглашает их полное равенство с другими работниками в сфере труда и предусматривает дополнительные меры по обеспечению и охране труда инвалидов (специальные подъемники, устройства для доступа глухих к средствам связи и т.д.). Данная концепция всемерно направлена на предотвращение социального отторжения инвалидов. Акт 2008 года о внесении поправок в закон «Об американских инвалидах» уточнил многие важные вопросы, в том числе понятие надлежащих условий и разумных приспособлений рабочего места и др.

В европейских странах дискутируется вопрос о создании специальных условий для интеграции инвалидов в сферу занятости как фактор дискриминации. Усиливается внимание к более активному использованию стратегии антидискриминационной политики для всех (Скандинавия, Великобритания и др.). Есть сторонники признания устанавливаемых для инвалидов мер защиты (например, квот при приеме на работу) «дискриминацией наоборот». М.Е. Цыганов указывает, что создание особых условий труда для инвалидов вне оптимизации трудового законодательства и развития антидискриминационной практики не считается столь эффективным, как опора на общую стратегию социальной инклюзии, то есть системы действий по интеграции людей с ограниченными возможностями, которая обеспечивает реализацию всех прав и свобод. Такие проявления дискриминации, как экономическое и психологическое давление, ограничение доступа к социальным благам (например, отсутствие специальных приспособлений в общественных местах), непосредственно связаны с возможностью реализовывать трудовые права и не могут быть решены только в контексте сферы занятости. Однако в той или иной степени специальные условия труда создаются во всех странах Евросоюза и на современном этапе [37].

Расширяет формы занятости лиц с ограниченными возможностями создание условий для их предпринимательской деятельности, самозанятости. Во многих странах инвалидам предоставляются субсидии для открытия своего дела, применяется льготное налогообложение, вплоть до освобождения от налогов. В Бельгии, Греции, Португалии, Люксембурге действуют программы облегчения условий домашнего труда и самозанятости инвалидов [38]. В российских регионах инвалидам, как и другим безработным гражданам, предоставляется финансовая и иная помощь для организации собственного дела, в том числе обучение основам предпринимательства. Индивидуальные предприниматели, адвокаты, являющиеся инвалидами I, II или III группы,

освобождаются от уплаты единого социального налога в части доходов от их предпринимательской деятельности в размере, не превышающем 100000 руб. в течение налогового периода.

Оптимальным является создание единой, основанной на использовании инновационных и реабилитационных технологий, системы непрерывного образования лиц с ограниченными возможностями, тем более что немало инвалидов деqualифицируется вследствие длительного пребывания в статусе безработных.

Профессиональная реабилитация осуществляется с целью компенсировать недостаточную квалификацию и уровень образования людей с инвалидностью. В том или ином виде профессиональная реабилитация существует во многих странах. Конвенция 159 МОТ под профессиональной реабилитацией понимает обеспечение инвалиду возможности получать, сохранять подходящую работу и продвигаться по службе, способствуя тем самым его социальной интеграции или реинтеграции. Здесь важным является вопрос в каких учреждениях оказываются такие услуги: в специализированных или в обычных, где люди с инвалидностью проходят обучение вместе с другими людьми. В Казахстане, к сожалению, услуги по профессиональной реабилитации оказываются не всем инвалидам. Люди, наиболее незащищенные на рынке труда, с наибольшими ограничениями чаще всего признаются нетрудоспособными, и в программах индивидуальной реабилитации для таких людей не предусматривается профессиональная реабилитация.

Практика обеспечения занятости инвалидов на специализированных предприятиях усиливает социальную изоляцию инвалидов и ограничивает их возможности самостоятельно зарабатывать доход вне этих предприятий.

Исходя из этого, целью новой политики занятости в отношении инвалидов выступает их интеграция в открытый рынок труда при участии самих инвалидов в качестве партнеров в разработке политики и в процессе развития.

Поскольку главным препятствием для достижения этой цели является недоступность места работы и необустроенность рабочих мест, современная национальная политика в области занятости должна быть направлена на устранение основных причин неравенства на рабочем месте.

Первое направление – организация рабочих мест для инвалидов через адаптацию рабочих мест, компенсирующих ограничения инвалидов (организация рабочего места, используемое оборудование, условия занятости, получение инвалидом помощи).

Второе – в тех случаях, когда трудоустройство через открытый рынок труда невозможно вследствие тяжелой формы инвалидности, новый подход предлагает заменять занятость на специализированных предприятиях так называемой «поддерживающей» («суппортивной») занятостью, т.е. созданием специальных рабочих мест на обычных предприятиях.

Третье – создание социальных предприятий некоммерческого характера.

Четвертое – развитие региональной сети специализированных предприятий посредством формирования Фонда «Содействия занятости и бизнеса инвалидов».

3.6.1 Организация рабочих мест через адаптацию рабочих мест на открытом рынке труда

Для стимулирования работодателей создавать (адаптировать) рабочие места для инвалидов или для самозанятости, проводить профессиональное обучение на рабочем месте к внедрению в Казахстане предлагается следующее:

- субсидии по созданию (адаптации) рабочих мест на обычном предприятии;
- возмещение части заработной платы занятого инвалида;
- для развития самозанятости инвалидов предлагается субсидирование рабочего места для инвалида.

Субсидии по созданию рабочих мест на обычном предприятии.

В мировой практике стоимость обычного рабочего места пропорциональна 20-кратной величине средней заработной плате. Стоимость специального рабочего места для инвалида может составлять 30-кратную величину средней заработной платы. То есть максимальная сумма субсидии рабочего места, которую может получить работодатель, составляет 2,6 млн. тенге.

Для сравнения, в Литве сумма данного вида субсидии составляет 40 МЗП (минимальных заработных плат), т.е. 640 тыс. тенге.

В России индивидуальные предприниматели, юридические лица, получившие в службе занятости населения финансовую поддержку на открытие собственного дела и создающие дополнительные специальные рабочие места для незанятых инвалидов, рабочие места для родителей, воспитывающих детей-инвалидов, и многодетных родителей, имеют право получить 58,8 тыс. руб. на создание и не более 50,0 тыс. руб. на

оснащение (приобретение монтаж и установку оборудования) каждого дополнительного рабочего места, т.е. порядка 550 тыс. тенге.

По опыту зарубежных стран, необходимо создавать рабочие места на открывающиеся вакансии под возможности конкретного инвалида. Финансовые средства должны идти на оборудование и создание условий трудоустройства конкретного инвалида, а не на создание рабочего места, под которое ещё будет необходимо найти подходящего человека с инвалидностью.

Создание рабочего места для инвалида требует от работодателя разрешения ряда организационных и финансовых проблем:

- приобретаемое оборудование должно соответствовать требованиям МОТ, определяющим условия труда инвалидов;

- предоставление дополнительных прав, определенных трудовым законодательством (дополнительный отпуск, режим труда и пр.), может привести к нарушению общего технологического цикла либо определяет необходимость введения дополнительных штатных единиц для обеспечения взаимозаменяемости;

- профессиональная квалификация инвалидов, как правило, не совпадает с требованиями предприятия.

В этой связи, механизм финансового поощрения для работодателей, обеспечивающих рабочие места инвалидам на открытом рынке труда, предполагает субсидии по созданию (адаптации) рабочих мест, которая как нами показано в параграфе 6.3, состоит из следующих видов затрат:

- 1) Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей.

- 2) Приобретение, монтаж и установка рабочего оборудования и технических мер помощи, необходимых для функционирования рабочего места (станки, оргтехника, технические приспособления, специальная мебель).

- 3) Обучение работника, если создаваемое рабочее место требует профессиональной квалификации или навыков профессионального обучения, которые работник не может получить через Центр занятости.

Для определения объемов субсидии нами были проведены следующие исследования и расчеты.

- 1) Расчеты по доступности зданий и сооружений по выборке из 16 объектов можно определить следующие типовые затраты (таблицы 3.24-3.27).

Таблица 3.24 – Средние затраты на типовой санитарно-технический объект (уборные)

	Переоборудование уборной	Стоимость, тыс. тг.	Средняя стоимость, тыс. тг.
1	2	3	4
1	Call center (Жамбыла, 42)	479,3	417,6
2	ГЦВП (ул.Жамбыла, 2)	744,1	
3	Центр занятости (г.Сарань)	727,9	
4	Железнодорожный вокзал	568,2	
5	ТОО Казцентрэлектропровод (г.Сарань)	418,9	
6	Карагандинский областной историко-краеведческий музей	255,1	
7	ЦОН (ул.Чкалова, 7)	212,7	
8	ТРЦ City Mall	209,8	
9	Поликлиника (мкр.Голубые пруды)	82,4	
10	Частный жилой дом (Рейдовая, 39)	40,6	
11	Спорткомплекс	854,9	

Таблица 3.25 – Средние затраты на реконструкцию входной группы

	Реконструкция входной группы	Стоимость, тыс. тг.	Средняя стоимость, тыс. тг.
1	Центр занятости (г.Сарань)	1708	482,40
2	Средняя школа №15	723,4	
3	ГЦВП (ул.Жамбыла, 2)	465,4	
4	Музей	354,8	
5	ЦОН (ул.Чкалова, 7)	239,8	
6	Частный жилой дом (Рейдовая, 39)	225,5	
7	Поликлиника (мкр.Голубые пруды)	211,6	
8	Call center (Жамбыла, 42)	64,9	
9	Спорткомплекс	348,8	

Таблица 3.26 – Средние затраты на установку наружных пандусов

	Установка наружных пандусов	Стоимость, тыс. тг.	Средняя стоимость, тыс. тг.
1	Центр занятости (г.Сарань)	1645,9	544,9
2	Средняя школа №15	785,0	
3	Музей	354,8	
4	Поликлиника (мкр.Голубые пруды)	211,6	
5	ГЦВП (ул.Жамбыла, 2)	160,2	
6	ЦОН	112,1	

Таблица 3.27 – Средние затраты на установку тактильных плиток, табличек

	Монтаж тактильной плитки, табличек, поручней	Стоимость, тыс. тг.	Средняя стоимость, тыс. тг.
1	2	3	4
1	ГЦВП (ул.Жамбыла, 2)	2216	707,4
2	Железнодорожный вокзал	1412,27	
3	ЦОН (ул.Чкалова, 7)	1310,5	
4	Центр занятости (г.Сарань, ул.Победы, 45)	739,4	
5	средняя школа №15	299,2	
6	Call center (Жамбыла, 42)	265,4	
7	Поликлиника (мкр.Голубые пруды)	207,1	
8	ТРЦ City Mall	193,6	
9	Супермаркет (Строителей, 6/4)	5,1	
10	Больница (ул.Муканова, 5)	425,1	

Итого средние затраты на перестройку здания и помещения 2153,3 тыс. тенге.

2) Средние затраты на приобретение и установку оборудования типизировать достаточно трудно, поскольку они привязаны к широкому спектру разнокалиберных видов станков, оргтехники, оборудования, технических приспособлений и мебели.

3) Средние затраты на обучение работника в том случае, если аналогичные курсы обучения отсутствуют в Центре занятости населения, могут быть оценены в 100 тысяч тенге (не более 3 месяцев, включая оплату труда наставника) (таблица 3.28).

Таблица 3.28 – Предлагаемый размер субсидии по элементам затрат*:

Элементы	Назначение	Размер	
		МЗП	тыс. тенге
1	Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту	40	640
2	Приобретение специализированного оборудования, мебели сроком службы не менее 1 года	14	224
3	Обучение работника +З/П для работника	6	96

* По каждой позиции заданы верхние границы субсидии

Если инвалид для себя организует (приспосабливает) рабочее место в первый раз (индивидуальная деятельность или микропредприятие), субсидия такая же.

Работодатель обязан сохранить это рабочее место минимум в течение 36 месяцев с момента трудоустройства. Если рабочее место ликвидируется в течение 12 месяцев, то работодатель обязан возратить всю субсидию, если в течение 13-24 месяцев – 80% субсидии, если в течение 25-36 месяцев – 50% субсидии.

Впоследствии при внедрении в практику понятия «уровень трудоспособности» можно ввести положение, согласно которому работодатель оплачивает не менее 20% расходов на новое (или приспособленное) рабочее место, но если это место для нетрудоспособных с не более чем 25% трудоспособности – то 10%, а если для лиц с 30-40% трудоспособности (ранее вторая группа) - 15%.

Возмещение части заработной платы занятого инвалида.

Во многих странах государство компенсирует работодателю зарплату работника с инвалидностью. Такие компенсации ограничены временем (в Швеции 4 года, в Германии 8 лет) и составляют определенный процент от заработной платы инвалида.

Одним из примеров определения процента компенсации заработной платы является опыт Литвы, где процент определяется исходя из степени работоспособности инвалида (таблица 3.29).

Таблица 3.29 – Опыт Литвы в части компенсации заработной платы

Целевая группа	Процент компенсации заработной платы	Максимальный размер компенсации	Продолжительность поддержки
0-25% степень работоспособности и или тяжелая степень недуга	75% начисленных средств	2 МЗП (минимальной заработной платы)	Весь период трудоустройства
30-40% степень работоспособности и или средняя степень недуга	60% начисленных средств		Весь период трудоустройства
45-55% степень работоспособности и или легкая степень недуга	50% начисленных средств		До 12 месяцев

Во Франции Ассоциацией по Управлению Фондом Социализации инвалидов (AGEFIPH) реализуются две схемы субсидирования заработной платы:

– Первая схема (дотация на трудоустройство) предполагает компенсацию начальных проблем, случающихся при поступлении инвалида на работу. Это единовременное пособие составляет 2286,74 евро, которые выплачиваются работодателю, нанимающему инвалида на постоянную работу или на работу по контракту сроком более года. Рабочее время в таком случае должно быть минимум 16 часов в неделю. Инвалид также получает единовременное пособие в размере 1524,49 евро. На участие в программе могут претендовать компании, в которых больше 20 сотрудников.

– Вторая схема предполагает компенсацию низкой производительности труда инвалида (установленную в Руководстве для департаментов по работе, занятости и профессиональному обучению DDTEFP). Работодатель платит сотруднику нормальную заработную плату, которая компенсируется ему один раз в квартал.

Субсидирование заработной платы инвалидов в условиях нормативно-правовой базы Казахстана уже осуществляется в рамках трудоустройства на социальные рабочие места по Программе «Занятость 2020».

Согласно подпункту 2 пункта 29 раздела 2 Правил организации финансирования обучения, содействия в трудоустройстве лиц, участвующих в активных мерах содействия занятости, и предоставления им мер государственной поддержки на социальных рабочих местах субсидируется:

– В первые шесть месяцев – не более 50% заработной платы;

– В последующие 3 месяца – не более 30% заработной платы;

– В последние 3 месяца – не более 15% заработной платы.

Размер ежемесячных субсидий на заработную плату в 2011 году для участников Программы, трудоустроенных на социальные рабочие места, с учетом налогов и социальных отчислений не может превышать 26 тысяч тенге.

По этой программе смогут трудоустроиться только работники с наименьшей утерей трудоспособности, которые без проблем могут приспособиться к обычным рабочим местам и ритму труда.

Для более существенной поддержки работника с ограниченными возможностями работодателю может быть компенсирована большая доля заработной платы или период компенсации может быть более длительным.

На первый взгляд, литовская схема компенсаций представляется эффективной, т.к. процент компенсации увеличивается в связи с ограничением трудоспособности.

Скорее всего, в Казахстане работодатель будет использовать меры поддержки по максимуму, тогда уровень оплаты труда работников трех групп инвалидности будет следующим (таблица 3.30).

Таблица 3.30 – Заработная плата работника при использовании максимальной субсидии

Целевая группа	Процент компенсации заработной платы	Начисление з/п при максимальной субсидии в 2 МЗП, тенге	Продолжительность поддержки
1 группа инвалидности	75%	42664	Весь период трудоустройства
2 группа инвалидности	60%	49227	
3 группа инвалидности	50%	63996	До 12 месяцев
* Минимальная заработная плата в 2011 году равна 15999			

Если работодатель будет стремиться выбрать компенсацию по максимуму, то это будет стимулировать его занижать уровень оплаты труда и подстраивать его под получение максимальной компенсации, что определит искусственные границы и снизит оплату труда 1 и 2 групп работников.

На наш взгляд, целесообразнее определить максимальную сумму субсидии или дифференцировать её по группам: 1 группа – 2 МЗП; 2 группа – 1,8 МЗП; 3 группа – 1,5 МЗП. (таблица 3.31)

Таблица 3.31 – Фактические размеры предлагаемых субсидий для компенсации затрат на заработную плату инвалидов трех групп, тенге

Целевая группа	Максимальная субсидия кратно МЗП	Максимальная субсидия в тенге, 2011г.	Продолжительность поддержки
1 группа инвалидности	2	31998	Весь период трудоустройства
2 группа инвалидности	1,8	28798	
3 группа инвалидности	1,5	23998	До 12 месяцев
* Минимальная заработная плата в 2011 году равна 15999			

В этом случае размер субсидии не будет зависеть от абсолютного размера заработка инвалида, эти величины будут автономными, что будет способствовать более справедливой оплате труда. В тоже время требуется дополнительный

государственный контроль над целевым использованием данного вида субсидий.

Содействие трудовой самозанятости инвалидов

Для того, чтобы стимулировать реинтеграцию инвалидов в открытый рынок труда, необходимо применять различные формы поддержки самозанятости инвалидов, в частности:

- организация профессионального обучения безработных граждан основам предпринимательской деятельности с целью организации предпринимательской деятельности или самозанятости;

- консультирование по вопросам организации предпринимательской деятельности;

- тестирование на выявление способностей к предпринимательской деятельности;

- ознакомление с нормативными документами, информационными материалами;

- организация семинаров с участием индивидуальных предпринимателей, фермеров для организации обмена положительным опытом работы с безработными гражданами, желающими организовать предпринимательскую деятельность или самозанятость;

- помощь в разработке и экспертизе бизнес-плана;

- предоставление возможности по использованию каналов связи и средств оргтехники;

- предоставление информации о возможностях и условиях обучения основам рыночной экономики и профессиям, по которым впоследствии можно организовать свое дело;

- оказание финансовой помощи;

- подготовка учредительных документов;

- оплата государственной пошлины за регистрацию предприятия;

- получение свидетельства на право заниматься индивидуальной предпринимательской деятельностью; приобретение бланочной документации;

- изготовление печатей, штампов;

- организация контроля за реализацией средств, выделенных в виде субсидий безработным лицам с ограниченными возможностями на организацию предпринимательской деятельности и самозанятости;

- предоставление субсидий безработным гражданам на организацию предпринимательской деятельности или самозанятости.

Начиная с 2000 года, в Карагандинской области оказывается безвозмездная материальная помощь на открытие

собственного дела, размер помощи составляет от 20 до 40 МРП, и в 2010 году она составила от 28 тыс. тенге до 56,5 тыс. тенге. В 2010г. такую помощь получили 10 безработных инвалидов.

3.6.2 Развитие системы «поддерживаемой занятости»

Данный механизм сейчас используется во многих западных странах. Применяется он для инвалидов со значительными физическими и умственными ограничениями. При поддерживаемой занятости специальный консультант по работе «job coach» обучает инвалида трудовым обязанностям прямо на рабочем месте, также он помогает инвалиду адаптироваться к среде на рабочем месте и консультирует работодателя по различным вопросам, являясь неким посредником между инвалидом и работодателем.

Данная модель основывается на другом видении и потому требует пересмотра описаний рабочих мест от поставщиков услуг и создания новой функции – консультирования по трудоустройству, осуществляемой отдельными экспертами или кураторами в компании.

Консультанты по трудоустройству – специалисты в сфере занятости, которые помогают инвалидам получать обычные рабочие места на рынке труда. Функции консультанта по трудоустройству основываются на принципиальном подходе к человеку как личности, на выбор работы для которой влияют индивидуальные потребности, а не инвалидность. Человеку должны быть предоставлены все услуги по поддержке: от определения вакансий до помощи при получении информации о вакансии, получении и сохранении работы [39].

Новое видение требует нового набора навыков. Консультанты по трудоустройству должны позитивно оценивать, какую работу люди в состоянии выполнять, какая окружающая среда оптимально им подходит, и что необходимо предпринять для их поддержки. Возросшая гибкость в предоставлении оплачиваемых услуг будет поддержкой для таких людей, но также нужен будет и переход от того, что люди сейчас не в состоянии делать, к тому, что они могут делать с определенной помощью. Наиболее важные навыки для успешной реализации модели поддерживаемого трудоустройства:

– Знание о возможностях трудоустройства в местном сообществе и текущих потребностей работодателей, а также информация о государственных социальных пособиях и системе трудоустройства.

– Умение общаться, проводить переговоры и проводить маркетинговую деятельность.

– Навыки и умения строить хорошие отношения с человеком.

– Способность к определению и анализу трудных рабочих заданий и разбиению их на более легкие части (дробление работы).

– Опыт работы с такими техниками, как методы составления профессиональных параметров личного дела и экспертизы.

Поддерживаемая занятость бывает ограничена временем. Кроме тренеров по работе в поддерживаемую занятость входят такие услуги, как помощь с транспортом, специальные технические средства и т.д. Все эти услуги направлены на индивидуальную работу с инвалидом с целью повысить его продуктивность на рабочем месте.

Во Франции целенаправленно выводят инвалидов на открытый рынок труда, используя метод поддерживаемой занятости. К примеру, организация «Сервис Плюс» в 2001 году смогла трудоустроить 112 человек (в регионе 194 500 жителей). [39]

Кандидаты подбираются в медико-педагогических институтах (IMPro, примерно треть), защищенных мастерских, Центрах интеграции и сопровождения на рынке труда (около 40%), через COTOREP, или другие социальные службы. Не только люди с умственными расстройствами вовлечены в данную деятельность, но и люди с психиатрическими или другими противопоказаниями к работе. «Сервис Плюс» выяснила, что порядка 5% сотрудников защищенных мастерских могут быть допущены к открытой занятости.

Процесс внедрения сотрудников в обычные организации проходит поэтапно. Люди начинают с контракта на прохождение стажировки длительностью 3 месяца, затем получают «оперативный контракт» длительностью от 3 месяцев до 1 года, который можно однократно продлить, а затем постоянный контракт. Порядка 85% начинающих работников в конце процесса получают постоянный контракт.

Зарплаты в основном находятся на уровне защищенных мастерских (Atelier Protégés), а это значит, что людям необходимо предлагать другие стимулы для перехода от «обеспеченной» среды мастерской к «нестабильной» занятости в коммерческой компании. Люди всегда вернуться в мастерскую, если они не справятся с работой на открытом рынке труда.

Организация финансируется несколькими донорскими институтами (Планы департаментов по вовлеченности

инвалидов, AGEFIPH), а также получает средства в рамках Европейской инициативы «Равные» (EQUAL).

В Германии концепция поддерживаемой занятости (*Unterstützte Beschäftigung*) понимается в широком смысле и включает в себя подготовку к работе, обучение, поиск работы, консультации по трудоустройству и постоянную поддержку на рабочем месте. Интеграционная служба (*'Integrationsfachdienste'*) ставит перед собой задачу и предоставляет средства по ее достижению на организацию и финансирование различных составляющих поддерживаемой занятости. Получение текущей поддержки на долгосрочный или неопределенный период времени остается проблематичным, хотя Социальный Кодекс (*Arbeitsassistenz*) предоставляет «персональную поддержку на рабочем месте». Персональный ассистент может быть непосредственно нанят инвалидом (*Selbstorganisierten Arbeitsassistenz*), может работать на организацию, услуги которой оплачивает инвалид из личных средств (*Dienstleistungsmodell*), или нанимается работодателем, на которого работает инвалид (*Arbeitgeberorganisierte Arbeitsassistenz*). Учитывая новизну данной услуги, существует целый ряд вариантов. [39]

В Италии реализуется ряд программ, которые являются не просто схемами поддерживаемой занятости, а также включают элементы профессиональной оценки и профессионального руководства:

– «Добро пожаловать» (*“Accoglienza”*). В рамках данной программы социальные службы инициируют «принятие» инвалидов в начале их рабочей жизни. Организации, предоставляющие такие программы, варьируются в разных регионах. Они включают такие институты как Организация министра здравоохранения (ASL) и Отдел по работе с людьми в инвалидных креслах (UVH). Эти организации могут помочь подготовить инвалида к социальной интеграции. Работа сотрудников ASL и UVH в рамках данной программы позволяет инвалидам получать поддержку людей, которые хорошо знают социальные и медицинские проблемы инвалидов. Для организаций, вовлеченных в данную программу, было бы желательно работать сообща с сетевой организацией других поставщиков услуг. К сожалению, в реальности основные организации в большинстве случаев работают самостоятельно, и в результате некоторые преимущества для инвалидов теряются.

– *Профессиональное руководство (“Orientamento”)*. В рамках данной программы специально обученные сотрудники помогают инвалиду определить лучший для него вариант на

рынке труда. Во время данного периода инвалиды шаг за шагом открывают для себя, что бы им хотелось делать, и что они могут делать. Центральными фигурами данного процесса являются инвалид и его родственники. В первый раз инвалиды остаются без родных, и потому этот период чрезвычайно важен. Пользуясь поддержкой, они учатся быть более независимыми, а затем принимать решения о трудоустройстве самостоятельно. Для данной программы также актуален недостаток взаимодействия, как и в программе «Добро пожаловать», что зачастую приводит к ситуации, когда поддержка изолирована и не имеет продолжения.

Сопровождение ("Accompagnamento"). Этот этап может проходить в тоже время, как и обучение. Согласно закону 328 создается новая важная фигура посредника на работе. Во время периода сопровождения посредник сопоставляет потребности инвалида и компаний, в которой они работают. Посредник на работе сопровождает инвалида до рабочего места и отвечает за успех его деятельности. Во время этого первоначального периода инвалиды научатся делать то, что от них ожидается для интеграции на рабочем месте [39].

В Великобритании Агентство по поддерживаемой занятости масштабно финансируется из бюджетов социальных служб местных властей. Эти службы обычно предлагают определенное количество основных услуг, включая составление профессионального досье для определения возможностей и интересов клиента; анализ рабочего места для оптимального понимания работы и соотношения ее с клиентом; поддержку и обучение на рабочем месте; последующую оценку, решение проблем и карьерный рост.

В Ирландии Национальная Программа по Поддерживаемой занятости финансируется из средств Национального Плана Развития. В стране были созданы 24 консорциума разных по типу организаций. Услуги, предоставляемые консорциумами, включают в себя поддержку консультанта по трудоустройству для вовлечения в работу на открытом рынке труда (должно соответствовать законодательству по трудоустройству, например, минимальный уровень заработной платы, выходные, продвижение по службе и т.д.). В 2002 году Национальная Программа по Поддерживаемой занятости оказала поддержку 1918 людям, 735 из которых были трудоустроены, из них примерно 50% страдают умственными расстройствами.

* * *

Определение эффективных в мировой практике мер и типовой расчет затрат на внедрение этих мер по обеспечению занятости инвалидов на открытом рынке труда позволяет разработать следующие рекомендации:

1) На основе законов РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов» необходимо разработать Правила содействия трудоустройству инвалидов, где определить формы организации рабочих мест, меры и объемы государственной поддержки.

2) В составе системы предлагаются следующие меры и объемы поддержки:

А) Частичное субсидирование затрат работодателя на создание (адаптацию) рабочего места:

- Ремонт и адаптация помещений для обеспечения доступа к рабочему месту – не более 40 МЗП;

- Приобретение специализированного оборудования, мебели сроком службы не менее 1 года – не более 14 МЗП;

- Обучение на рабочем месте, если аналогичные курсы не предоставляются центром занятости – не более 6 МЗП.

Если инвалид для себя организует (приспосабливает) рабочее место в первый раз (индивидуальная деятельность или микропредприятие), субсидия такая же.

В Правилах необходимо прописать, что работодатель обязан сохранить это рабочее место минимум в течение 36 месяцев с момента трудоустройства. Если рабочее место ликвидируется в течение 12 месяцев, то работодатель обязан возратить всю субсидию, если в течение 13-24 месяцев - 80% субсидии, если в течение 25-36 месяцев - 50% субсидии.

Впоследствии при внедрении в практику понятия «уровень трудоспособности» можно ввести положение, согласно которому работодатель оплачивает не менее 20% расходов на новое (или приспособленное) рабочее место, но если это место для нетрудоспособных с не более чем 25% трудоспособности - то 10%, а если для лиц с 30-40% трудоспособности (ранее вторая группа) - 15%.

В Правилах необходимо прописать источник субсидирования. Так, целесообразно затраты на ремонт и адаптацию помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, а также затраты на оборудование выплачивать из республиканского бюджета, а субсидировать обучение из местного.

В) Частичное субсидирование заработной платы для инвалидов на следующих условиях: максимальный размер субсидии не может быть

- для инвалидов 1 группы - 2 МЗП (31998 тенге в 2011г.) - в течение всего периода трудоустройства;

- для инвалидов 2 группы - 1,8 МЗП (28798 тенге в 2011г.) - в течение всего периода трудоустройства;

- для инвалидов 3 группы – 1,5 МЗП (23998 тенге в 2011г.) – в течение 12 месяцев.

3) Признанную эффективность имеют такие организации поддержки как Профессиональные реабилитационные Центры и услуги индивидуального сопровождения и поддержки на рабочем месте, которые осуществляются в течение полугода или года социальными работниками Центров (т.к. они проводят профессиональную реабилитацию и знают все преимущества своих подопечных) или частными агентствами.

4) В действующую Программу «Занятости 2020», которая предлагает широкие меры поддержки и по которой, как показывает опыт, уже получают поддержку и инвалиды, можно предложить по первому направлению «предоставление субсидии на оплату услуг сурдопереводчика обучающимся инвалидам по слуху (3 группа)». Субсидия предоставляется для усвоения образовательных программ в объеме 10 часов, выплата которой прекращается в случае неудовлетворительной оценки на промежуточном контроле.

Размер субсидии может определяться согласно Правилам предоставления в соответствии с индивидуальной программой реабилитации социальных услуг индивидуального помощника для инвалидов первой группы, имеющих затруднение в передвижении и специалиста жестового языка для инвалидов по слуху – 30 часов» [40]. Размер ежемесячной субсидии для 2011 года будет равен 23999 тенге.

3.6.3 Формирование и развитие социальных предприятий

Социальные предприятия – другая форма интегрированной занятости инвалидов – представляют собой некоммерческие предприятия негосударственного сектора, управляемые на основе демократических принципов, участники (члены, работники) которых имеют равные права, а прибыль направляется на развитие самого предприятия, улучшения качества услуг, предоставляемых сотрудникам и обществу в целом. Различные формы таких предприятий включают социальные компании, социальные торговые и промышленные предприятия, предприятия, кооперативы общин, рабочие кооперативы, социальные кооперативы, кредитные союзы, общества микрокредитования и взаимных гарантий и т.п. Как правило, законодательство развитых стран различает несколько видов социальных предприятий.

Закон Литовской республики «О социальных предприятиях» в пункте 2 статьи 3 закрепляет статус социального предприятия для лиц с недугами и определяет, что у такого юридического лица, работники с недугами составляют не менее 50% от

среднегодового числа находящихся в её списках работников, из них не менее 40% работников 1 и 2 группы.

Реализация политики социальной интеграции инвалидов на основе принципов партнерства позволяет расширить инструменты влияния на работодателя и инвалида: перейти к заинтересованному диалогу работодателей, работников, организаций инвалидов, обеспечить финансовое стимулирование работодателей, использующих труд инвалидов, и стимулирование инвалидов к поиску работы.

Основными задачами социального предприятия являются трудовая терапия инвалидов; их трудовое обучение и переобучение; трудовое устройство указанных лиц (на правах рабочих и служащих), не имеющих возможности трудоустройства на обычном производстве по медицинским показаниям и иным обстоятельствам.

Предприятие осуществляет свою работу с целью расширения возможностей для трудоустройства и трудовой занятости лиц с ограниченными возможностями по разным специальностям на базе широкого спектра деятельности путем производства продукции, выполнения работ и оказания услуг, удовлетворяющих общественные потребности, и, в том числе, для получения прибыли.

Основу экономической деятельности составляют договоры, заключенные с потребителями (покупателями) продукции (работ, услуг), в том числе с государственными органами и поставщиками материально-технических ресурсов. Ассортимент и виды продукции определяются с учетом состава работающих на предприятии, состояния их здоровья, опыта, навыков и других показателей, учитывающих специфику работников, выполняющих трудовые функции.

Имущество предприятия образуется за счет имущества государства, переданного в хозяйственное ведение предприятия, бюджетных ассигнований, полученных доходов, других законных источников. Предприятие при осуществлении производственно-хозяйственной деятельности согласует основные направления и формы своей работы с уполномоченным органом.

Прибыль предприятия используется преимущественно на улучшение условий труда и быта работающих лиц, их дополнительное питание, в том числе и для работающих (по состоянию здоровья) на дому, приобретение медицинского оборудования и лекарственных средств.

Финансовые стимулы для социальных предприятий в развитых странах включают:

- гранты;

- освобождение от уплаты взносов на социальное страхование;
- налоговые кредиты и льготы;
- дотации на заработную плату инвалидов, частичная компенсация заработной платы и взносов социального страхования;
- субсидии для адаптации рабочей среды, промышленных и рекреационных помещений, финансирование обустройства рабочих мест;
- субсидии создать рабочие места, адаптировать рабочие места к нуждам людей с недугом и приобретение /адаптацию рабочих принадлежностей/инструментов;
- субсидии для повышения квалификации потенциального работника;
- субсидии для компенсации дополнительных административных и транспортных расходов;
- прямая помощь предприятиям в обеспечении инструментами, оборудованием, образовательными материалами, чтецами (для слепых), а также техническими и транспортными средствами.

Согласно главе 4 Закона Литовской республики «О социальных предприятиях» им предоставляются следующие виды помощи:

- 1) частичная компенсация заработной платы и взносов государственного социального страхования;
- 2) субсидия на создание рабочих мест, приспособление рабочих мест для работников с недугами и приобретение или приспособление их средств труда;
- 3) субсидии на обучение работников, принадлежащих целевым группам;
- 4) субсидия на приспособление рабочей среды, производственных помещений и помещений для отдыха для работников с недугами;
- 5) субсидия на компенсацию дополнительных административных и транспортных затрат;
- 6) субсидия на компенсацию расходов на ассистента (сурдопереводчика).

В Литве применяется механизм частичной компенсации заработной платы и социального страхования (таблица 3.32).

Аналогично как для открытого рынка труда мы предлагаем 2 различных варианта субсидирования заработной платы в специализированных предприятиях:

- 1 вариант – субсидируется процент заработной платы, исходя из группы инвалидности (таблица 3.33);

Таблица 3.32 – Частичная компенсация заработной платы и социального страхования для работника социального предприятия

Целевая группа	Процент компенсации заработной платы	Размер компенсации	Продолжительность поддержки
0-25% степень работоспособности или тяжелая степень недуга или большие специальные потребности	80% начисленных средств	2 МЗП (минимальной заработной платы)	Весь трудоустроенный период
30-40% степень работоспособности или средняя степень недуга или средние специальные потребности	70% начисленных средств		
45-55% степень работоспособности или средняя степень недуга или небольшие специальные потребности	60% начисленных средств		

2 вариант – устанавливается детерминированная ставка, кратная размеру минимальной заработной платы (таблица 3.34)

Таблица 3.33 – Заработная плата работника при использовании максимальной субсидии

Целевая группа	Процент компенсации заработной платы	Начисление з/п при максимальной субсидии в 2 МЗП, тенге	Продолжительность поддержки
1 группа инвалидности	80%	39998	Весь период трудоустройства
2 группа инвалидности	65%	49228	
3 группа инвалидности	55%	58178	До 12 месяцев
* Минимальная заработная плата в 2011 году равна 15999			

Варианты, как было описано выше, имеют свои положительные и отрицательные стороны.

По опыту Литвы субсидия для компенсации расходов на услуги ассистента (переводчик языка жестов) вычисляется в зависимости от фактически выработанного времени работника с недугом (таблица 3.35).

Таблица 3.34 – Фактические размеры предлагаемых субсидий для компенсации затрат на заработную плату инвалидов трех групп, тенге

Целевая группа	Максимальная субсидия кратно МЗП	Максимальная субсидия в тенге, 2011г.	Продолжительность поддержки
1 группа инвалидности	2,2	35198	Весь период трудоустройства
2 группа инвалидности	2	31998	
3 группа инвалидности	1,5	23999	До 12 месяцев
* Минимальная заработная плата в 2011 году равна 15999			

Кроме того, необходимо разработать нормативно-правовую базу функционирования специализированных предприятий, учитывающую дополнительную государственную помощь, компенсирующую часть коммунальных и административных затрат специализированных предприятий, а также затрат на приспособление рабочей среды производственных помещений. Размер указанных видов помощи может составлять не более 70% всех расходов.

Таблица 3.35 – Субсидия для компенсации расходов на услуги ассистента

Целевая группа	Процент компенсации
0-25% работоспособности или тяжелая степень недуга или большие специальные потребности	40% минимальной часовой оплаты
30-40% работоспособности или средняя степень недуга или средние специальные потребности	20% минимальной часовой оплаты

3.6.4 Развитие региональной сети специализированных предприятий посредством формирования Фонда «Содействия занятости и бизнеса инвалидов»

Продвижение модели поддерживаемой занятости не означает, что защищенные рабочие места обязательно исчезнут, скорее существует потребность изменения видения и миссии всех вовлеченных сторон, участвующих в процессе трудоустройства. Это изменение также должно произойти и с существующими защищенными мастерскими (по крайней мере

до определенной степени). Кроме того поставщики услуг также должны будут адаптироваться и взять на себя функции консультантов по трудоустройству. Основная идея состоит в том, что защищенные мастерские не должны автоматически становиться единственным выходом для инвалидов, а должны предлагать возможности для развития и получения квалификации.

Необходимо отметить, что в странах западной Европы этот механизм используется для трудоустройства людей с очень значительными нарушениями, в основном, с глубокими нарушениями интеллекта. Такой механизм исходит из того, что если у инвалида настолько серьезные ограничения, которые существенно затрудняют его трудоустройство на открытом рынке труда даже при использовании различных средств поддержки, то необходимо создать специальную структуру, в которой инвалид будет обеспечен работой. Цель таких структур не извлечение прибыли, а реабилитационная деятельность по обеспечению инвалидам возможности трудиться.

В Германии из 200 000 инвалидов в мастерских 140 000 – это инвалиды с умственными расстройствами. У работников нет обычного трудового контракта и потому они не получают полную зарплату. Существует ряд специальных программ по стимулированию перехода к обычной занятости, однако большинство остается в мастерских.

В Финляндии защищенные мастерские – это финансируемые муниципалитетом организации, которые предоставляют работу в первую очередь инвалидам. Большинство сотрудников мастерских считаются неспособными работать с подходящим уровнем продуктивности в рамках обычного рынка труда. Мастерские производят целый диапазон продуктов и услуг, которые являются значительным вкладом в покрытие текущих расходов организации. Несмотря на то, что финские защищенные мастерские, в общем, считаются очень хорошими, существует ряд проблем связанных с системой оплаты. Зарплаты продолжают оставаться низкими и взаимопересечение пособий, пенсий и зарплат может вызывать проблемы.

Во Франции действуют две организации, предоставляющие услуги по защищенной занятости: ЦСТ (Центры Содействия Трудоустройству - Centres d'aides par le Travail) и МПР (Мастерская по подготовке работников - Ateliers Protégés).

ЦСТ – большая из этих двух организаций, включает в себя 96,000 рабочих мест, из которых 75% заняты людьми с умственными расстройствами. ЦСТ – это не совсем коммерческие предприятия, скорее – медико-социальные

институты. Официально работники не трудоустроены, но пользуются всеми преимуществами трудового законодательства (в сфере гигиены, медицины, безопасности...). Доход сотрудников складывается частично из коммерческой деятельности и частично из выплат по социальным пособиям. Потому финансовое бремя для ЦСТ облегчено, и они могут нанимать сотрудников, предоставлять им медицинскую и психологическую помощь. Количество рабочих часов в неделю варьируется от 35 до 39.

В организацию люди принимаются с 20 лет после прохождения процедуры COTOREP – Технической Комиссии по Профессиональному Руководству и Реинтеграции инвалидов. Переход к постоянной занятости очень ограничен (0,5%).

МПР организовала около 18,000 рабочих мест, из которых 50% принадлежат сотрудникам с умственными расстройствами. Статус занятости работников приближен к обычному статусу. Переход к постоянной занятости также относительно ограничен и составляет всего 4%.

В Великобритании примером защищенной мастерской является компания Remploy, получающая государственные субсидии, чья деятельность ограничена специальной гарантией. Компания состоит из 90 фабрик, на которых работает 6684 человека, и службы Remploy Interwork, в которой работают 5383 инвалида (данные за 2001 год). Программа компании Remploy предлагают стабильную и относительно хорошо оплачиваемую работу. На предприятиях производится множество товаров и услуг: мебель, медицинские и косметические продукты, текстиль, библиотечные и печатные услуги, хозяйственные и сантехнические принадлежности, услуги по упаковке и работе с контрактами.

В таком случае защищенные мастерские могут использоваться для подготовки людей (тех, для кого это возможно) к обычной работе. Потому условия работы, предлагаемые ими, должны быть близкими к условиям обычных рабочих мест, в таком случае роль поставщика услуг будет заключаться в реальном моделировании совокупного рабочего статуса у людей. Для достижения прогресса в рамках мастерских могут использоваться элементы поддерживаемой занятости. Необходимо будет обеспечить специальные переходные условия, включая такие инструменты как индивидуальный план действия, оценку квалификации и т.д., для того, чтобы помочь людям приспособиться к новым условиям.

Это также значит, что все более важным станет обеспечение того, что любой человек будет приходить в

защищенную мастерскую, потому что среда, работа и предоставляемая поддержка отвечают их потребностям и ожиданиям. Учитывая это, поставщики услуг также используют такие техники как составление профессионального досье при оценке возможности участия человека в работе защищенной мастерские.

Специализированные предприятия обычно предназначены для определенных категорий инвалидов со значительными потерями функций организма (слепые, с нарушениями умственного развития и двигательного аппарата). Однако трудоустройство инвалидов на специализированные предприятия нельзя рассматривать как исключительную форму обеспечения занятости инвалидов и как фундамент, на котором основывается вся политика по обеспечению занятости инвалидов.

Перемещение из специализированной в обычную форму занятости должно являться целью политики государства в отношении к инвалидам, в действительности это происходит крайне редко, что объясняется следующими причинами:

- инвалиды часто опасаются перемещения на основной рынок труда из-за возможной неудачи в общем процессе занятости, после чего перед ними вновь встанет проблема получения специализированной работы;

- инвалиды могут потерять определенные льготы, которые они получают, работая на специализированном предприятии;

- руководители специализированных предприятий неохотно расстаются с работниками, чей профессионализм и производительность возросли настолько, что они стали важны для предприятия и для его дохода и прибыли;

- целью руководителей специализированных предприятий может являться достижение определенного уровня занятости инвалидов с целью получения определенных налоговых и других льгот, таким образом, они заинтересованы в сохранении этих рабочих, какой бы ни была их производительность;

- в условиях постоянно растущей безработицы организации не очень охотно принимают на работу тех, кто был ранее занят на специализированных предприятиях.

Процессы в переходной экономике довольно в целом негативно отразились на специализированной занятости инвалидов, так как многие предприятия находят, что с финансовой точки зрения невозможно держать рабочих-инвалидов или платить оставшимся даже минимально допустимую заработную плату, предоставлять различные льготы или продолжать осуществлять их профессиональную реабилитацию. Особенно сложно это для предприятий, не

имеющих государственных дотаций. Кроме того, специализированные предприятия испытывают большие трудности, так как им приходится конкурировать с предприятиями, проводящими в настоящее время модернизацию своего оборудования и маркетинговые исследования, которые они не могут себе позволить. Специализированные цеха и предприятия испытывают недостаток в инвестиционных средствах, что приводит их к значительному отставанию от конкурентов из частного сектора. Каковы бы ни были их достижения и недостатки в процессе обеспечения занятости инвалидов, специализированные предприятия, стремящиеся к достижению конкурентоспособности, будут сталкиваться с новыми трудностями, связанными с развитием рыночных отношений.

Таким образом, специализированная занятость, предоставляющая потенциальные возможности инвалидам, имеет преимущества и недостатки.

В большинстве случаев для работника-инвалида специализированное рабочее место представляет единственную реальную возможность получить оплачиваемую работу. В то же время для обычных предприятий, на которых существуют специализированные виды работ и рабочие места для инвалидов, – это возможность получить обученного и исполнительного работника. Для государства существует возможность снизить расходы на социальные выплаты, предоставляя людям возможность заниматься оплачиваемым производительным трудом.

Основными недостатками специализированной занятости инвалидов являются:

- заработная плата на специализированных предприятиях, как правило, очень низка из-за недостаточных или неправильных распределений субсидий или из-за устаревших технологий, плохих рабочих условий, недостаточной помощи работникам и т. д.;

- довольно сложно внедрить простую и справедливую систему определения тех, кто нуждается в специализированных видах работ;

- намерения обеспечить инвалидов специализированными видами работ может противоречить стремлению повышать производительность труда на специализированных предприятиях;

- специализированные виды работ, хотя и необходимы для отдельных групп людей, могут привести к изолированию работников-инвалидов от других категорий работников и

создать отрицательное представление или стереотип для общества в целом.

В нашем случае предлагается формирование региональных фондов «Содействия занятости и бизнеса инвалидов», который по существу будет представлять общества инвалидов.

Основным источником финансирования данного фонда будут санкции за невыполнение 3% квоты трудоустройства инвалидов.

Поступающие денежные средства, как правило, будут направляться на создание рабочих мест для инвалидов.

Основной проблемой использования механизма квотирования выступали низкие санкции за их невыполнение и/или слабый контроль за выполнением. В результате, очень незначительное число инвалидов во всех странах, где применялись квоты, было трудоустроено благодаря данному механизму. Другая сторона этого подхода – предложение низкооплачиваемых, не требующих высокой квалификации рабочих мест инвалидам, имеющим высокую квалификацию. Введение специальных мер, препятствующих увольнению нанятых посредством заполнения квот инвалидов, также не дало ожидаемого результата. Существуют примеры того, как введение мер, направленных на стимулирование и защиту занятости инвалидов, приводило к обратному эффекту: работодатели отказывались брать на работу инвалидов, либо предпочитали денежную компенсацию. Последнее особенно ярко проявилось в ходе реализации региональных законодательных актов, направленных на квотирование рабочих мест для инвалидов.

§3.7 Организация Центра профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов

Рекомендуемые структура и функции Центра профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов (далее Центр) будут максимально способствовать решению проблемы реабилитации инвалидов в комплексе, ибо только комплексная реабилитация обеспечит реализацию идеи «равных возможностей инвалидов», в том числе, в области их занятости, а тем самым и реализацию ими установленных Конституцией РК прав и свобод.

Необходимо иметь в виду, что структура Центра должна определяться его конкретными задачами, основными направлениями и объемом работы, особенностями контингента инвалидов и их количеством.

Центр рассчитан на единовременное обучение 100 лиц с ограниченными возможностями по 10 учебным программам:

- Информационные технологии;
- Строительные работы;
- Офисный менеджмент;
- Благоустройство;
- Общественное питание;
- Торговое дело;
- Уборка помещений;
- Ремонт транспортных средств;
- Оздоровление и уход;
- Швейное производство.

В таблице 3.36 представлена краткая характеристика учебных программ Центра.

Ориентировочная продолжительность учебных программ составляет 150 дней. По 10 укрупненным учебным программам можно выбрать профессию из 30 возможных. Первоначально набор будет осуществляться на 5 учебных программ, и к 5 году функционирования Центра предполагается доведение учебных программ до 10.

Таблица 3.36 – Перечень и продолжительность учебных программ Центра

Наименование программы	Продолжительность учебной программы, дни	Получаемые навыки профессии и специализации	Максимальное количество участников в 1 программе, чел.
1	2	3	4
Информационные технологии	150	Оператор ЭВМ, системотехник	10
Строительные работы	150	Каменщик, столяр, плотник, штукатур-маляр, отделочник, укладчик кафеля	10
Офисный менеджмент	150	Офис-регистратор, секретарь-референт, делопроизводитель	10
Благоустройство	150	Озеленители, садовник, флористы	10
Общественное питание	150	Повар, повар-кондитер, помощник повара	10

Окончание таблицы 3.36

Торговое дело	150	Кассир, консультант, мерчендайзер, экспедитор	10
Уборка помещений	150	Горничная, профессиональный уборщик	10
Ремонт транспортных средств	150	Моторист, аккумуляторщик, слесарь СТО	10
Оздоровление и уход	150	Массажист, помощник медсестры, парикмахер, косметолог	10
Швейное производство	150	Швеи, закройщицы	10

Для повышения квалификации профессионально-педагогического персонала Центра необходимо предусмотреть систему обучения, в которую входят:

- разработка профилей специальностей и методики проведения оценки степени трудоспособности, соответствующим европейским нормам;
- проведение профессиональных тренингов.

Затраты на организацию данной системы обучения профессионально-педагогического персонала Центра приведены в таблице 3.37.

Таблица 3.37 – Затраты на обучение педагогического персонала Центра

Наименование работ	Расходы на 1 программу, тыс.тг.	Общие затраты на 10 программ, тыс. тг.
1. Разработка профилей специальностей и методики проведения оценки степени трудоспособности, соответствующим европейским нормам		5000
2. Проведение профессиональных тренингов для педагогических работников реабилитационного центра	500	5000
3. Проведение профессиональных тренингов для педагогических работников реабилитационного центра с привлечением зарубежного эксперта	1500	15000
ВСЕГО		25000

Исходя из недуга инвалида, выбор профессии определяется в течение 10 дней индивидуально, путем оценки степени сохранившейся трудоспособности (4 дня) и проведения профессионального ориентирования (6 дней) (таблица 3.38).

Таблица 3.38 – Продолжительность профессионального ориентирования и сопровождения в трудоустройстве на 1 чел.

№	Наименование программы	Продолжительность, дни
1	Оценка степени трудоспособности	4
2	Профессиональное ориентирование	6
3	Поиск трудоустройства	10

Также предусмотрен поиск и сопровождение в трудоустройстве инвалидов в течение еще 10 дней. Этот этап возможен сразу после профессионального ориентирования, если инвалид не нуждается в переобучении и имеет определенные профессиональные навыки.

Зарубежный опыт показывает, что порядка 80% инвалидов нуждаются в обучении/переобучении.

По опыту работы центров профессиональной реабилитации в Республике Литва, в индивидуальную программу профессиональной реабилитации (далее – ПР) может входить:

1.1. Оценка профессиональных способностей:

1.1.1. оценка личных психосоциальных профессиональных качеств;

1.1.2. оценка личных функциональных возможностей (необходимых для работы физических свойств).

1.2. Профессиональная ориентация и консультирование:

1.2.1. анализ личной мотивации учиться и работать, также личностных качеств;

1.2.2. консультирование по вопросам профессиональной направленности и пригодности, планирования профессиональной карьеры;

1.2.3. информирование о возможностях профессионального обучения и трудоустройства;

1.2.4. практическое испытание личных профессиональных способностей;

1.2.5. помощь в выборе профессии в соответствии с индивидуальными особенностями (интересы, способности, склонности), с особенностями конкретных профессий и возможностями обучения и трудоустройства.

1.3. Восстановление или формирование профессиональных способностей. Это восстановление необходимых для работы потерянных навыков и улучшение имеющихся, но недостаточных качеств. Формирование новых качеств

производится путем имитации социальных, психологических, реабилитационных и трудовых аспектов работы, повторяя реальный процесс работы с помощью средств и оборудования в максимально приближенной к реальности обстановке.

1.4. Помощь в трудоустройстве:

1.4.1. сбор и анализ информации о ситуации на рынке труда;

1.4.2. поиск возможных рабочих мест;

1.4.3. поиск потенциальных работодателей;

1.4.4. посреднические услуги трудоустройства;

1.4.5. формирование навыков поиска работы;

1.4.6. консультирование работодателей по вопросам адаптации рабочих мест, трудоустройства и пр.

2. Подготовить описание программы ПР (содержание, этапы, продолжительность) включая вопросы обеспечения качества услуг:

2.1. Методика оказания услуг.

2.2. Детальный список услуг и цены.

2.3. Детальные списки программ и цены.

2.4. Квалификация, образование и лицензии специалистов.

2.5. Список оборудования и средств с детальным описанием целесообразности.

3. При необходимости обязанность организовать питание и проживание.

4. Поставщик может организовать передачу исполнения не более половины ПР программ другим организациям по договорам.

5. Возможно (и является предпочтительным) оказание иных нежели ПР и нужных клиентам услуг:

5.1. Социальные услуги (информирование, формирование социальных навыков, консультирование, посредничество и пр.).

5.2. Психологическая помощь.

5.3. Услуги контроля общего физического и психического состояния.

В таблице 3.39 приведена примерная программа профессиональной реабилитации.

С учетом вышесказанных предположений, годовая пропускная способность Центра составляет 125 человек в первый год функционирования Центра. Максимальная загруженность Центра – 250 человек – планируется к 5 году функционирования (таблица 3.40).

Проектом предусматривается 2 варианта Центра. Первый вариант рассчитан только на оказание услуг профессионального ориентирования, обучения, трудоустройства.

Таблица 3.39 – Примерная программа ПР (без обучения)

Специалисты	Часы работы/клиент							Всего	Денежное выражение
	Организация курсов (в группе) профориентации	Организация «трудовых клубов» (в группе)	Поиск работодателей и мест трудовой практики	Индивидуальное профессиональное консультирование в поиске работы, трудоустройстве и на рабочем месте	Сотрудничество с ответственными институтами	Помощь на рабочем месте	Заполнение документации		

Второй вариант учитывает возможность проживания инвалидов в Центре, что снимает определенные затраты и ограничения по ежедневному передвижению инвалидов.

В Центре предусмотрены следующие отделения:

- Приемное отделение;
- Административное и служебное отделение;
- Отделение трудовой реабилитации;
- Отделение профессионального обучения.

Таблица 3.40 – Пропускная способность Центра

№	Наименование показателей	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
1.	Разовая максимальная наполняемость с учетом проведения учебных программ, чел.	100	100	100	100	100
2.	Годовая максимальная наполняемость с учетом проведения учебных программ, чел.	200	200	200	200	200
3.	Планируемая наполняемость групп с учетом проведения учебных программ, чел.	100	125	150	175	200
4.	Ориентировочное количество обратившихся лиц, не нуждающихся в обучении, чел.	25	31	38	44	50
5.	Общая годовая пропускная способность, чел.	125	156	188	219	250

Во втором варианте добавляется ряд жилых помещений.

При 1 варианте площадь Центра составляет 990 кв.м, при 2 варианте – 1220 кв. м.

Структура и площади помещений Центра в 1 и 2 вариантах приведено в таблице 3.41, 3.42.

Таблица 3.41 – Площадь и содержание помещений Центра при 1 варианте

	Наименование помещений	Площадь, кв.м
1.	Приемное отделение	
	- вестибюль	20
	- кабинет приема	20
	- гардероб верхней одежды, место для хранения колясок, ходилок и опорных приспособлений	30
	- место для отдыха пациентов и размещения информационно-справочных материалов	30
	- уборные для пациентов (2*10 кв.м)	20
	Итого по отделению:	120
2.	Административное и служебное отделение	
	- кабинет директора	15
	- приемная	10
	- бухгалтерия	15
	- комната отдыха сотрудников	15
	- гардеробные, души и уборные для сотрудников	30
	- конференц-зал	40
	- души и уборные для пациентов	30
	- складские помещения и пр.	60
	- столовая (буфет) на 20 мест	60
	Итого по отделению:	275
3.	Отделение трудовой реабилитации	
	- кабинет оценки трудовой способности лиц с ограниченными возможностями	15
	- кабинет профессиональной ориентации	15
	- кабинет медицинской помощи	15
	- кабинет тестирования функций	20
	- кабинет социальной работы для индивидуальных консультаций	20
	- кабинет для консультаций психологов (2*15)	30
	- кабинет для коллективной работы персонала	20
	- кабинет для хранения документов	10
	Итого по отделению:	145
4.	Отделение профессионального обучения	
	- мультимедийный кабинет	30
	- мастерская 1 программы (Информационные технологии)	30
	- мастерская 2 программы (Строительные работы)	50
	- мастерская 3 программы (Офисный менеджмент)	30
	- мастерская 4 программы (Благоустройство)	50
	- мастерская 5 программы (Общественное питание)	50
	- мастерская 6 программы (Торговое дело)	30
	- мастерская 7 программы (Уборка помещений)	30
	- мастерская 8 программы (Ремонт транспортных средств)	50
	- мастерская 9 программы (Оздоровление и уход)	30
	- мастерская 10 программы (Швейное производство)	50
	- помещение для хранения имущества	20
	Итого по отделению:	450
	Всего по помещениям центра реабилитации инвалидов:	990

Таблица 3.42 – Площадь и содержание помещений Центра при 2 варианте

	Наименование помещений	Площадь, кв.м
1	2	3
1.	Приемное отделение	
	- вестибюль	20
	- кабинет приема	20

Окончание таблицы 3.42

	- гардероб верхней одежды, место для хранения колясок, ходилок и опорных приспособлений	30
	- место для отдыха пациентов и размещения информационно-справочных материалов	30
	- уборные для пациентов (2*10 кв.м)	20
	Итого по отделению:	120
2.	Административное и служебное отделение	
	- кабинет директора	15
	- приемная для секретаря	10
	- бухгалтерия	15
	- комната отдыха сотрудников	15
	- гардеробные, души и уборные для сотрудников	30
	- конференц-зал	40
	- души и уборные для пациентов	30
	- складские помещения и пр.	60
	- столовая (буфет) на 20 мест	60
	Итого по отделению:	275
3.	Отделение трудовой реабилитации	
	- кабинет оценки трудовой способности лиц с ограниченными возможностями	15
	- кабинет профессиональной ориентации	15
	- кабинет медицинской помощи	15
	- кабинет тестирования функций	20
	- кабинет социальной работы для индивидуальных консультаций	20
	- кабинет для консультаций психологов (2*15)	30
	- кабинет для коллективной работы персонала	20
	- кабинет для хранения документов	10
	Итого по отделению:	145
4.	Отделение профессионального обучения	
	- мультимедийный кабинет	30
	- мастерская 1 программы (Информационные технологии)	30
	- мастерская 2 программы (Строительные работы)	50
	- мастерская 3 программы (Офисный менеджмент)	30
	- мастерская 4 программы (Благоустройство)	50
	- мастерская 5 программы (Общественное питание)	50
	- мастерская 6 программы (Торговое дело)	30
	- мастерская 7 программы (Уборка помещений)	30
	- мастерская 8 программы (Ремонт транспортных средств)	50
	- мастерская 9 программы (Оздоровление и уход)	30
	- мастерская 10 программы (Швейное производство)	50
	- помещение для хранения имущества	20
	Итого по отделению:	450
5.	Жилое отделение	
	- жилые помещения (15*10кв.м)	150
	- уборные (3*10кв.м)	30
	- столовая	50
	Итого по отделению:	230
	Всего по помещениям центра реабилитации инвалидов:	1220

Основное сооружение Центра включает:

- Состав помещений Центра:

- вестибюль;
- конференц-зал;
- кабинет оценки трудовой способности лиц с ограниченными возможностями;
- кабинет профессиональной ориентации;

- кабинет медицинской помощи;
- кабинет тестирования функций;
- кабинет социальной работы для индивидуальных консультаций;
- кабинет для консультаций психологов;
- кабинет для коллективной работы персонала;
- кабинет для хранения документов;
- комната отдыха пациентов и размещения информационно-справочных материалов;
- мультимедийный кабинет;
- 10 учебных оборудованных кабинетов;
- служебно-бытовые помещения для персонала;
- буфетная, столовая;
- душевые, туалетные;
- кладовые.
- Отопление, вентиляция;
- Водоснабжение и канализация;
- Пожарная сигнализация;
- Наружная физкультурная площадка;
- Наружная беседка;
- Хозяйственная площадка;
- Озеленение земельного участка Центра.

Второй вариант строительства Центра дополняется жилым отделением, включающим 15 жилых комнат, отдельной столовой.

Таким образом, строительство корпуса Центра при первом варианте составляет 92511,9 тыс. тенге, при втором варианте – 114004,6 тыс. тенге (таблица 3.43).

Таблица 3.43 – Сумма инвестиционных вложений в строительство Центра

Наименование показателей	Ед. изм.	Значение
Стоимость строительства 1 кв.м Центра	доллары США	628
Принимаемый курс, \$ к тенге	тенге	148,8
Инвестиционные вложения в строительство Центра при 1 варианте	тыс. тенге	92511,9
Инвестиционные вложения в строительство Центра при 2 варианте	тыс. тенге	114004,6

Наиболее целесообразным, с экономической точки зрения, является строительство Центра в виде отдельно стоящего здания, состоящего из блоков различного назначения.

Площадь Центра в расчете на 1-го инвалида при первом варианте составляет 9,9 кв. м (990 кв.м/100 чел.

единовременной вместимости), при втором – 12,2 кв.м (1220кв.м/100 чел. единовременной вместимости).

В таблицах 3.44, 3.45 рассчитана средняя стоимость инвентаря Центра.

Таблица 3.44 – Стоимость инвентаря Центра при 1 варианте

Наименование оборудования	Количество	Сумма, тыс. тенге
Офисный стол	140	2100,0
Офисный стул	171	684,0
Офисный шкаф	35	1575,0
Мягкий уголок	2	200,0
Журнальный столик	2	40,0
Кресло	1	30,0
Компьютер	29	2900,0
Комплекты сантехнического оборудования	3	90,0
Варочная печь	1	80,0
Тифлокомплекс (Брайлевская клавиатура, Брайлевский принтер, Брайлевский дисплей)	1	2945,3
Инвентарь для строительных отделочных работ	1	50,0
Инвентарь для озеленения	1	40,0
Инвентарь для уборки залов, помещений	1	60,0
Кухонное оборудование	1	60,0
Автомобильное диагностическое оборудование	1	400,0
Массажный, косметический кабинет	1	40,0
Комплекс швейного оборудования	1	300,0
Служебный автомобиль	1	4500,0
Адаптированный транспорт для перевозки инвалидов	1	5000,0
Холодильник	2	80,0
Телевизор	2	100,0
ИТОГО		113786,2

Таблица 3.45 – Стоимость инвентаря Центра при 2 варианте

Наименование оборудования	Количество	Сумма, тыс. тенге
1	2	3
Офисный стол	155	2325,0
Офисный стул	201	804,0
Офисный шкаф	35	1575,0
Мягкий уголок	2	200,0
Журнальный столик	2	40,0
Кресло	1	30,0
Компьютер	29	2900,0

Окончание таблицы 3.45

Комплекты сантехнического оборудования	18	540,0
Варочная печь	1	80,0
Тифлокомплекс (Брайлевская клавиатура, Брайлевский принтер, Брайлевский дисплей)	1	2945,3
Инвентарь для строительных отделочных работ	1	50,0
Инвентарь для озеленения	1	40,0
Инвентарь для уборки залов, помещений	1	60,0
Кухонное оборудование	1	60,0
Автомобильное диагностическое оборудование	1	400,0
Массажный, косметический кабинет	1	40,0
Комплекс швейного оборудования	1	300,0
Служебный автомобиль	1	4500,0
Адаптированный транспорт для перевозки инвалидов	1	5000,0
Холодильник	6	240,0
Телевизор	17	850,0
Кровати, прикроватные тумбочки, платяной шкаф	15	675,0
ИТОГО		137658,9

Исходя из Постановления Правительства РК от 30.01.2008 N 77 «Об утверждении типовых штатов работников государственных организаций образования и перечня должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц» был определен штат Центра (таблица 3.46, 3.47).

Таблица 3.46 – Штат Центра при 1 варианте

Название профессии	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
1	2	3	4	5	6
Штат АУП					
Директор	1	1	1	1	1
Секретарь-делопроизводитель (по совместительству кадровый работник)	1	1	1	1	1
Бухгалтер	1	1	1	1	1
Заведующий АХЧ	1	1	1	1	1
Повар	1	1	2	2	2
Кухонный работник	1	1	2	2	2
Рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	2	2	2	2	2
Сторож	2	2	2	2	2
Уборщицы	2	2	2	2	2

Окончание таблицы 3.46

Штат трудовой реабилитации и профориентирования					
Врачи (физической медицины, психологи и др.)	3	3	3	4	4
Социальные работники	10	13	16	18	21
Штат профессиональной реабилитации					
Педагоги-мастера по потребности (сурдопедагог, тифлопедагог, логопед)	6	8	9	11	13
Лаборант	1	1	1	1	1

Таблица 3.47 – Штат Центра при 2 варианте

Название профессии	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
1	2	3	4	5	6
Штат АУП					
<i>Директор</i>	1	1	1	1	1
<i>Секретарь-делопроизводитель (по совместительству кадровый работник)</i>	1	1	1	1	1
<i>Бухгалтер</i>	1	1	1	1	1
<i>Заведующий АХЧ</i>	1	1	1	1	1
<i>Повар</i>	2	2	3	3	3
<i>Кухонный работник</i>	2	2	3	3	3
<i>Рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий</i>	2	2	2	2	2
<i>Сторож</i>	2	2	2	2	2
<i>Уборщицы</i>	3	3	3	3	3
Штат трудовой реабилитации и профориентирования					
<i>Врачи (физической медицины, психологи и др.)</i>	3	3	3	4	4
<i>Социальный работник</i>	10	13	16	18	21
Штат профессиональной реабилитации					
<i>Педагоги-мастера по потребности (сурдопедагог, тифлопедагог, логопед)</i>	6	8	9	11	13
<i>Лаборант</i>	1	1	1	1	1

Необходимое количество социальных работников определяется исходя из продолжительности профессиональной ориентации на 1 инвалида и количества принятых инвалидов.

Необходимое количество педагогических работников определяется, исходя из продолжительности учебных программ и количества принятых инвалидов.

Расчет окладов производился с учетом порядка начисления заработных плат работникам бюджетной сферы с учетом надбавки в 30% за работу с инвалидами.

В таблицах 3.48, 3.49 приведены расходы на оплату труда в Центре.

Таблица 3.48 – Расходы на оплату труда в Центре при 1 варианте

Название профессии	Оклад, тенге	Фонд заработной платы, тыс. тенге				
		1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
1	2	3	4	5	6	7
Штат АУП						
Директор	131134,8	1800,2	1800,2	1800,2	1800,2	1800,2
Секретарь-делопроизводитель (по совместительству кадровый работник)	52029,2	714,3	714,3	714,3	714,3	714,3
Бухгалтер	66363,8	911,0	911,0	911,0	911,0	911,0
Заведующий АХЧ	100872,9	1384,8	1384,8	1384,8	1384,8	1384,8
Повар	50701,9	696,0	696,0	1392,1	1392,1	1392,1
Кухонный работник	48843,7	670,5	670,5	1341,1	1341,1	1341,1
Рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	42737,8	1173,4	1173,4	1173,4	1173,4	1173,4
Сторож	43534,4	1195,3	1195,3	1195,3	1195,3	1195,3
Уборщицы	44596,5	1224,4	1224,4	1224,4	1224,4	1224,4
Штат трудовой реабилитации и профориентирования						
Социальные работники	74659,4	10676,3	13324,0	16057,1	18704,9	21352,6
Врачи (физической медицины, психологи и др.)	78952,5	3251,6	3251,6	3251,6	4335,4	4335,4
Штат профессиональной реабилитации						
Педагоги-мастера (по необходимости педагоги коррекционной подготовки)	82954,7	7117,5	8896,9	10676,3	12455,6	14235,0
Лаборант	52029,0	714,3	714,3	714,3	714,3	714,3
ИТОГО		31529,6	35956,7	41835,8	47346,8	51773,9

Таблица 3.49 – Расходы на оплату труда в Центре при 2 варианте

Название профессии	Оклад, тенге	Фонд заработной платы, тыс. тенге				
		1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
1	2	3	4	5	6	7
Штат АУП						
Директор	131134,8	1800,2	1800,2	1800,2	1800,2	1800,2
Секретарь-делопроизводитель (по совместительству кадровый работник)	52029,2	714,3	714,3	714,3	714,3	714,3
Бухгалтер	66363,8	911,0	911,0	911,0	911,0	911,0
Заведующий АХЧ	100872,9	1384,8	1384,8	1384,8	1384,8	1384,8
Повар	50701,9	1392,1	1392,1	2088,1	2088,1	2088,1
Кухонный работник	48843,7	1341,1	1341,1	2011,6	2011,6	2011,6

Окончание таблицы 3.49

1	2	3	4	5	6	7
Рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	42737,8	1173,4	1173,4	1173,4	1173,4	1173,4
Сторож	43534,4	1195,3	1195,3	1195,3	1195,3	1195,3
Уборщицы	44596,5	1836,7	1836,7	1836,7	1836,7	1836,7
Штат трудовой реабилитации и профориентирования						
Социальный работник	74659,4	10676,3	13324,0	16057,1	18704,9	21352,6
Врачи (физической медицины, психологи и др.)	78952,5	3251,6	3251,6	3251,6	4335,4	4335,4
Штат профессиональной реабилитации						
Педагоги-мастера	82954,7	7117,5	8896,9	10676,3	12455,6	14235,0
Лаборант	52029,0	714,3	714,3	714,3	714,3	714,3
ИТОГО		33508,4	37935,5	43814,6	49325,5	53752,6

Стоимость и затраты на эксплуатационные коммунальные услуги Центра определены экспертно и исходя из действующих в Карагандинской области тарифов субъектов естественной монополии. Расчеты приведены в таблице 3.50, 3.51.

Таблица 3.50 – Затраты на эксплуатационные коммунальные услуги Центра при 1 варианте

Эксплуатационные коммунальные услуги	Ед. измер.	Абсолютный расход в месяц	Тариф, тенге	Стоимостной расход в месяц, тыс. тенге	Сумма затрат в год, тыс. тенге
Электроэнергия	кВт.ч	6472,7	23,50	152,1	1825,3
Теплоснабжение	Гкал	15,0	4 121,64	61,9	309,6
Холодная вода	куб.м	53,9	113,00	6,1	73,1
Накладные расходы (10% от инвестиционных)					10444,2
ИТОГО					12652,2

Таблица 3.51 – Затраты на эксплуатационные коммунальные услуги Центра при 2 варианте

Эксплуатационные коммунальные услуги	Ед. измер.	Абсолютный расход в месяц	Тариф, тенге	Стоимостной расход в месяц, тыс. тенге	Сумма затрат в год, тыс. тенге
Электроэнергия	кВт.ч	8145,5	23,50	191,4	2297,0
Теплоснабжение	Гкал	18,9	4 121,64	77,9	389,6
Холодная вода	куб.м	67,9	113,00	7,7	92,0
Накладные расходы (10% от инвестиционных)					10444,2
ИТОГО					13222,8

Таким образом, требуемые капитальные затраты в строительство по 1 варианту составляют 138 786,2 тыс. тенге по 1 варианту и 162 658,9 тыс. тенге по 2 варианту (таблица 3.52).

Таблица 3.52 – Капитальные затраты на строительство Центра, тыс. тенге

	1 вариант без проживания инвалидов	2 вариант с проживанием инвалидов
Прединвестиционные затраты	25000,0	25000
Инвестиционные капитальные вложения	113786,2	137658,9
Всего затрат	138786,2	162658,9
Всего затрат на 1 чел.	555,1	650,6

Затраты на содержание Центра в первом варианте будут расти с 50 529,9 тыс. тенге до 70 667,1 тыс. тенге (таблица 3.53).

Таблица 3.53 – Затраты на содержание Центра при 1 варианте, тыс. тенге

	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
Затраты на персонал	31529,6	35956,7	41835,8	47346,8	51773,9
Текущие эксплуатационные расходы	12652,2	12652,2	12652,2	12652,2	12652,2
Амортизационные отчисления	3191,1	2552,9	2127,4	1701,9	1063,7
Затраты на учебные материалы, сырье	3153,0	3595,7	4183,6	4734,7	5177,4
Всего затрат	50525,9	54757,5	60799,0	66435,6	70667,1
Всего затрат на 1 чел.	202,1	219,0	243,2	265,7	282,7

Затраты на содержание Центра во втором варианте будут расти с 53 630,2 тыс. тенге до 73 533,4 тыс. тенге (таблица 3.54).

Таблица 3.54 – Затраты на содержание Центра при 2 варианте, тыс. тенге

	1 год	2 год	3 год	4 год	5 год
Затраты на персонал	33508,4	37935,5	43814,6	49325,5	53752,6
Текущие эксплуатационные расходы	13222,8	13222,8	13222,8	13222,8	13222,8
Амортизационные отчисления	3548,1	2838,5	2365,4	1892,3	1182,7
Затраты на учебные материалы, сырье	3350,8	3793,6	4381,5	4932,6	5375,3
Всего затрат	53630,2	57790,4	63784,3	69373,2	73533,4
Всего затрат на 1 чел.	214,5	231,2	255,1	277,5	294,1

РАЗДЕЛ 2. РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ВВЕДЕНИЕ

Одним из направлений сотрудничества ПРООН и Министерства труда и социальной защиты населения является деятельность по реализации закона «О специальных социальных услугах в Республике Казахстан», в том числе по внедрению механизма деинституализации медико-социальных учреждений (организаций) для лиц с ограниченными возможностями и для лиц пожилого возраста.

Реализация Закона направлена на формирование современных экономических и организационных моделей предоставления специальных социальных услуг лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Стратегическим направлением развития системы предоставления специальных социальных услуг должно стать:

- сокращение стационаров и расширение сети организаций, предоставляющих специальные социальные услуги в условиях полустационаров и на дому;
- создание условий, в том числе предоставление экономических ресурсов, для преодоления трудных жизненных ситуаций;
- восстановление стабильных семейных связей.

В 2010 году в Казахстане было проведено исследование по разработке рекомендаций для внедрения в Казахстане механизма деинституализации медико-социальных учреждений для лиц с ограниченными возможностями и лиц пожилого возраста на основе зарубежного опыта. В соответствии с выработанными рекомендациями становятся актуальными вопросы по созданию нормативно-правовых и экономических условий для предупреждения помещения одиноких пожилых граждан и инвалидов в стационарные интернатные организации, в том числе путем:

- расширения спектра и повышения качества специальных социальных услуг, предоставляемых пожилым гражданам и инвалидам в условиях ухода на дому;
- создания малокомплектных медико-социальных организаций общего типа всех форм собственности;
- подготовки и повышения квалификации кадров в сфере предоставления специальных социальных услуг, адекватного

нормирования труда социального работника и формирования достойной оплаты труда.

На сегодняшний день деинституализация является основополагающей практикой во всем мире. В странах Восточной Европы, России и, в меньшей степени, в Казахстане наблюдается ее постепенное становление и развитие. Изучение зарубежного опыта, институционализация наиболее эффективных практик действующих в реальной жизни моделей ухода за инвалидами и престарелыми, разработка новых подходов оказания специальных социальных услуг и обоснование их экономического обеспечения, выработка рекомендаций по развитию нормативно-правовой базы предоставления специальных социальных услуг лицам пожилого возраста и инвалидам на дому позволит в дальнейшем создать основы для развития политики деинституализации в соответствии с международными нормами и стандартами.

Социальное обслуживание, как неотъемлемая часть социальной защиты населения в современных социальных государствах, обладает рядом преимуществ с позиции обеспечения адресности государственных расходов. Услугой воспользуется тот субъект, которому она действительно необходима, т.е. ресурсы общественного сектора будут расходоваться на поддержку целевых групп в форме натуральных трансфертов. В этой связи, актуальны исследования, которые разрабатывают рекомендации по оценке потребностей пожилых и инвалидов, систематизации действующих моделей ухода на дому с позиции наиболее эффективных практик, разработке экономического обоснования для создания адекватных уровню благосостояния населения экономических условий для реализации схем ухода за лицами пожилого возраста и взрослыми инвалидами на дому.

ГЛАВА 4. МИРОВОЙ ОПЫТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ

§4.1 Мировой опыт оценки потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов в специальных социальных услугах на дому

В странах мира применяется ряд методических подходов к оценке потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов, которые базируются на сходной методологии: главным фактором, определяющим потребность клиента в специальных социальных услугах, является ограниченная способность к самообслуживанию, коммуникации и передвижению для удовлетворения основных жизненных потребностей (рисунок 4.1). При этом возможность самостоятельного удовлетворения жизненных потребностей признается нормой.



Рисунок 4.1 – Мировой опыт оценки потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов в ССУ

Шведский подход опирается на методику ADL (Activity of Daily Living), которая оценивает жизненную активность клиента по 7 параметрам: передвижение за пределами своего жилья, передвижение внутри квартиры, посещение туалета, одевание и раздевание, гигиена, уборка жилья, покупка продуктов [1].

Разработки Фонда «Институт экономики города», применяемые в ряде регионов России, опираются на американский опыт и выделяют 12 характеристик клиента: прием пищи, купание, умывание, одевание, контроль акта мочеиспускания и дефекации, пользование туалетом, переход с кровати, передвижение, ведение домашнего хозяйства, подъем по лестнице, заполнение документов [2].

Обзор этих и других существующих методических подходов к оценке потребностей позволяет выделить 2 или 3 блока, формируемых по характеру потребностей:

- самообслуживание в пределах квартиры;
- передвижение за пределами жилья;
- способность оформлять документы.

Результатом идентификации потребностей является выделение степеней или уровней самообслуживания. Так, по вышеуказанной российской методике выделяются четыре уровня самообслуживания:

- первый уровень – навыки самообслуживания сохранены;
- второй уровень – навыки самообслуживания частично утрачены;
- третий уровень – навыки самообслуживания значительно утрачены;
- четвертый уровень – навыки полностью утрачены;

В практике оценки потребностей пожилых людей и инвалидов, реализуемой в Литве, также различают три уровня:

1 уровень (нетяжелый) – незначительно ограничена деятельность, незначительный объем необходимых специальных потребностей, то есть минимальная потребность в специальных социальных услугах.

2 уровень (средний) – ограничение деятельности клиента, то есть повышенная потребность в специальных социальных услугах [3].

3 уровень (тяжелый) – полностью ограничена деятельность, то есть максимальная потребность в специальных социальных услугах.

Согласно методике оценки потребностей, применяемых еврейским благотворительным обществом «ХЭСЭД Мириам», выделяется 13 групп потребностей: прием пищи, передвижение по квартире, передвижение вне квартиры, туалет, купание,

гигиенические процедуры, одевание, уборка, стирка, слух, зрение, покупка продовольственных и непродовольственных товаров ежедневного спроса, опасность для окружающих. Особенности этой системы по сравнению с вышеперечисленными является выделение состояния «зрения», «слуха» и «опасности для окружающих», понимаемой как отсутствие самоконтроля действий. Результатом применения методики является выделение 6 групп по способности к самообслуживанию.

Согласно практике реализации технологии оценки, проведенной в России, затраты времени на посещение места жительства и оценку потребностей одного клиента составляют 120 минут [2].

Предлагаемая нами методика оценки потребностей пожилых граждан и инвалидов и последующего выделения уровней самообслуживания клиентов базируется на мировом опыте с учетом законодательства РК [4-7].

§4.2. Организационные модели предоставления специальных социальных услуг на дому

Для Казахстана интересен зарубежный опыт деинституционализации социальных услуг для включения в жизнь общества пожилых и лиц с ограниченными возможностями [8, 9].

Великобритания. В Великобритании накоплен продолжительный опыт и предоставляется услуга «разделения заботы» для инвалидов и их семьи. Услуга предоставляется по месту жительства семьи, имеющей инвалидов и лиц пожилого возраста, нуждающихся в постороннем уходе, для того, чтобы дать кратковременный отдых родителям или лицам, которые обеспечивают уход и заботу. Эти же услуги оказываются инвалидам и пожилым людям, проживающим самостоятельно для предотвращения помещения их для постоянного проживания в организации интернатного типа.

Существует много способов организации услуг «разделения заботы» для инвалидов и престарелых. Модели организации услуг для населения Великобритании представлены:

- фостерным или патронатным уходом;
- дневным уходом;
- уходом в специальных организациях с временным проживанием;
- внешней поддержкой;
- волонтерскими услугами;

– схемами ухода, основанными на поддержке ресурсов семьи.

Виды помощи варьируют в зависимости от потребностей семьи, инвалида или пожилого человека. В некоторых случаях нужны краткосрочные услуги – несколько часов, время от времени; тогда как другие просят помощь на уход на всю ночь; третьи просят помощи на время отпуска. При этом потребности в услугах разделения заботы могут меняться со временем, и виды услуг также изменяются для того, чтобы адекватно соответствовать потребностям семьи, инвалида или пожилого человека.

Для взрослых инвалидов и престарелых используются следующие модели организации услуг.

Фостерный (патронатный) уход. Это вид поддержки, который позволяет клиентам получать уход и проживать определенное время не в своей родной семье или одному, а в доме другой семьи. Фостерный уход может быть кратковременным или организован на длительный промежуток времени.

Нанятому персоналу, обеспечивающему фостерный уход для детей-инвалидов, в Великобритании компенсируется стоимость содержания услуг ухода и воспитания каждого ребенка, помещенного в их семью, кроме того оплачивается заработная плата самим воспитателям. Чем тяжелее и сложнее особые потребности ребенка в уходе, тем выше заработная плата фостерного воспитателя, кроме того, субсидируется и проводится необходимая адаптация и размещение оборудования в доме фостерных воспитателей.

В случае фостерной схемы для пожилого или инвалида компенсируется только стоимость оказания требуемых социальных специальных услуг по уходу, которые включают бытовые, психологические, юридические и другие услуги согласно действующим стандартам.

В тех случаях, когда фостерная семья используется для предоставления услуги разделения заботы, её услуги могут предоставляться на одну ночь, на выходные или более, но на период менее 4 недель.

Кроме этого, понятие патронатного ухода имеет более широкое значение и не ограничивается моделью заботы и ухода, при котором клиент находится в другой семье. Патронатный уход (иногда используется понятие «патронаж») – это общее понятие для специализированных услуг ухода, предоставляемых престарелым и инвалидам, в том числе и на дому.

Волонтерская помощь и дружеская поддержка. Эта модель

социальных услуг создает условия для пожилого человека поддерживать коммуникации и дружеские связи в сообществе. Это включает услуги контрактов со знакомыми и близкими и сопровождение на социально-культурные мероприятия.

Как правило, объем волонтерских услуг зависит от того, как много времени имеет волонтер, и как много средств может быть потрачено агентствами и социальными службами для того, чтобы покрыть затраты волонтера.

Дневной уход в специализированных домах. Дневной уход (иногда ночной и круглосуточный уход) может быть организован разными способами, например, у клиента дома, в доме фостерного персонала, приспособленном для оказания услуг передышки. Социальными работниками заключается договор с клиентом относительно даты начала, времени и продолжительности оказания услуг дневного ухода.

Дневной уход в специально приспособленных помещениях имеет преимущества для инвалидов и пожилых людей: появляется возможность встретиться и общаться с другими людьми, взаимодействовать в группе, развивать дружбу.

В Великобритании, где центры дневного ухода за престарелыми лицами появились в 60-х гг., к 1980 г. было открыто уже 617 центров дневного ухода, что позволило облегчить изолированность старых и одиноких людей. Обычно в таких центрах есть кафе, парикмахерские, мастерские [10].

Центры дневного ухода в США, хоть и опирались на британскую модель, имели принципиальные отличия. Предполагалось разделить медицинскую и социальную сторону долговременного ухода. То есть в них обслуживались пожилые люди, которые нуждались в уходе в дневное время, но не нуждались в стационарном уходе. В такие услуги, наряду с прочими, включались: организация питания, личный уход, отдых, учеба, восстановление физических и профессиональных способностей и медицинское обслуживание. В целом, центры дневного ухода организуются в рамках государственного сектора и НКО на контрактной основе.

Россия. В России имеется ряд реализованных моделей, которые автономно или во взаимосвязи с другими формами осуществляют уход за инвалидами и престарелыми на дому.

В контексте опыта **фостерного ухода**, когда забота об инвалидах и престарелых осуществляется в приемных семьях, заслуживает внимания инновационный проект, выполняемый с 2003 года в Пермском крае. В рамках проекта помощь одиноким пенсионерам и инвалидам оказывается в приемных семьях. Участниками проекта стали 125 семей из 26 районов края, принявшие в свои семьи одиноких престарелых людей,

оставшихся без поддержки близких. Некоторые семьи берут к себе жить даже пожилые супружеские пары, оказавшиеся в тяжелой жизненной ситуации. В качестве финансовой поддержки принимающие семьи получают ежемесячные выплаты в размере 3 тысяч рублей.

В опыте Российской Федерации интерес представляет опыт деятельности Центра социального обслуживания и реабилитации инвалидов, пожилых и престарелых людей, в рамках деятельности которого сочетаются две модели: *оказание услуг на дому* и *оказание услуг в условиях медико-социального учреждения*. Функции, выполняемые центром, объединяют помощь в условиях дома и помощь в условиях учреждения, что обеспечивает возможность гибкого реагирования на потребности клиентов в социальных специальных услугах.

К функциям, традиционно выполняемым отделениями социальной помощи на дому, относятся:

- выявление пожилых и престарелых, нуждающихся в социальной поддержке;
- определение потребности, конкретных видов, форм и объемов специальной социальной помощи;
- предоставление различных социально-бытовых услуг разового или постоянного характера на основе отделений социальной помощи на дому;
- привлечение различных государственных и негосударственных структур к оказанию социально-бытовой, медико-социальной, психологической, юридической помощи пожилым людям.

Наряду с функциями обслуживания на дому, центр социального обслуживания может создавать в своей структуре разные подразделения для удовлетворения потребностей населения ресурсами центра:

- отделения дневного пребывания и отделения временного (ночного, от недели до 6 месяцев) пребывания пожилых и престарелых, (рассчитанных в основном на 50-60 мест, как минимум на 30 мест);
- службы срочной социальной помощи;
- медико-социальное отделение (стационар);
- вспомогательные подразделения (подсобное хозяйство, пасека, медико-санитарная спортивно-оздоровительная часть, библиотека, актовый/концертный/кино зал, мастерские, транспортные, информационно-правовые консультативные службы, телефон «горячая линия» и др.);
- административно-хозяйственные службы

(организационно-методический кабинет, бухгалтерия, пищеблок, транспортные службы для пожилых на дому и в др. подразделениях).

Услуги стационара, дневного и временного ухода носят платный и бесплатный или гарантированный характер (платно для тех, кто живет в семьях, с достатком выше прожиточного минимума).

Модель отделения дневного пребывания и временного пребывания в составе центра рассчитана на содержание до 40-60 человек, а отделение временного содержания может быть организовано как самостоятельное или в составе отделения дневного пребывания, но не менее 15 человек. Здесь осуществляется:

- социально-бытовой уход;
- лечебно-оздоровительные мероприятия;
- реабилитационные мероприятия;
- культурное обслуживание;
- питание в условиях круглосуточного содержания.

Модель временного ночного содержания позволяет гибко отреагировать на потребности клиента и его семьи. Она позволяет поддержать семью, дать ей передышку, предоставить отдых членам семьи, обеспечивающим уход, и оказать семье временную помощь в кризисных и трудных ситуациях, таких как болезнь и госпитализация лица, обеспечивающего уход, потребность выехать в командировку, отправиться в отпуск с детьми, сделать ремонт и т.п. Такая поддержка обеспечивает семье возможность восстановить свои силы для дальнейшего ухода, позволяет сохранить благоприятную моральную обстановку и отношения в семье пожилого и инвалида.

Модель Службы срочной социальной помощи в составе центра социального обслуживания предусматривает широкий перечень услуг:

- разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктами наборами;
- обеспечение одеждой, обувью и предметами первой необходимости;
- разовое оказание материальной помощи;
- содействие в получении временного жилья;
- оказание экстренной психологической помощи, в том числе по «телефону доверия»;
- оказание юридической помощи в пределах своей компетенции;
- оказание других видов и форм помощи, в т.ч. связанных

с погребением.

Медико-социальное стационарное отделение в составе центра. Сюда попадают преимущественно тяжело больные пожилые люди, нуждающиеся в круглосуточном уходе. Эти отделения оснащаются подъемными механизмами, средствами ухода и гигиены. Важно создание домашнего уюта для достойного существования и медико-социальной реабилитации престарелых.

Следует отметить, что в России наряду с существующими государственными МСУ и стационарными отделениями центров создаются специальные медико-социальные отделения при больницах, где оказываются временные стационарные услуги, дневной и надомный уход:

1 тип – отделения сестринского ухода, хосписы; в этих стационарах клиенты получают квалифицированный уход, необходимое паллиативное лечение.

2 тип – отделения реабилитации для хронических больных и инвалидов, геронтологические отделения; в этих отделениях инвалиды и пожилые люди получают высококвалифицированные реабилитационные услуги и лечение.

Кроме этого, опыт работы действующих на открытом рынке фирм по предоставлению услуг патронатного (патронажного) ухода, например, «Лаванда-мед», действующая в г.Москве, показывает, что совокупность услуг патронатного ухода аналогична перечню услуг, упоминаемых в стандарте оказания государственных специальных социальных услуг в Казахстане, и включает:

- оказание комплексных услуг по уходу за больными престарелыми людьми и инвалидами (уход при переломах и травмах различной локализации, после различных оперативных вмешательств, массаж, восстановление речи после инсульта, гигиенический уход и санитарная обработка тела, проведение противопролежневых процедур и т.п.);

- оказание социально-бытовых услуг (комплексная уборка квартиры, закупка продуктов, приготовление пищи, мытье посуды, стирка постельного и нательного белья подопечного и т.п.);

- оказание психологической помощи (подбадривание, выслушивание и т.п.);

- оказание социально-культурных услуг (беседа на любую интересующую подопечного тему, обсуждение просмотренной телепередачи, чтение книг и т.п.) [11].

§4.3. Экономические модели предоставления специальных социальных услуг целевым группам

Обобщение мирового опыта финансирования предоставления специальных социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам позволят выделить следующие экономические модели:

- распределительная модель предоставления специальных социальных услуг;
- усовершенствованная распределительная модель предоставления специальных социальных услуг;
- квази-рыночная (клиентская) модель предоставления социальных услуг (рисунок 4.2).

Распределительная модель. Распределительная модель предоставления специальных социальных услуг, действовавшая в Республике Казахстан до введения в действие Закона РК «О специальных социальных услугах» в 2009г., представлена механизмом прямого бюджетного финансирования поставщика услуги. Поставщиком являются государственные учреждения, которые на безальтернативной основе предоставляют специальные социальные услуги нуждающимся гражданам через отделения социальной помощи на дому.

Отрицательными сторонами данной модели являются следующие характеристики:

- интересы поставщика услуги не совпадают с интересами потребителя, поскольку оплата его труда не зависит от удовлетворенности благополучателя;
- у клиентов отсутствует возможность выбора поставщика услуги;
- среди поставщиков услуг отсутствует конкуренция, а, следовательно, отсутствуют стимулы для совершенствования качества услуги [12, 13].

Усовершенствованная распределительная модель. В этой модели финансирование государственного подразделения, НПО или физического лица по-прежнему осуществляет государство в виде возмещения расходов за услуги, оказанные населению. При этом заключается договор с НПО или физическим лицом, что услуги будут оказаны населению по цене, не превышающей цену, установленную в договоре [14]. Такая модель обеспечивает для клиента элемент выбора между поставщиками услуг: государственными учреждениями, НПО или физическими лицами. В этой модели возрастает роль социального работника по оценке, который:

- оценивает жизненную ситуацию клиента для

определения видов и объема специальных социальных услуг;

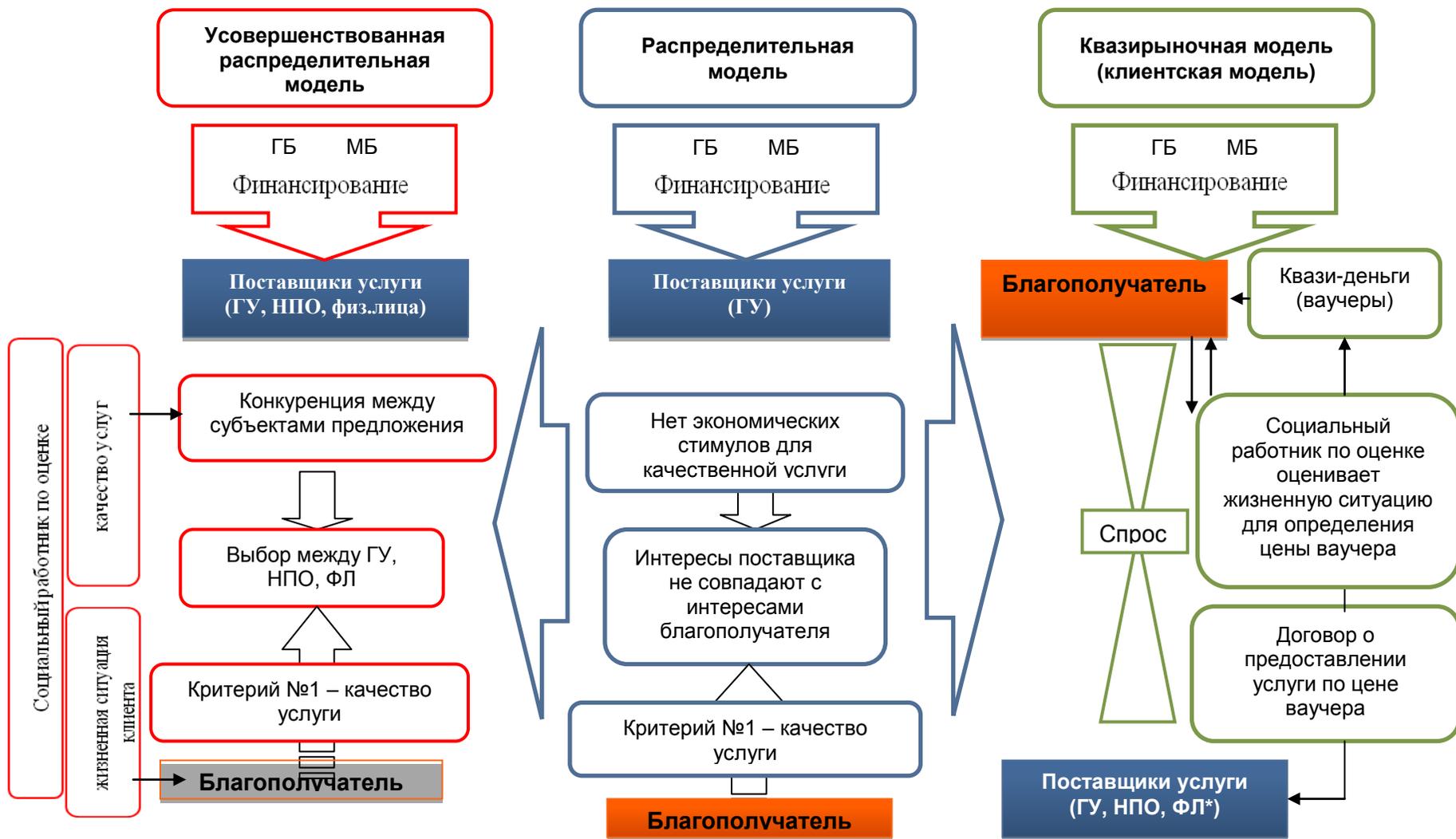


Рисунок 4.2 – Экономические модели оказания специальных социальных услуг пожилым гражданам и инвалидам

- передает клиента НПО или физическому лицу;
- оценивает качество предоставления специальных социальных услуг поставщиком (в соответствии с принятыми стандартами).

Необходимо отметить, что в данной модели свобода выбора клиентом поставщика ограничена, а оценка качества оказываемых услуг проводится посредством мониторинга результативности социального обслуживания на дому, которые обеспечивает социальный работник по оценке.

Квазирыночная или клиентская модель. В развитых странах, клиентская модель предоставления специальных социальных услуг представлена как модель, имитирующая рыночный тип отношений и организующая конкуренцию между субъектами предоставления услуг (государственные учреждения, неправительственные организации, физические лица) [10, 15, 16].

Методологически эта система вводит в общественный сектор экономики элементы механизма конкуренции и устанавливает для общественного сектора индикаторы оценки его деятельности, имитирующие рыночные инструменты. Возможность использования рыночных элементов (конкуренции) и механизмов в блоке социального обслуживания общественного сектора теоретически обосновывается присутствием частного компонента в потреблении этих услуг: при наличии нескольких производителей потребитель ищет и может выбрать предпочтительный вариант.

В рамках такой модели производители вынуждены под давлением конкуренции учитывать потребности и потребительский спрос, совершенствовать свою услугу. Так, в Латвии с 1 января 2007 г. в новом законе предусмотрено финансирование не самих учреждений опеки, а оплата услуги. Таким образом, создана возможность для потребителей выбирать поставщиков услуг из неправительственных организаций, уездных и муниципальных учреждений. Подобная система существует и в Хорватии, где с поставщиком услуг государство заключает договор на оказание услуг по цене, не превышающей государственные субсидии, выделенные населению на данную услугу [17].

Роль социального работника сводится к оценке жизненной ситуации клиента и определении объема требуемых социальных услуг, который в свою очередь определяет тип (категорию клиента) и цену ваучера. Также необходимо заключить договор, с потенциальным поставщиком социальной услуги учитывая цену ваучера.

Положительными сторонами данной модели является:

- свобода выбора клиентами поставщика услуг,
- возможность замены услугодателя и повышение удовлетворенности клиента;
- конкуренция среди поставщиков услуг и повышение качества предоставления социальных услуг.

ГЛАВА 5. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ОДИНОКИХ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН И ИНВАЛИДОВ В УСЛУГАХ НА ДОМУ (ВКЛЮЧАЯ УЧЕТНУЮ И ОТЧЕТНУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ) С УЧЕТОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В Казахстане утвержден перечень видов услуг в стандартах оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения. Основными видами специальных социальных услуг являются: социально-бытовые услуги, социально-медицинские услуги, социально-психологические услуги, социально-культурные услуги, социально-экономическим услуги, социально-правовые услуги [6].

Для определения индивидуального объема специальных социальных услуг, которые должны быть оказаны индивиду необходимо проведение оценки его потребностей (рисунок 5.1).

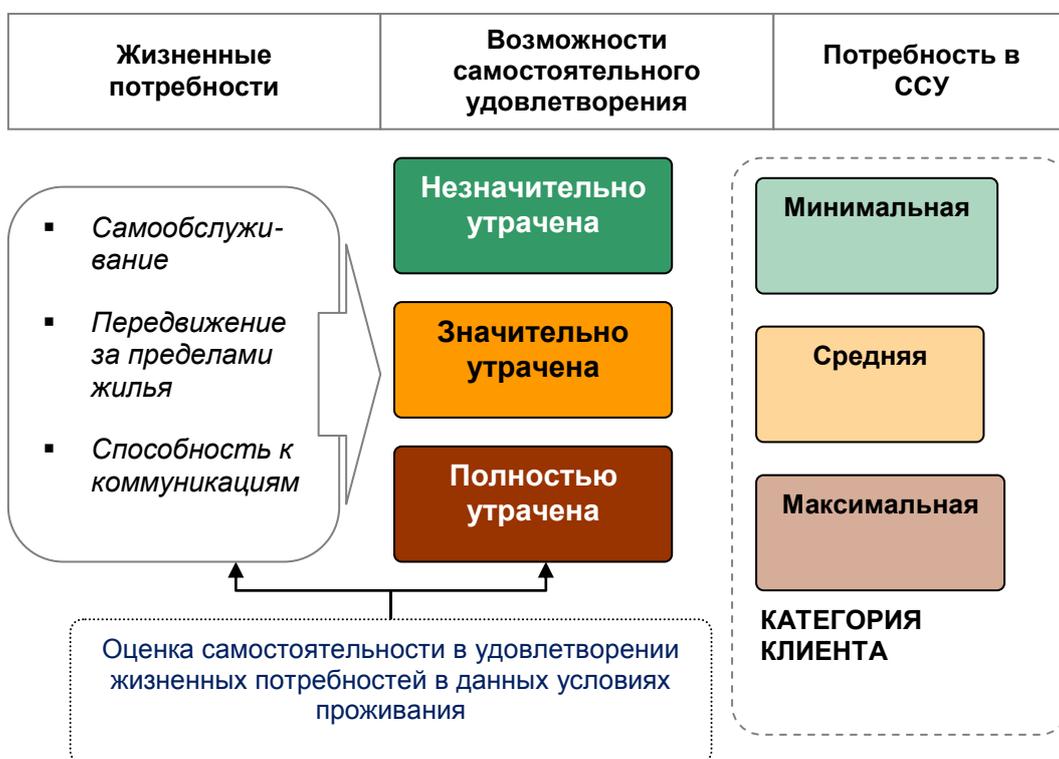


Рисунок 5.1 – Методика оценки потребностей клиентов в специальных социальных услугах (ССУ)

Оценка потребностей необходима для:

- Определения нагрузки на социального работника (норм труда).
- Реализации политики деинституционализации социального обслуживания одиноких престарелых и инвалидов, через привлечение НПО и модели патронатного ухода, т.к. в этом случае требуется достаточно точное определение объема передаваемых работ (услуг) и их стоимости.

Для оценки потребностей клиента в специальных социальных услугах предлагается провести оценку по следующим блокам:

Блок 1. Способность к самообслуживанию.

Блок 2. Психологическое состояние клиента и способность клиента к коммуникации.

Блок 3. Способность клиента перемещаться за пределами жилища.

Блок 4. Особые обстоятельства жизненной ситуации клиента.

Специалист по оценке должен при непосредственном общении с клиентом установить его жизненные потребности в данных условиях проживания для определения объема специальных социальных услуг. Для этого предлагается следующая форма фиксации результатов обследования (таблица 5.1).

Таблица 5.1 – Определение самостоятельности клиента

№	Характеристика	Баллы
1	2	3
Блок 1. Способность к самообслуживанию		
1	<i>Гигиенические процедуры (умывание лица и рук, уход за волосами, бритье, чистка зубов и т.д.)</i>	
	1. Может полностью выполнять гигиенические процедуры без посторонней помощи	1
	2. Может выполнять гигиенические процедуры при условии посторонней помощи	2
	3. Абсолютно не может выполнять самостоятельно гигиенические процедуры, они должны полностью выполняться посторонним человеком	3
2	<i>Способность надевать одежду на верхнюю часть тела (нижнее белье, свитеры, рубашки, застегивание молний и пуговиц), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Может без посторонней помощи доставать одежду из шкафа или другого места, надевать ее и убирать обратно	1
	2. Может одеваться с посторонней помощью	2
	3. Одевание должно полностью выполняться посторонним человеком	3
3	<i>Способность надевать одежду на нижнюю часть тела (нижнее белье, брюки, носки или чулки, обувь), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Может без посторонней помощи доставать одежду и обувь из шкафа или другого места, надевать ее и убирать обратно	1
	2. Может надевать одежду и обувь с посторонней помощью	2
	3. Одевание должно полностью выполняться посторонним человеком	3
4	<i>Мытье всего тела (кроме умывания лица и рук), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Самостоятельно может истопить баню и мыться в ней, а также может самостоятельно мыться в ванной или душе	1
	2. Может проводить гигиенические ванны с помощью или под наблюдением постороннего человека	2

Продолжение таблицы 5.1

1	2	3
	3. Мытье должно полностью осуществляться посторонним человеком	3
	<i>Пользование туалетом</i>	
5	1. Может полностью самостоятельно пользоваться туалетом	1
	2. Может пользоваться туалетом с помощью или под наблюдением постороннего человека, в том числе только ведром или уткой	2
	3. Не может самостоятельно пользоваться ни туалетом, ни ведром, ни уткой	3
	<i>Перемещение в доме (квартире)</i>	
6	1. Может свободно перемещаться, но иногда необходима помощь постороннего человека или палочка	1
	2. Не может перемещаться, но может самостоятельно приподниматься и поворачиваться	2
	3. Полностью прикован к постели, не может совершать никаких движений	3
	<i>Прием пищи</i>	
7	1. Может принимать пищу самостоятельно (в том числе путем искусственного кормления через пищевой зонд)	1
	2. Может принимать пищу с посторонней помощью или под наблюдением	2
	3. Может принимать только искусственное кормление (через пищевой зонд и т.д.) с помощью постороннего человека	3
	<i>Приготовление пищи</i>	
8	1. Может готовить и разогревать готовую пищу	1
	2. Нуждается в предварительно заготовленных полуфабрикатах или может разогреть готовую пищу	2
	3. Не может готовить и разогревать готовую пищу	3
	<i>Стирка</i>	
9	1. Может самостоятельно выполнять всю необходимую стирку	1
	2. Может самостоятельно стирать только небольшие вещи (нижнее белье, рубашки и т.п.)	2
	3. Не может стирать	3
	<i>Уборка</i>	
10	1. Может самостоятельно выполнять всю необходимую уборку	1
	2. Может самостоятельно выполнять только легкую уборку (вытирание пыли, мытье посуды и т.п.)	2
	3. Не может выполнять никакую уборку	3
	<i>Прием лекарств, нанесение мазей и подобные лечебные процедуры</i>	
11	1. Может самостоятельно принимать нужные (прописанные врачом) лекарства в правильной дозировке и по правильному графику, которые указаны на лекарстве или прописаны врачом	1
	2. Может принимать лекарства при условии, что посторонний человек будет определять дозировку и периодичность приема	2
	3. Может принимать лекарства, только если их будет давать посторонний человек	3
	<i>Доврачебная помощь (измерение температуры, давления)</i>	
12	1. Может самостоятельно выполнять доврачебные процедуры	1
	2. Может выполнять доврачебные процедуры под наблюдением социального работника	2
	3. Нуждается в доврачебной помощи социального работника	3
Средний балл		

Продолжение таблицы 5.1

1	2	3
Блок 2. Психологическое состояние клиента и способность клиента к коммуникации		
1	<i>Зрение (в том числе с использованием очков, если клиент носит очки)</i>	
	1. Нормальное зрение (может читать названия на лекарствах, газеты, смотреть телевизор)	1
	2. Ухудшенное зрение (не может читать названия на лекарствах, газеты или смотреть телевизор, но видит препятствия при ходьбе и может считать пальцы на руке)	2
	3. Полное отсутствие зрения (не может видеть никакие предметы)	3
2	<i>Слух (в том числе с использованием слухового аппарата, если клиент им пользуется)</i>	
	1. Абсолютно нормальный слух	1
	2. Плохой слух (всегда нужно говорить громко)	2
	3. Абсолютное отсутствие слуха	3
3	<i>Понимание речи на родном языке</i>	
	1. Абсолютно нормальное понимание	1
	2. Плохое понимание (всегда нужно повторять сказанное, использовать для объяснения другие фразы и жесты)	2
	3. Клиент не понимает то, что ему говорят	3
4	<i>Способность говорить и выражать свои мысли на родном языке</i>	
	1. Абсолютно полная способность, но иногда приходится переспрашивать, просить говорить отчетливее	1
	2. Плохая способность (всегда приходится переспрашивать или догадываться, что хочет сказать клиент)	2
	3. Полное отсутствие способности говорить (речь абсолютно лишена какого-либо смысла или речевая способность полностью парализована)	3
5	<i>Коммуникации с помощью телефона и других средств</i>	
	1. Свободно пользуется телефоном и другими средствами	1
	2. Может пользоваться телефоном и другими средствами ограниченно (плохо слышит собеседника, плохо говорит, плохо видит цифры и т.п.)	2
	3. Не может пользоваться телефоном и другими средствами	3
6	<i>Потребность в социально-психологической помощи (беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса получателей услуг)</i>	
	1. Нормальная психологическая поддержка	1
	2. Время от времени возникает потребность в повышенной психологической поддержке	2
	3. Постоянная потребность в повышенной психологической поддержке	3
7	<i>Возможность самостоятельного удовлетворения культурных потребностей</i>	
	1. Не нуждается в посторонней помощи при получении социально-культурных услуг	1
	2. Не нуждается в помощи при прочтении книг, газет, но необходимо сопровождение при посещении культурных мероприятий (экскурсий) и организации досуга	2
	3. Все потребности в социально-культурных услугах удовлетворяются с помощью социального работника	3

Окончание таблицы 5.1

1	2	3
8	<i>Оформление документов юридического и экономического характера</i>	
	1. Может самостоятельно оформлять документы юридического и экономического характера	1
	2. Может оформлять документы юридического и экономического характера при помощи социального работника	2
	3. Не может самостоятельно оформлять документы юридического и экономического характера	3
9	<i>Способность контролировать своё поведение</i>	
	1. Способен самостоятельно контролировать своё поведение	0
	2. Неспособен самостоятельно контролировать своё поведение	3
Средний балл		
Блок 3. Способность клиента перемещаться за пределами жилища		
1	<i>Передвижение за пределами жилища (для удовлетворения разных потребностей :социально-культурных, экономических, правовых и др.)</i>	
	1. Может самостоятельно ходить и пользоваться лестницей	1
	2. Может ходить и пользоваться лестницей с палочкой или при посторонней помощи	2
	3. Может передвигаться только в инвалидной коляске с посторонней помощью	3
2	<i>Пользование транспортом</i>	
	1. Пользуется собственным автомобилем, мотоциклом или велосипедом (в том числе предназначенным для инвалидов)	1
	2. Может ездить в автомобиле или автобусе	2
	3. Может ездить только в специальном транспорте (например, машине скорой помощи)	3
3	<i>Покупка продуктов и предметов повседневного пользования (мыла и т.п.) и доставка купленного домой</i>	
	1. Может самостоятельно покупать и доставлять купленное домой	1
	2. Нуждается в посторонней помощи для покупки и доставки купленного	2
	3. Не может ни самостоятельно покупать, ни давать поручения на покупку	3
Средний балл		
Блок 4. Особые обстоятельства жизненной ситуации клиента		
<p><i>1. Барьеры во внешнем окружении жилища</i></p> <p>1.1. Колонка с водой (колодец) находится далеко от дома</p> <p>1.2. Продуктовый магазин отсутствует в населенном пункте</p> <p>1.3. Продуктовый магазин находится далеко от дома</p> <p>1.4. Почта отсутствует в населенном пункте</p> <p>1.5. Почта находится далеко от дома</p> <p>1.6. Телефон отсутствует в населенном пункте</p> <p>1.7. Телефон находится далеко от дома</p> <p>1.8. Медпункт отсутствует в населенном пункте</p> <p>1.9. Медпункт находится далеко от дома</p>		
<p><i>2. Характеристики имущественного положения</i></p> <p>2.1. Отсутствие холодильника</p> <p>2.2. Отсутствие электрической или газовой плиты для приготовления горячей пищи</p> <p>2.3. Отсутствие стиральной машины</p> <p>2.4. Отсутствие приусадебного участка</p> <p><i>3. Клиент постоянно проживает</i></p> <p>3.1. Один</p> <p>3.2. С супругом или сожителем (сожительницей)</p> <p>3.3. С другим членом (членами) семьи</p> <p>3.4. С товарищем (подругой), близким (-ой) по возрасту</p>		

Определив средние баллы по каждому блоку, специалист по оценке, используя границы групп в баллах в таблице 5.2, определяет степень самостоятельности клиента по каждому критерию, указанному в таблице 5.3.

Таблица 5.2 – Характеристики категорий клиентов по уровню потребностей

Границы групп в баллах	Категория	Оценка самостоятельности	Уровень потребностей в ССУ
1 – 1,6	1 категория	Сохранена или частично утрачена	Минимальная потребность в специальных социальных услугах
1,7 – 2,2	2 категория	Значительно утрачена	Средняя потребность в специальных социальных услугах
2,3 – 3	3 категория	Полностью утрачена	Максимальная потребность в специальных социальных услугах

Таблица 5.3 является отчетным документом, в котором благополучателю присваивается соответствующая категория (первая, вторая, третья) по каждому критерию и выводится среднее значение, которое определяет степень самостоятельности клиента и соответственно, его потребность в специальных социальных услугах.

Таблица 5.3 – Оценка самостоятельности клиента

Критерии самостоятельности	Степень	Баллы	Оценка самостоятельности	Категория
1	2	3	4	5
Способность к самообслуживанию	Первая		Способен к самообслуживанию	
	Вторая		Частично способен к самообслуживанию при помощи других лиц	
	Третья		Неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц	

Окончание таблицы 5.3

1	2	3	4	5
Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья	Первая		Способность к самостоятельному передвижению, в том числе с помощью вспомогательных средств	
	Вторая		Способность к самостоятельному передвижению с помощью вспомогательных средств и индивидуального помощника	
	Третья		Неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц	
Способность к коммуникациям с внешним миром	Первая		Нормальная способность к самостоятельному общению, в том числе с помощью вспомогательных средств	
	Вторая		Способность к самостоятельному общению с помощью других лиц	
	Третья		Неспособность к самостоятельному общению	
Итого: среднее значение в баллах			Заключение о категории клиента (первая, вторая, третья)	

Отдельным приложением к отчетному документу идет справка об условиях проживания клиента, таблица 5.4.

В рамках разработанной методики мы предлагаем в качестве учетного документа использовать таблицу 5.1. В качестве отчетного документа использовать таблицы 5.3 и 5.4.

На основе разработанной методики было проведено пилотное исследование, результаты которого приведены в главе 6.

Таблица 5.4 – Справка об условиях проживания клиента

Критерии условий проживания	Характеристика
1. Место проживания	
2. Благоустройство жилья	
3. Барьеры во внешнем окружении жилища	
4. Характеристики имущественного положения	
5. Состав домохозяйства	

ГЛАВА 6. РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИХ СЕМЬИ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ОДИНОКИМ ПРЕСТАРЕЛЫМ И ИНВАЛИДАМ

§6.1 Оценка потребностей клиентов, проживающих в условиях города (на материалах г.Сарани): типовая модель потребностей и перечень услуг для каждой категории клиентов ¹

Исходя из проведенного пилотного обследования по городу Сарани Карагандинской области по потребностям благополучателей и нормам трудозатрат социальных работников на перечень оказываемых услуг согласно официальному социальному стандарту, можно выделить следующие виды потребностей в услугах по категориям.

На учете в отделении специального обслуживания на дому города Сарани на 01.08.11 года находятся 165 человек. В составе социальной группы обслуживаемых определены представители всех трех категорий.

1 категория обслуживаемых с минимальными потребностями в специальных социальных услугах.

Уровень потребности в услугах установлен на основе пилотного исследования по оценке самостоятельности клиента и его потребностей в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов первой категории составила 113 человек из 165 опрошенных или 68,5%.

В таблице 6.1 представлен типовой перечень услуг для клиентов 1 категории, проживающих в благоустроенном жилье.

В таблице 6.2 представлен типовой перечень услуг для клиентов 1 категории, проживающих в неблагоустроенном жилье.

2 категория обслуживаемых со средними потребностями клиентов в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов второй категории составила 43 человека из 165 опрошенных или 26,1%.

В таблице 6.3 представлен типовой перечень услуг для клиентов 2 категории, проживающих в благоустроенном жилье.

В таблице 6.4 представлен типовой перечень услуг для

¹ Данный параграф был подготовлен при участии магистранта Карагандинского экономического университета Казпотребсоюза Фоминой К.А.

клиентов 2 категории, проживающих в неблагоустроенном жилье.

3 категория обслуживаемых с максимальными потребностями клиентов в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов третьей категории составила 9 человек из 165 опрошенных или 5,4%.

Таблица 6.1 – Типовой перечень услуг для первой категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Сдача вещей в ремонт	
Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг		
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	Способность к коммуникациям с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению и коммуникации с внешним миром
*Здесь и далее в пункте 6: согласно опросам у первой категории нет потребности в содействии в социально-правовых, социально-культурных услугах, поскольку данная категория клиентов удовлетворяет эти потребности самостоятельно		

В таблице 6.5 представлен типовой перечень услуг для клиентов 3 категории, проживающих в благоустроенном жилье.

Необходимо отметить, что для данной категории по фактически имеющимся потребностям перечень специальных социальных услуг должен быть расширен. Так, предлагается включить в перечень социально-бытовых услуг: помощь в дефекации и мочеиспускании, смена калоприемника и мочеприемника, смена памперсов.

Таблица 6.2 – Типовой перечень услуг для первой категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
------------	--------------	----------

Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
Социально-медицинские	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
Социально-психологические	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации с внешним миром
	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	Способность к коммуникациям с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению и коммуникации с внешним миром

Таблица 6.3 – Типовой перечень услуг для второй категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и	
		Способность к самостоятельному передвижению

	непродовольственных товаров первой необходимости	передвижению за пределами жилья
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	Способность к коммуникации с внешним миром
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации
	Сопровождение к врачу	Способность к передвижению за пределами жилья
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации домашнего труда	Способность к коммуникациям с внешним миром

Окончание таблицы 6.3

1	2	3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	Способность к самообслуживанию
	Посещение досуговых мероприятий	Способность к передвижению
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

Таблица 6.4 – Типовой перечень услуг для второй категории

клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	Способность к коммуникации с внешним миром
	Содействие в звонках по телефону	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
Обсуждение заказа для покупки товаров		
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации

Окончание таблицы 6.4

1	2	3
Социально-медицинские	Сопровождение к врачу	Способность к передвижению за пределами жилья
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного	Способность к коммуникациям с внешним миром

	труда	
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	Способность к самообслуживанию
	Посещение досуговых мероприятий	Способность к передвижению
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

Таблица 6.5 – Типовой перечень услуг для **третьей категории клиентов**, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	Способность к коммуникации с внешним миром
	Содействие в звонках по телефону	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Заказ покупки товаров	

Окончание таблицы 6.5

1	2	3
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан. гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения,	Способность к передвижению

	сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, слушание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п. Прогулки	Способность к самообслуживанию
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

В таблице 6.6 представлен типовой перечень услуг для клиентов 3 категории, проживающих в неблагоустроенном жилье.

Если рассматривать условия проживания одинокопроживающих престарелых и инвалидов, обслуживаемых отделением социальной помощи на дому по городу Сарани, то в результате проведения анкетирования по оценке особых обстоятельств жизненной ситуации клиента выяснилось, что в городе Сарань из 165 опрошенных 91,5% (151 человек) людей проживают в собственной квартире (доме), 3 человека (1,8%) проживают в квартире родственника и 11 человек (6,7%) – в жилье, относящемся к государственной коммунальной собственности. Среди них 116 человек (70,3%) проживают одни, 44 человека (26,7%) живут вместе с супругом (супругой) и 5 человек (3%) – с другим членом семьи (близким родственником).

Таблица 6.6 – Типовой перечень услуг для **третьей категории клиентов**, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов	Способность к

	питания и непродовольственных товаров первой необходимости	самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	Способность к коммуникации с внешним миром
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	Способность к передвижению
Социально-психологическое	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	Способность к самообслуживанию
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

Пожилые граждане и инвалиды, проживающие в этих квартирах, испытывают следующие лишения:

- в 11 квартирах (6,7%) отсутствует центральное отопление;
- в 56 квартирах (33,9%) отсутствует газовое отопление;
- в 1 квартире (0,6%) отсутствует холодное водоснабжение;
- в 145 квартирах (87,9%) отсутствует горячее водоснабжение, но при этом большинство из них имеют электроводонагреватели (электрические титаны);
- в 4 квартирах (2,4%) нет теплого туалета с канализацией;
- в 21 квартире (12,7%) отсутствует телефон;
- также жители 21 квартиры (12,7%) испытывают некоторые трудности, чтобы выйти из дома или войти в дом (т.е. нужно спуститься или подняться по высокой лестнице).

Необходимо отметить, что только 10 квартир (6,1%)

оборудованы центральным отоплением, холодным и горячим водоснабжением, канализацией, газовым отоплением, телефонной связью и т.д.

В процессе проведения опроса были выявлены следующие барьеры во внешнем окружении жилища, в которых проживают одинокие пожилые граждане и инвалиды:

- 12 человек (7,3%) ответили, что продуктовый магазин находится далеко от их дома;

- 68 человек (41,2%) отмечают, что почта находится далеко от дома;

- жители 12 квартир (7,3%) считают, что телефон находится далеко от дома;

- медпункт расположен далеко от 96 квартир (58,2%).

Среди опрошенных есть клиенты, не имеющие барьеров в своем внешнем окружении, их количество составляет 54 человека, т.е. 32,7%.

При оценке имущественного положения пожилых граждан и инвалидов были получены следующие результаты: у 5 клиентов (3%) отсутствует холодильник, 17 человек (10,3%) не имеют в своей собственности стиральной машины.

§6.2 Оценка потребностей клиентов, проживающих в условиях села (на материалах Бухар-Жырауского района): типовая модель потребностей и перечень услуг для каждой категории клиентов

Исходя из проведенного пилотного обследования Бухар-Жырауского района Карагандинской области по потребностям благополучателей и нормам трудозатрат социальных работников по оказанию услуг согласно официальному социальному стандарту, можно выделить следующие виды потребностей в услугах по категориям:

1 категория обслуживаемых с минимальными потребностями в специальных социальных услугах.

Уровень потребности в услугах установлен на основе пилотного исследования по оценке самостоятельности клиента и его потребностей в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов первой категории составила 108 человек из 151 опрошенного или 71,5%. В таблице 6.7 представлен типовой перечень услуг для клиентов 1 категории, проживающих в благоустроенном жилье.

Таблица 6.7 – Типовой перечень услуг для первой категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению и коммуникации с внешним миром
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

2 категория обслуживаемых со средними потребностями клиентов в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов второй категории составила 29 человек из 151 опрошенного или 19,2%.

В таблице 6.8 представлен типовой перечень услуг для клиентов 2 категории, проживающих в неблагоустроенном жилье.

Таблица 6.8 – Типовой перечень услуг для второй категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Содействие в топке печей, доставке	

	дров, угля и воды	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие в уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	Способность к коммуникации с внешним миром
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан. гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации
	Сопровождение к врачу	Способность к передвижению за пределами жилья
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение книг	Способность к самообслуживанию
	Посещение досуговых мероприятий	Способность к передвижению
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению

3 категория обслуживаемых с максимальными потребностями в специальных социальных услугах. Численность обслуживаемых престарелых и инвалидов третьей категории составила 14 человек из 151 опрошенного или 9,3%.

В таблице 6.9 представлен типовой перечень услуг для клиентов 3 категории, проживающих в неблагоустроенном жилье.

Если рассматривать условия проживания одиноких престарелых и инвалидов, обслуживаемых отделением социальной помощи на дому по Бухар-Жыраускому району, то исследование показало, что составляет 151 человек.

Оценка жизненной ситуации клиентов показала следующие

результаты: 150 человек (99,34%) проживают в собственном доме (квартире) и 1 только человек (0,66%) проживает в доме (квартире) родственника. Среди них 117 человек (77,48%) проживают одни, 22 человека (14,57%) – с супругом (супругой) и 12 человек (7,95%) – с другим членом семьи.

По благоустройству жилья выяснилось следующее:

- 10 человек (6,62%) живут в жилье, где снабжение электричеством непостоянное;
- отсутствие центрального отопления и горячего водоснабжения наблюдается в 147 квартирах (97,35%);
- в 115 квартирах (76,16%) отсутствует газоснабжение;
- без холодного водоснабжения проживают 62,55% клиентов, т.е. 102 человека;
- в 114 квартирах (75,5%) нет теплого туалета с канализацией;
- у жителей 99 квартир (65,56%) в доме нет телефона;
- 12 человек (7,95%) испытывают некоторые трудности при входе (выходе) в дом (из дома), т.к. нужно спуститься (подняться) по высокой лестнице.

В целом, можно утверждать, что клиенты Бухар-Жырауского района проживают в неблагоустроенном жилье.

В результате анкетирования выяснилось, что существуют некоторые барьеры во внешнем окружении жилья, в котором проживают клиенты. Так, почти каждый второй клиент (80 человек или 52,98%) живет в жилье, от которого далеко расположена колонка с водой. 97 человек (64,24%) отметили, что продуктовый магазин находится далеко от их дома. Почта находится далеко от дома у 104 клиентов (68,87%), а телефон далеко от дома у 98 человек (64,9%). Кроме того, 108 человек (71,52%) живут далеко от медпункта.

Таблица 6.9 – Типовой перечень услуг для третьей категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Критерий
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	Способность к самообслуживанию
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	

	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья
	Сдача вещей в ремонт	Способность к коммуникации с внешним миром
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	Способность к самообслуживанию
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	Способность к коммуникации
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	Способность к передвижению
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	Способность к коммуникации с внешним миром
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	Способность к передвижению
Социально-культурные	Чтение книг	Способность к самообслуживанию
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	Способность к передвижению
	Содействие в устройстве получателей услуг в спец.учреждения	

Имущественное положение одиноких пожилых граждан и инвалидов характеризуется таким образом: только 4 человека (2,65%) не имеют холодильника в доме; у 7,95% (12 человек) жителей нет электрической или газовой плиты для приготовления пищи; у 17 человек (11,26%) отсутствует стиральная машина и 19 человек (12,58%) не имеют приусадебного участка.

ГЛАВА 7. ПРОЕКТ ПРАВИЛ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ

§7.1. Правила оценки потребностей в специальных социальных услугах (включая правила организации, учетную и отчетную документацию)

1. Настоящие правила оценки и определения потребности в специальных социальных услугах (далее – Правила) разработаны в соответствии с Законом Республики Казахстан «О специальных социальных услугах» и определяют потребности в специальных социальных услугах инвалидов и престарелых. В настоящих правилах используются следующие основные понятия:

– способность к самообслуживанию – возможность самостоятельного удовлетворения индивидуальных и гигиенических потребностей в пределах жилья;

– способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья – возможность самостоятельного передвижения за пределами жилья, пользования общественным транспортом;

– способность к коммуникациям с внешним миром – возможность контактировать с окружающим миром путем восприятия, переработки и передачи информации.

– жизненная ситуация клиента – совокупность значимых для человека обстоятельств, определяемых условиями проживания и барьерами внешней среды;

– категория клиента – степень его самостоятельности в удовлетворении основных жизненных потребностей, которая определяет уровень его потребности в специальных социальных услугах (минимальный, средний, максимальный);

– уполномоченный орган в области социальной защиты населения – территориальные органы Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

2. Потребность в специальных социальных услугах в рамках гарантированного объема специальных социальных услуг определяется социальным работником по оценке и определению потребности в специальных социальных услугах. Оценка организуется согласно правилам, представленным в приложении А.

3. Местными исполнительными органами на основе заключения социального работника по оценке потребностей принимается решение о предоставлении специальных социальных услуг.

4. Критериями определения потребностей престарелых и инвалидов в специальных социальных услугах являются:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья;
- способность к коммуникациям с внешним миром;
- жизненная ситуация клиента.

5. Оценка самостоятельности престарелых и инвалидов проводится на основании:

- определения способности к самообслуживанию (приложение Б, блок 1);
- определения способности к самостоятельному передвижению за пределами жилья (приложение Б, блок 2);
- определения способности к коммуникациям с внешним миром (приложение Б, блок 3);
- определения особых обстоятельств жизненной ситуации клиента (приложение Б, блок 4)

6. Социальный работник по оценке определяет категорию клиента по уровню потребностей (приложение В).

7. Результаты обследования социальный работник по оценке заносит в отчетные документы:

- 1) оценка самостоятельности клиента (приложение Г);
- 2) справка об условиях проживания клиента (приложение Д).

8. На основе полученных результатов отделением социальной помощи на дому самостоятельно устанавливается категория клиента и объем социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-культурных, социально-экономических, социально-правовых услуг по образцу типовых перечней услуг для 1,2,3 категорий клиентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

к правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах

Правила организации оценки социальных потребностей

1. Правила организации оценки социальных потребностей. Оценка проводится специально подготовленным работником по оценке для следующих категорий

обслуживаемых лиц:

а) впервые поступающих на услуги специального социального обслуживания на дому;

б) согласно установленной периодичности оценки для разных категорий:

– 1 категория – один раз в год;

– 2 и 3 категории – два раза в год.

в) при резком и значительном изменении состояния здоровья клиентов по сообщению государственного социального работника или другого лица, предоставляющего услуги на дому согласно государственному заказу (НПО или физические лица).

2. Принципы организации оценки социальных потребностей пожилых и инвалидов:

– сочетание устной беседы, наблюдения за состоянием жилья и внешнего вида клиента, практической проверки функциональных лишений клиента (необходимо не только опросить клиента, но и попросить продемонстрировать функциональные возможности (одеться, вскипятить чайник, причесаться и т.п.));

– опора на самостоятельную оценку, а не на буквальное отражение слов клиента;

– объективность оценки – абстрагирование от личного восприятия или субъективного толкования ситуации.

3. Учет мнения социального работника ранее обслуживаемого клиента для формирования полной картины его социальных потребностей.

4. Выявление в ближайшем окружении клиента лиц, которые оказывают или потенциально могут оказать ему услуги по уходу, в том числе патронажного ухода.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

к правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах

Таблица Б1 – Определение самостоятельности клиента

№	Характеристика	Баллы
1	2	3
Блок 1. Способность к самообслуживанию		
1	<i>Гигиенические процедуры (умывание лица и рук, уход за волосами, бритье, чистка зубов и т.д.)</i>	
	1. Может полностью выполнять гигиенические процедуры без посторонней помощи	1
	2. Может выполнять гигиенические процедуры при условии посторонней помощи	2

Продолжение таблицы Б1

1	2	3
	3. Абсолютно не может выполнять самостоятельно гигиенические процедуры, они должны полностью выполняться посторонним человеком	3
2	<i>Способность надевать одежду на верхнюю часть тела (нижнее белье, свитеры, рубашки, застегивание молний и пуговиц), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Может без посторонней помощи доставать одежду из шкафа или другого места, надевать ее и убирать обратно	1
	2. Может одеваться с посторонней помощью	2
	3. Одевание должно полностью выполняться посторонним человеком	3
3	<i>Способность надевать одежду на нижнюю часть тела (нижнее белье, брюки, носки или чулки, обувь), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Может без посторонней помощи доставать одежду и обувь из шкафа или другого места, надевать ее и убирать обратно	1
	2. Может надевать одежду и обувь с посторонней помощью	2
	3. Одевание должно полностью выполняться посторонним человеком	3
4	<i>Мытье всего тела (кроме умывания лица и рук), в том числе с использованием вспомогательных приспособлений</i>	
	1. Самостоятельно может истопить баню и мыться в ней, а также может самостоятельно мыться в ванной или душе	1
	2. Может проводить гигиенические ванны с помощью или под наблюдением постороннего человека	2
	3. Мытье должно полностью осуществляться посторонним человеком	3
5	<i>Пользование туалетом</i>	
	1. Может полностью самостоятельно пользоваться туалетом	1
	2. Может пользоваться туалетом с помощью или под наблюдением постороннего человека, в том числе только ведром или уткой	2
	3. Не может самостоятельно пользоваться ни туалетом, ни ведром, ни уткой	3
6	<i>Перемещение в доме (квартире)</i>	
	1. Может свободно перемещаться, но иногда необходима помощь постороннего человека или палочка	1
	2. Не может перемещаться, но может самостоятельно приподниматься и поворачиваться	2
	3. Полностью прикован к постели, не может совершать никаких движений	3
7	<i>Прием пищи</i>	
	1. Может принимать пищу самостоятельно (в том числе путем искусственного кормления через пищевой зонд)	1
	2. Может принимать пищу с посторонней помощью или под наблюдением	2
	3. Может принимать только искусственное кормление (через пищевой зонд и т.д.) с помощью постороннего человека	3
8	<i>Приготовление пищи</i>	
	1. Может готовить и разогревать готовую пищу	1
	2. Нуждается в предварительно заготовленных полуфабрикатах или может разогреть готовую пищу	2

	3. Не может готовить и разогревать готовую пищу	3
--	---	---

Продолжение таблицы Б1

1	2	3
9	<i>Стирка</i>	
	1. Может самостоятельно выполнять всю необходимую стирку	1
	2. Может самостоятельно стирать только небольшие вещи (ниж. белье, рубашки и т.п.)	2
	3. Не может стирать	3
10	<i>Уборка</i>	
	1. Может самостоятельно выполнять всю необходимую уборку	1
	2. Может самостоятельно выполнять только легкую уборку (вытирание пыли, мытье посуды и т.п.)	2
	3. Не может выполнять никакую уборку	3
11	<i>Прием лекарств, нанесение мазей и подобные лечебные процедуры</i>	
	1. Может самостоятельно принимать нужные (прописанные врачом) лекарства в правильной дозировке и по правильному графику, которые указаны на лекарстве или прописаны врачом	1
	2. Может принимать лекарства при условии, что посторонний человек будет определять дозировку и периодичность приема	2
	3. Может принимать лекарства, только если их будет давать посторонний человек	3
12	<i>Доврачебная помощь (измерение температуры, давления)</i>	
	1. Может самостоятельно выполнять доврачебные процедуры	1
	2. Может выполнять доврачебные процедуры под наблюдением социального работника	2
	3. Нуждается в доврачебной помощи социального работника	3
Средний балл		
Блок 2. Психологическое состояние клиента и способность клиента к коммуникации		
1	<i>Зрение (в том числе с использованием очков, если клиент носит очки)</i>	
	1. Нормальное зрение (может читать названия на лекарствах, газеты, смотреть телевизор)	1
	2. Ухудшенное зрение (не может читать названия на лекарствах, газеты или смотреть телевизор, но видит препятствия при ходьбе и может считать пальцы на руке)	2
	3. Полное отсутствие зрения (не может видеть никакие предметы)	3
2	<i>Слух (в том числе с использованием слухового аппарата, если клиент им пользуется)</i>	
	1. Абсолютно нормальный слух	1
	2. Плохой слух (всегда нужно говорить громко)	2
	3. Абсолютное отсутствие слуха	3
3	<i>Понимание речи на родном языке</i>	
	1. Абсолютно нормальное понимание	1
	2. Плохое понимание (всегда нужно повторять сказанное, использовать для объяснения другие фразы и жесты)	2
	3. Клиент не понимает то, что ему говорят	3
4	<i>Способность говорить и выражать свои мысли на родном языке</i>	
	1. Абсолютно полная способность, но иногда приходится переспрашивать, просить говорить отчетливее	1
	2. Плохая способность (всегда приходится переспрашивать или догадываться, что хочет сказать клиент)	2
	3. Полное отсутствие способности говорить (речь абсолютно лишена какого-либо смысла, или речевая способность полностью парализована)	3

Продолжение таблицы Б1

1	2	3
5	<i>Коммуникации с помощью телефона и других средств</i>	
	1. Свободно пользуется телефоном и другими средствами	1
	2. Может пользоваться телефоном и другими средствами ограниченно (плохо слышит собеседника, плохо говорит, плохо видит цифры и т.п.)	2
	3. Не может пользоваться телефоном и другими средствами	3
6	<i>Потребность в социально-психологической помощи (беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса получателей услуг)</i>	
	1. Нормальная психологическая поддержка	1
	2. Время от времени возникает потребность в повышенной психологической поддержке	2
	3. Постоянная потребность в повышенной психологической поддержке	3
7	<i>Возможность самостоятельного удовлетворения культурных потребностей</i>	
	1. Не нуждается в посторонней помощи при получении социально-культурных услуг	1
	2. Не нуждается в помощи при прочтении книг, газет, но необходимо сопровождение при посещении культурных мероприятий (экскурсий) и организации досуга	2
	3. Все потребности в социально-культурных услугах удовлетворяются с помощью социального работника	3
8	<i>Оформление документов юридического и экономического характера</i>	
	1. Может самостоятельно оформлять документы юридического и экономического характера	1
	2. Может оформлять документы юридического и экономического характера при помощи социального работника	2
	3. Не может самостоятельно оформлять документы юридического и экономического характера	3
9	<i>Способность контролировать свое поведение</i>	
	1. Способен самостоятельно контролировать своё поведение	0
	2. Неспособен самостоятельно контролировать своё поведение	3
Средний балл		
Блок 3. Способность клиента перемещаться за пределами жилища		
1	<i>Передвижение за пределами жилища (для удовлетворения разных потребностей :социально-культурных, экономических, правовых и др.)</i>	
	1. Может самостоятельно ходить и пользоваться лестницей	1
	2. Может ходить и пользоваться лестницей с палочкой или при посторонней помощи	2
	3. Может передвигаться только в инвалидной коляске с посторонней помощью	3
2	<i>Пользование транспортом</i>	
	1. Пользуется собственным автомобилем, мотоциклом или велосипедом (в том числе предназначенным для инвалидов)	1
	2. Может ездить в автомобиле или автобусе	2
	3. Может ездить только в специальном транспорте (например, машине скорой помощи)	3
3	<i>Покупка продуктов и предметов повседневного пользования (мыла и т.п.) и доставка купленного домой</i>	
	1. Может самостоятельно покупать и доставлять купленное домой	1
	2. Нуждается в посторонней помощи для покупки и доставки купленного	2

Окончание таблицы Б1

1	2	3
	3. Не может ни самостоятельно покупать, ни давать поручения на покупку	3
Средний балл		
Блок 4. Особые обстоятельства жизненной ситуации клиента		
<p><i>1. Место проживания</i></p> <p>1.1. Клиент проживает в собственном доме или квартире</p> <p>1.2. Клиент проживает в доме или квартире родственника</p> <p>1.3. Клиент проживает в жилье, относящемся к государственной коммунальной собственности</p> <p>1.4. Клиент проживает в общежитии</p> <p>1.5. Клиент снимает жилье</p> <p><i>2. Благоустройство жилья</i></p> <p>2.1. Непостоянное снабжение электричеством</p> <p>2.2. Отсутствие центрального отопления</p> <p>2.3. Отсутствие газового отопления</p> <p>2.4. Отсутствие холодного водоснабжения</p> <p>2.5. Отсутствие горячего водоснабжения</p> <p>2.6. Отсутствие теплого туалета с канализацией</p> <p>2.7. Отсутствие телефона</p> <p><i>3. Барьеры во внешнем окружении жилища</i></p> <p>3.1. Колонка с водой (колодец) находится далеко от дома</p> <p>3.2. Продуктовый магазин отсутствует в населенном пункте</p> <p>3.3. Продуктовый магазин находится далеко от дома</p>	<p>3.4. Почта отсутствует в населенном пункте</p> <p>3.5. Почта находится далеко от дома</p> <p>3.6. Телефон отсутствует в населенном пункте</p> <p>3.7. Телефон находится далеко от дома</p> <p>3.8. Медпункт отсутствует в населенном пункте</p> <p>3.9. Медпункт находится далеко от дома</p> <p><i>4. Характеристики имущественного положения</i></p> <p>4.1. Отсутствие холодильника</p> <p>4.2. Отсутствие электрической или газовой плиты для приготовления горячей пищи</p> <p>4.3. Отсутствие стиральной машины</p> <p>4.4. Отсутствие приусадебного участка</p> <p><i>3. Клиент постоянно проживает</i></p> <p>5.1. Один</p> <p>5.2. С супругом или сожителем (сожительницей)</p> <p>5.3. С другим членом (членами) семьи</p> <p>5.4. С товарищем (подругой), близким (-ой) по возрасту</p>	

ПРИЛОЖЕНИЕ В
к правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах

Таблица В1 – Характеристики категорий клиентов по уровню потребностей

Границы групп в баллах	Категория	Оценка самостоятельности	Уровень потребностей в ССУ
1 – 1,6	1 категория	Сохранена или частично утрачена	Минимальная потребность в специальных социальных услугах
1,7 – 2,2	2 категория	Значительно утрачена	Повышенная потребность в специальных социальных услугах
2,3 – 3	3 категория	Полностью утрачена	Максимальная потребность в специальных социальных услугах

ПРИЛОЖЕНИЕ Г
к правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах

Таблица Г1 – Оценка самостоятельности клиента (ФИО)

Критерии самостоятельности	Степень	Баллы	Оценка самостоятельности	Категория
1	2	3	4	5
Способность к самообслуживанию	Первая		Способен к самообслуживанию	
	Вторая		Частично способен к самообслуживанию при помощи других лиц	
	Третья		Неспособность к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц	
Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья	Первая		Способность к самостоятельному передвижению, в том числе с помощью вспомогательных средств	

Окончание таблицы Г1

1	2	3	4	5
Способность к самостоятельному передвижению за пределами жилья	Вторая		Способность к самостоятельному передвижению с помощью вспомогательных средств и индивидуального помощника	
	Третья		Неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц	
Способность к коммуникациям с внешним миром	Первая		Нормальная способность к самостоятельному общению, в том числе с помощью вспомогательных средств	
	Вторая		Способность к самостоятельному общению с помощью других лиц	
	Третья		Неспособность к самостоятельному общению	
Итого: среднее значение в баллах			Заключение о категории клиента (первая, вторая, третья)	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д
к правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах

Таблица Д1 – Справка об условиях проживания клиента

Условия проживания	Характеристика
1. Место проживания	
2. Благоустройство жилья	
3. Барьеры во внешнем окружении жилища	
4. Характеристики имущественного положения	
5. Состав домохозяйства	
6. Возможность или фактическое получение услуг от сообщества, где проживает клиент	

§7.2. Должностные обязанности социального работника, выполняющего функцию оценки

(В настоящее время эти функции возложены на консультанта по социальной работе с лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Социальный работник по оценке определяет перечень и объем специальных социальных услуг клиенту согласно стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому.

1.2. Социальный работник по оценке непосредственно подчиняется заведующему отделением социальной помощи на дому (или другой организации надомного обслуживания)

1.3. На должность социального работника по оценке принимаются лица, имеющие высшее образование (по социальной работе, педагогическому профилю) или среднее профессиональное образование (по социальной работе, педагогическому профилю) и стаж работы по специальности или в сфере предоставления специальных социальных услуг не менее 1 года.

2. ОБЯЗАННОСТИ

Социальный работник по оценке потребностей пожилых граждан и инвалидов обязан:

2.1 Знать Конституцию РК, Гражданский кодекс РК , Трудовой кодекс РК, Закон РК «О социальной защите инвалидов», «Положение об органах опеки и попечительства», стандарты оказания специальных социальных услуг и другие нормативные акты в сфере социальной защиты инвалидов и лиц, имеющих льготы; основные принципы организации социально-бытового обслуживания одиноких нетрудоспособных граждан, психологические и физиологические особенности пожилых людей, систему здравоохранения, коммунально-бытового обслуживания, санитарно-гигиенические требования по уходу за престарелыми нетрудоспособными гражданами.

2.2. Осуществлять оценку самостоятельности, устанавливать категорию и уровень потребностей одиноких престарелых граждан и инвалидов в специальных социальных услуг

2.3. На основании проведения процедуры оценки и определения потребности в специальных социальных услугах готовить заключение, в котором определяются категория

получателя, вид услуги и необходимое количество услуг для данной категории граждан.

2.4. Определять возможности организации альтернативных форм ухода за клиентом.

2.5. Давать консультации по социальным и другим вопросам, содействовать в решении вопросов, связанных с оказанием разносторонней помощи лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации.

3. ПРАВА

Социальный работник по оценке имеет право:

3.1. Требовать от престарелых и инвалидов, нуждающихся в обслуживании на дому, предоставления необходимых документов согласно соответствующим постановлений и нормативных актов.

3.2. Требовать от социальных работников по обслуживанию престарелых и инвалидов на дому добросовестного исполнения своих должностных обязанностей.

3.3. Обжаловать действие или указание заведующей отделением социальной помощи на дому у начальника ГУ «Отдел занятости и социальных программ».

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Социальный работник по оценке несет ответственность:

4.1. За своевременное оформление документов и ведение документации отделения социальной помощи на дому.

4.2. За разглашение данных об одиноких престарелых, нетрудоспособных гражданах и инвалидах, полученных в результате учетных и отчетных документов.

4.3. За выполнение настоящей инструкции.

§7.3. Методика оценки качества специальных социальных услуг, включая первичную учетную документацию по оценке качества услуг

Присутствие на рынке специальных социальных услуг альтернативных участников предоставления услуги, таких как НПО или физические лица, предоставляющих специальные социальные услуги по уходу на дому, предполагает усиление контроля за качеством оказываемых ими услуг гражданам. Нами разработана и предлагается для внедрения специальная процедура (технология) оценки качества услуг. В настоящее время эту оценку выполняет заведующий отделением социальной помощи на дому, но специальная методика измерения качества услуги не применяется.

Оценка качества услуг специальных социальных услуг проводится для клиентов 1 категории 1 раз в год, клиентов 2 и 3 категорий 4 раза в год, а также при появлении особых обстоятельств по сообщению клиента или социального работника.

Образец учетного документа по оценке качества представлен ниже.

Оценка качества предоставляемых специальных социальных услуг

Дата проверки _____

1. Данные о работнике по уходу и клиенте

1.1. Ф.И.О. работника по уходу: _____

1.2. Ф.И.О. клиента: _____

1.3. Категория клиента: (например, 1 категория) _____

2. Вопросы к клиенту

2.1. Соблюдение графика и программы по уходу

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
План							
Факт							

2.2. Перечислите клиенту виды работ и отметьте «V» то, что, по словам клиента, выполняется, что не выполняется, и виды услуг, потребность в которых не возникала

Наименование услуг	Выполняется	Не выполняется	Потребность не возникала
1	2	3	4
Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера			
Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды			
Помощь в стирке			
Содействие уборке жилых помещений			

Окончание таблицы перечня видов работ с клиентами

1	2	3	4
Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости			
Сдача вещей в ремонт			
Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг			
Оказание доврачебной помощи (измерение давления и температуры)			
Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)			
Вызов врача на дом			
Беседы, общение, слушание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона			
Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций			

2.3. Удовлетворенность клиента услугами. Зачитайте клиенту каждый вопрос и отметьте «V» вариант ответа клиента

Наименование вопроса	Да	Нет
Когда работник помогает Вам, довольны ли Вы тем, как он/а это делает?		
Чувствуете ли Вы теплое и участливое отношение работника к Вам?		

3. Наблюдение и результаты

3.1. Наблюдение

Объясните клиенту, что Вам необходимо осмотреть квартиру, чтобы убедиться, что социальный работник по уходу хорошо выполняет свою работу, и получите его разрешение на осмотр. Проведите осмотр квартиры в соответствии с показателями таблицы

Показатели для оценки с помощью наблюдения	Верно	Не верно
1	2	3
Качество выполнения бытовых услуг		
Уборка в комнате клиента		
1. В комнате порядок, вещи не разбросаны		
Окончание таблицы показателей по наблюдению за работой соц. работника		
2. Пол чистый и сухой		

3. Нет пыли на мебели		
4. Нет неприятного запаха		
5. Нет помех безопасному передвижению клиента; если клиент лежащий – необходимые предметы достигаемы для него		
Уборка в ванной и туалете		
6. Пол сухой и чистый		
7. Унитаз чистый		
8. Ванная чистая		
9. Умывальник чистый		
10. Нет неприятного запаха		
11. На полу нет посторонних предметов		
Уборка и порядок в кухне		
12. Нет остатков еды в раковине или на кухонном столе		
13. Нет грязной посуды в раковине или на кухонном столе		
14. Нет липких поверхностей (стол, пол)		
15. Нет неприятного запаха		
Стирка		
16. Постельное белье чистое и без пятен		
17. Полотенца, которыми пользуются, чистые		
18. В шкафу есть смена чистой одежды и постельного белья		
Покупка		
19. В доме есть основные продукты с действительным сроком годности		
20. Продукты питания содержатся в соответствии с правилами хранения		
Приготовление пищи		
21. В холодильнике/кухне есть приготовленная еда		
22. Приготовленная пища свежая и выглядит эстетично		
Качество выполнения услуг по персональному уходу		
Персональный уход / Личная гигиена		
1. Одежда клиента чистая, опрятная, без пятен		
2. Кожа чистая и ухоженная		
3. Ногти на руках пострижены		
4. Волосы чистые, причесанные; мужчины побриты		
5. У клиента нет неприятного запаха		

3.2. Результаты оценки при посещении на дому

Критерии	Результаты
<p>Соответствие фактического перечня предоставляемых услуг плановому перечню услуг (за минусом тех услуг, потребность в которых по признанию клиента не возникла), в баллах:</p> <p>0 – все оказанные услуги соответствуют плану 1 – одна услуга социальным работником не оказывается 2 – две и более услуги не оказываются</p>	

Окончание таблицы результатов оценки

<p>Удовлетворенность клиента предоставленными услугами:</p> <p>0 – два ответа положительных 1 – один ответ положительный 2 – два ответа отрицательных</p>	
<p>Качество выполнения бытовых услуг (наблюдение):</p> <p>0 – все ответы отмечены в столбце «верно» 1 – одна или две позиции отмечены в столбце «не верно»</p>	

2 – три и более позиции отмечены в столбце «не верно»	
Качество выполнения услуг по персональному уходу	
0 – все ответы отмечены в столбце «верно»	
1 – одна позиция отмечена в столбце «не верно»	
2 – более двух позиций отмечено в столбце «не верно»	
Итого сумма баллов	

Оценка результатов осуществляется следующим образом:

- если социальный работник набирает 0-1 балл, то результаты работы оцениваются как «удовлетворительные»;
- если социальный работник набирает 2-3 балла, то результаты работы оцениваются как «не вполне удовлетворительные»;
- если социальный работник набирает 4 и более балла, то результаты работы оцениваются как «неудовлетворительные».

4. Замечания и предложения по результатам посещения на дому

4.1. Качество ухода

4.2. Не удовлетворенные потребности клиента (укажите подробно, в чем)

5. Беседа с работником по результатам посещения клиента на дому

(заполняется социальным работником по оценке)

Имя работника _____ Дата беседы _____

Имя проверяющего _____ Должность _____

Положительные стороны работы, отмеченные в ходе проверки

Недостатки/проблемы, обнаруженные в ходе проверки, и план их устранения

Подпись работника по уходу _____

Подпись проверяющего _____

§7.4. Типовой расчет нормативов трудовой нагрузки по выполнению функций оценки потребностей и оценки качества услуг

В настоящее время функции социального работника по оценке выполняет консультант по социальной работе, функции оценки качества специальных социальных услуг выполняет заведующий отделением социальной помощи на дому [19,20].

На проведение **оценки потребностей** клиентов (пожилых граждан и инвалидов) в оказании специальных социальных услуг необходимо 180 минут (3 часа) в городской местности, включая затраты времени на дорогу, и 210 минут (3,5 часа) в сельской местности, включая затраты времени на дорогу. Количество посещений для проведения оценки потребностей клиентов 1 категории – 1 раз в год, 2 и 3 категорий – 2 раза в год.

Таким образом, можно определить объем рабочего времени социального работника по оценке по формуле 1.

$$N_{п} = K_{п1} \times ((C_1 \times (T_{п} + T_{д})) + K_{п2,3} \times ((C_{2,3} \times (T_{п} + T_{д}))) \quad (1),$$

где:

$N_{п}$ – объем рабочего времени социального работника на проведение оценки потребностей в ССУ, минут;

$K_{п1}$ – количество проведения оценок потребностей престарелых и инвалидов 1 категории, раз;

$K_{п2,3}$ – количество проведения оценок потребностей престарелых и инвалидов 2,3 категории, раз;

$C_1, C_{2,3}$ – численность престарелых и инвалидов соответственно 1, 2, 3 категорий;

$T_{п}$ – продолжительность оценки потребностей одного клиента, минут;

T_d – продолжительность заполнения документации по оценке потребностей, минут.

Рассчитаем объем нагрузки на работника, выполняющего функции по оценке потребностей пожилых граждан и инвалидов, на 100 человек, из которых 70% (70 человек) клиенты 1 категории, 30% (30 человек) клиенты 2 и 3 категорий. Согласно результатам пилотного исследования по г.Сарани и Бухар-Жыраускому району, соотношение граждан первой, второй и третьей категории находится в пропорции 70%/30%.

$$N_n = 1 \times ((70 \times (180 + 15)) + 2 \times ((30 \times (180 + 15))) = 25350 \text{ минут}$$

Таким образом, на каждые 100 человек для оценки потребностей в ССУ престарелых и инвалидов необходимо 25350 минут или 2,4 месяца (25350 минут / 60 минут / 8 часов / 22 рабочих дня в месяц = 2,4 месяца).

Аналогично рассчитывается нагрузка на одного социального работника по оценке потребностей, предоставляемых клиентам, проживающих в сельской местности.

Результаты расчетов представлены в таблице 7.1.

Согласно типовым квалификационным характеристикам должностей руководителей, специалистов и других служащих системы социальной защиты и занятости населения и должностной инструкции заведующего отделением социальной помощи на дому по обслуживанию одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан **оценку качества** предоставляемых социальными работниками ССУ может проводить заведующий отделением социальной помощи на дому [19,20].

На проведение оценки качества оказываемых услуг необходимо 60 минут (1 час) в городской местности, включая затраты времени на дорогу, и 90 минут (1,5 часа) в сельской местности, включая затраты времени на дорогу. Количество посещений для проведения оценки качества предоставленных специальных социальных услуг клиентов 1 категории – 1 раз в год, клиентов 2 и 3 категорий – 4 раза в год.

Таблица 7.1 – Результаты расчета объема годовой нагрузки социального работника по оценке

Наименование показателя	Значение показателя	
	город	село
Численность престарелых и инвалидов, человек	100	100
из них: 1 категория, человек	70	70
2 и 3 категория, человек	30	30
Годовой объем рабочего времени, минуты	116160	116160

Объем рабочего времени социального работника по оценке на проведение оценки потребностей в ССУ на 100 человек, минут	25350	29250
Объем рабочего времени социального работника по оценке на проведение оценки потребностей в ССУ на 100 человек, месяцев	2,4	2,8

Таким образом, можно определить объем рабочего времени заведующего отделением для оценки качества по формуле 2.

$$N_k = K_{K1} \times ((C_1 \times (T_k + T_d))) + K_{K2,3} \times ((C_{2,3} \times (T_k + T_d))) \quad (2),$$

где:

N_k – объем рабочего времени заведующего на проведение оценки качества предоставленных ССУ, минут;

K_{K1} – количество проведения оценок качества престарелых и инвалидов 1 категории, раз;

$K_{K 2,3}$ – количество проведения оценок качества престарелых и инвалидов 2,3 категории, раз;

T_k – продолжительность оценки качества предоставления ССУ на одного клиента, минут.

Рассчитаем объем нагрузки заведующего отделением для оценки качества предоставляемых ССУ на 100 человек, из которых 70% (70 человек) клиенты 1 категории, 30% (30 человек) клиенты 2 и 3 категорий. Согласно результатам пилотного исследования по г.Сарани и Бухар-Жыраускому району, соотношение граждан первой, второй и третьей категории находится в пропорции 70%/30%.

$$N_k = 1 \times ((70 \times (60 + 15))) + 4 \times ((30 \times (60 + 15))) = 14250 \text{ минут}$$

Таким образом, на каждые 100 человек для оценки качества предоставленных услуг необходимо 14250 минут или 1,3 месяца (14250 минут / 60 минут / 8 часов / 22 рабочих дня в месяц = 1,3 месяца).

Аналогично рассчитывается нагрузка по проведению оценки качества специальных социальных услуг. Данную оценку проводит заведующий отделением.

Результаты расчетов представлены в таблице 7.2.

Таблица 7.2 – Результаты расчета объема годовой нагрузки заведующего по оценке качества ССУ

Наименование показателя	Значение показателя	
	город	село
Численность престарелых и инвалидов, человек из них: 1 категория, человек	100	100
	70	70
	30	30

2 и 3 категория, человек		
Годовой объем рабочего времени, минуты	116160	116160
Объем рабочего времени заведующего для проведения оценки качества предоставленных ССУ, минут	14250	19950
Объем рабочего времени заведующего для проведение оценки качества предоставленных ССУ, месяцев	1,3	1,9

ГЛАВА 8. РАЗРАБОТКА МОДЕЛЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ (В ТОМ ЧИСЛЕ ВКЛЮЧАЯ ПАТРОНАТНЫЙ УХОД) НА ОСНОВЕ АПРОБИРОВАННЫХ НА ПРАКТИКЕ СХЕМ С УЧЕТОМ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ НАДОМНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, НПО, СЕМЕЙ, ВОЛОНТЕРОВ И ВОЛОНТЕРСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.

§8.1 Модель предоставления специальных социальных услуг на дому престарелым гражданам и инвалидам НПО и волонтерскими организациями

Как было отмечено в параграфе 4.3 «Экономические модели предоставления специальных социальных услуг целевым группам», в Казахстане действует распределительная модель предоставления специальных социальных услуг.

На основе обобщения мирового опыта были определены модели предоставления специальных социальных услуг, которые обладают рядом преимуществ относительно действующей в Казахстане модели, – это усовершенствованная распределительная и клиентская модели. Учитывая существующую в Казахстане нормативно-правовую базу, целесообразнее адаптировать к отечественным реалиям усовершенствованную распределительную модель предоставления специальных социальных услуг. Согласно утвержденному стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения организациями надомного обслуживания могут являться субъекты разных форм собственности. Организации надомного обслуживания могут создаваться и государственными отделениями социальной помощи на дому и НПО.

Как показывает проведенное нами обследование по Карагандинской области, потенциал общественных объединений ограничен, поэтому квалификационные требования, которые можно предъявлять к НПО, должны быть следующими:

– Контингент обслуживаемых на дому не более 20-25 человек.

– Социальный работник по уходу может иметь сертификат о прохождении курсов «Оказание специальных социальных услуг на дому престарелым и инвалидам». Данные курсы могут быть организованы силами НПО, имеющих методический опыт оказания специальных услуг и обучения этим услугам. Такими НПО в Карагандинской области могут быть ОО «Немецкое

общество Wiedergeburt», еврейское ОО «Хэсэд «Мириам», Карагандинский областной комитет – филиал Республиканского общественного объединения (ОКФРОО) «Общества Красного полумесяца РК».

ГУ «Отдел занятости и социальных программ», осуществляющий передачу одинокого или одинокопроживающего престарелого гражданина или инвалида на обслуживание в НПО:

- определяет уровень потребностей в специальных социальных услугах согласно правилам оценки потребностей в специальных социальных услугах и категорию клиента;

- устанавливает перечень специальных социальных услуг для каждого клиента согласно его категории;

- рассчитывает общий объем трудовых затрат на оказание услуг для клиентов с учетом их категории, а также прочих материальных затрат, необходимых для оказания специальных социальных услуг, и определяет сумму, необходимую для выделения из госбюджета для финансирования НПО по государственному социальному заказу;

- проводит оценку качества оказываемых НПО услуг аналогично оценке качества услуг, оказываемых государственным социальным работником, и, при необходимости, корректирует перечень специальных социальных услуг;

Кроме оплаты труда социальный работник по уходу НПО обеспечивается проездными билетами, предметами бытовой химии, вспомогательными материалами, спецодеждой.

Расчет затрат на реализацию типовой модели социального обслуживания на дому НПО представлен в параграфе 9.3.1

Участие волонтеров и волонтерских организаций в оказании услуг ухода на дому престарелым и инвалидам

Фактически волонтерами в сфере ухода на дому должны быть студенты колледжей и университетов специальности «социальная работа» [21]. В реальности ни те, ни другие практику в отделениях ухода на дому не проходят, больница сестринского ухода также отметила отсутствие волонтеров и волонтерских организаций как реальных участников процесса предоставления услуг ухода.

Другими организациями волонтеров, участвующих в оказании услуг по уходу на дому, являются общественные организации религиозного профиля, которые фактически оказывали эти услуги в больнице сестринского ухода, но, как

правило, их помощь не безвозмездна и связана с передачей недвижимого имущества в собственность религиозной организации после смерти клиента.

Волонтерские организации в Карагандинской области, включая наиболее крупное ОО «Инициативная группа волонтеров г.Караганды и г.Темиртау «Шаг навстречу» системного опыта работы с престарелыми инвалидами, тем более с престарелыми на дому не имеют. Они имеют некоторый опыт работы с детьми и взрослыми инвалидами до 25 лет, но не надо дому, а в условиях специализированных комнат в акиматах, в организациях НПО или в социально-медицинских учреждениях.

На текущий момент материально-технический и человеческий потенциал этих обществ может быть задействован для доставки горячих обедов на дом престарелым, подвоз их на благотворительные обеды, то есть фактически для предоставления бесплатных транспортных услуг.

Для взрослых инвалидов могут оказываться услуги индивидуального сопровождения социально-культурного характера (например, театры или парк развлечений и отдыха). Никакой фактической компенсации за свои услуги в настоящее время волонтеры не получают.

§8.2 Апробированные модели патронатного ухода и заботы на дому в реальных условиях (для клиентов с максимальной потребностью в специальных социальных услугах)

Понятие патронатного ухода используется в теории и практике в узком и в широком смысле:

– в узком смысле патронат отождествляется с патронатной семьей или приемной семьей, которая на возмездной основе принимает под свое покровительство пожилого или инвалида, причем пожилой человек может переехать в патронатную семью, а может проживать в собственном жилье, и патронатная семья подселается к нему [22,23,24]. При этом семья, на наш взгляд, является одной из форм патроната, но далеко не единственной его формой.

– в широком смысле под патронатом понимается - покровительство и поддержка на возмездной основе. Если речь идет о патронатном уходе, имеется в виду оказание услуг ухода престарелому или инвалиду в форме наблюдения, содействия и помощи на возмездной основе. В этом случае уход социального работника (государственной или

неправительственной организации) или физического лица за пожилым человеком, нуждающемся в максимальном объеме специальных социальных услуг не менее 8 часов в день на возмездной основе и вне зависимости от факта совместного проживания на одной жилплощади, является патронатным уходом – одной из форм патроната [25,26].

Для 3 категории клиентов с максимальной потребностью в оказании специальных социальных услуг, которые в сравнении с другими категориями нуждаются в расширенных социально-медицинских услугах как по перечню (гигиенический уход и санитарная обработка тела, проведение противопролежневых мероприятий, помощь в приеме пищи, измерении давления, помощь в приеме лекарств и др.), так и по времени предоставления услуги, целесообразно применение модели патронатного ухода.

Согласно проведенному исследованию 78 респондентов, в числе которых социальные работники города Сарань, Бухар-Жырауского района, а также руководители и социальные работники г Астаны, г.Караганды, Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Павлодарской, Атырауской, Костанайской областей проходившие курсы обучения социальных работников в г.Караганда в ОО «Немецкое общество Wiedergeburt», **нужда в патронатном уходе есть у следующих групп населения:**

– Одинокий или одинокопроживающий престарелый, инвалид, испытывающий максимальную потребность в ежедневном уходе в течение дня или круглосуточном уходе.

– Престарелый гражданин, нуждающийся в ежедневном (иногда круглосуточном) уходе и получающий такой уход от родственника не менее 8 часов в день. При этом трудоспособный член домохозяйства не имеет возможности обрести занятость на рынке труда и соответствующие пенсионные и страховые отчисления, не имеет других источников дохода и фактически осуществляет работу по патронатному уходу за престарелым.

– Лицо старше 18 лет, нуждающееся в оказании специальных социальных услуг на дому, фактически в круглосуточном уходе (речь идет взрослом инвалиде). При этом трудоспособный член домохозяйства, оказывающий услуги по уходу, не имеет возможности обрести занятость на рынке труда и соответствующие пенсионные и страховые отчисления, фактически осуществляет работу (трудовую деятельность) по патронатному уходу за взрослым инвалидом (результаты экспертного опроса руководителей социальных отделений на дому и социальных работников приведены в приложении I).

На практике в этих случаях применяются следующие **схемы ухода и оплаты труда услугодателя:**

1. Одинокий или одинокопроживающий престарелый, испытывающий максимальную потребность в ежедневном или круглосуточном уходе помещается:

- в государственное медико-социальное учреждение;
- в частное медико-социальное учреждение, если размер его пенсии позволяет обеспечить его месячное содержание (например, в г.Сарани – 40 тыс.тенге);
- в коммуны из 3-20 человек, созданную по инициативе местного сообщества престарелых (в квартире или доме), где клиент находится под присмотром членов коммуны и приходящего социального работника.

2. Если дочь (или сын) престарелого родителя могут оформить ему инвалидность, то ухаживающий имеет возможность получать оплату за услуги сопровождения [27], в то время как фактически он оказывает услуги патронатного ухода, т.к. его подопечный не выходит из дома. Если в присвоении инвалидности отказывают, то ухаживающий не получает никакой оплаты за свои услуги, и в домохозяйстве из 2 человек он не имеет возможности устройства на работу, а, следовательно, пенсионных и страховых отчислений, стажа.

3. Аналогично родитель лица старше 18 лет (инвалида), имеющего право на услуги по сопровождению, получает оплату за оказание этих услуг, в то время как оказывает услуги по уходу, включающие несколько видов услуг и в том числе услуги по сопровождению. Родители лица старше 18 лет, не имеющего права на услуги сопровождения, не получают за свой труд по патронатному уходу ничего, не смотря на то, что фактически предоставляют полный перечень (за исключением социально-педагогических) таких услуг не менее 8 часов в день, а нередко и круглосуточно.

Исследование потенциала государственных отделений по уходу на дому, потенциала общественного объединения и больницы сестринского ухода Карагандинского ОКФРОО «Общества ого полумесяца РК», потенциала общественных объединений: «Немецкое общество Wiedergeburt», еврейское общество «Хэсэд «Мириам» г.Караганды позволяет сделать вывод, что на базе каждой из этих структур возможна целенаправленная подготовка патронатных работников, имеющих необходимый уровень компетенций и навыков сестринского ухода. Все эти организации имеют опыт теоретической и практической подготовки работников патронатного ухода и реализуют его на практике, проводя курсы обучения социальных работников или в ходе ежедневной деятельности.

При этом:

– ОО «Хэсэд Мириам» обучает своих социальных работников и фактически осуществляет все виды ухода на дому, включая патронатный;

– ОО «Немецкое общество Wiedergeburt» не имеет штата собственных социальных работников, но располагает методологией и опытом обучения услугам социального работника и патронатного ухода;

Карагандинское ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» ранее осуществляло подготовку патронажных сестер, имеет базу для апробации навыков патронажного ухода (больница сестринского ухода и хоспис). В настоящее время общество курсов подготовки патронажных сестер не проводит, клиентов на дому не обслуживает и фактически опытными сестрами предоставляются услуги патронажного ухода только в частном порядке на рынке медицинских услуг. Рыночная ставка оплаты труда патронажной сестры составляет 3500 тенге в день.

Апробированными моделями патронатного ухода и заботы на дому в реальных условиях Казахстана являются следующие:

1. Патронатный уход одинокому или одинокопроживающему пожилому человеку или инвалиду с максимальными потребностями в специальном социальном уходе оказывается социальным работником организации надомного обслуживания государственной формы собственности, но, как правило, непродолжительное время, т.к. такого клиента стараются поместить в государственное медико-социальное учреждение или вышеупомянутую коммуну. Для такого решения имеются две причины:

– завышенные нормативы нагрузки на социального работника, которые не позволяют ему оказывать необходимое внимание и услуги клиенту патронатного ухода в полном объеме;

– отсутствие необходимой медицинской подготовки у социального работника в объеме сестры ухода (патронажной сестры), которая требуется в ряде случаев.

То есть социальный работник, прошедший соответствующую теоретическую и практическую подготовку и имеющий сертификат, например, курсов ОО «Немецкое общество Wiedergeburt», может обслуживать одного клиента, получая оплату труда за услуги патронатного ухода.

Аналогично этому, социальные работники НПО, имеющие соответствующий сертификат, могут оказывать патронажный

уход для клиентов на переданных им для обслуживания участках. Модель апробирована в Казахстане ОО «Еврейского общество «Хэсэд Мириам». Фактически социальные работники общества оказывают своим клиентам такую услугу в объеме максимального патронатного ухода. При этом обязательными процедурами являются прохождение клиентом оценки потребностей и контроль качества оказываемых социальным работником услуг. Процедуры аналогичные процедурам, проводимым для клиентов и работников государственных отделений социальной помощи на дому.

2. Патронатный уход за престарелым человеком в полном объеме оказывается дочерью, сыном или другим близким родственником. При этом экономически активный гражданин не может обрести занятость, т.к. престарелый член семьи требует постоянного ухода, и оставить его даже на 8 часов невозможно.

При этой модели услугодатель либо вообще не имеет дохода, либо в исключительных случаях, оформив для престарелого родителя инвалидность, получает оплату труда за оказание услуги сопровождения [27], но фактически осуществляет патронатный уход. При этом услугополучатель из дома не фактически не выходит, т.к. этого не позволяет состояние его здоровья.

Таким образом, либо ухаживающий родственник не имеет дохода, либо получает от местных органов оплату за услуги сопровождения, т.е. **содержание оплаты труда и фактически оказываемой услуги не соответствуют друг другу.**

Поскольку модель является фактически апробированной, предлагается прохождение для родственника практической подготовки и получение сертификата на патронатное обслуживание, заключение договора с местными исполнительными органами и получение оплаты труда за услуги патронатного ухода из местного бюджета.

В этом случае он может быть внештатным работником государственного отделения социальной помощи на дому. Для экономически активного члена общества целесообразно проводить отчисления в пенсионные и страховые фонды, подсчет стажа работы (трудовая книжка) на основе официального заключения договора на оказание услуг патронатного ухода между отделением социальной помощи на дому и услугодателем.

Кроме этого, фактически осуществляющие уход родственники в 90% случаев являются официальными опекунами или попечителями услугополучателей, что в целом является гарантом их ответственности по отношению к престарелому, нуждающемуся в патронатном уходе.

Обязательными процедурами являются прохождение клиентом оценки потребностей и контроля качества оказываемых ему услуг, аналогичных процедурам, предлагаемым для государственных социальных работников и проводимых работником по оценке отделений социальной помощи на дому.

3. Патронатный уход за одиноким или одинокопроживающим пожилым человеком с максимальными потребностями в уходе оказывается друзьями, соседями или другими членами близживущего сообщества. Данная модель апробирована в ОО «Еврейское благотворительное общество «Хэсэд Мириам», которое нанимает соседей или других членов сообщества для оказания патронатных услуг. В результате пожилой человек, продолжая проживать в своей квартире, получает услуги по уходу на дому от знакомого ему частного услугодателя, что является согласно опросам наиболее комфортным и предпочтительным вариантом по сравнению с другими возможными формами патронатного ухода.

В этом случае, частное лицо также может пройти курсы подготовки патронажных сестер и получать за оплату своего труда из местных бюджетов как физическое лицо, фактически оказывающее услуги патронатного ухода.

Данная модель апробирована нами в сельской местности и является наиболее предпочтительной в условиях отсутствия неправительственных организаций и ограниченности штата социальных работников на местах. Внештатный статус работника по патронатному уходу и определение источником финансирования его деятельности местного бюджета позволяют наиболее гибко учитывать структуру потребностей местного населения и индивидуализировать удовлетворение потребностей в социальных специальных услугах.

В настоящее время это единственный реальный вариант модели разделения ухода и заботы на дому (фостерного ухода) с членами сообщества. Члены сообщества могут считаться волонтерами, т.к. они добровольно берут на себя эти обязанности.

В этом случае также целесообразно, чтобы услугодатели являлись опекунами (попечителями) услугополучателей, что будет являться своего рода гарантией ответственности услугодателя.

4. Патронатный уход за лицом старше 18 лет, имеющим максимальную потребность в специальных социальных услугах на дому, т.е. нуждающимся в патронатном уходе, оказывается матерью, отцом, опекуном или другим приравненным к ним лицом. При этом при достижении 18 лет мать прекращает

получать оплату за воспитание ребенка [28], но в ряде случаев лицо старше 18 лет продолжает нуждаться в ежедневном круглосуточном уходе, т.е. фактически патронатном уходе. В этом случае, при любом составе домохозяйства, один её член, чаще всего мать, заботится об инвалиде и не имеет возможности трудоустройства, а, следовательно, не имеет пенсионных и страховых отчислений.

На основании фактического осуществления услуг ухода за взрослым инвалидом, нуждающимся в патронатном уходе, целесообразно предоставить матери (или замещающему её лицу), независимо от наличия других членов и доходов в домохозяйстве, оплату труда за оказание услуг патронатного ухода за взрослым инвалидом, нуждающимся в таком уходе. При этом необходимо предусмотреть все сопутствующие пенсионные и страховые отчисления.

Необходимо разделить функции между социальным работником организации домашнего обслуживания и матерью (отцом, опекуном, попечителем) лица старше 18 лет, когда на основе оценки потребностей лица старше 18 лет в специальных услугах определяется, что может делать социальный работник. В настоящее время социальные работники фактически предоставляют таким семьям социально-педагогические и социально-культурные услуги, а уходом занимается мать (отец, опекун, попечитель).

5. Модель патроната в форме приемной семьи. Необходимо отметить, что результаты нашего опроса 165 обслуживаемых клиентов в Сарани, 156 клиентов в Бухар-Жырауском районе выявили 1 услугополучателя, желающего перейти в *приемную (или патронатную) семью*. Единственный пример фактического помещения престарелого в приемную (патронатную) семью выявлен в ОО «Еврейское общество «Хэсэд «Мириам», но это помещение состоялось после многолетнего знакомства пожилого и принявшей его семьи. В качестве материальной основы этой модели выступило имущество престарелого гражданина.

Опросы 16 соцработников в Сарани, 17 соцработников в Бухар-Жырауском районе и 45 руководителей отделений социальной помощи на дому или работников соответствующих подразделений местных исполнительных органов из 7 областей Казахстана, проходивших переподготовку для социального работника в ОО «Немецкое общество Wiedergeburt», выявили 2 положительных ответа относительно помещения престарелого в патронатную семью, но в анкетах был указан:

- исключительный характер этого события;
- длительное знакомство – дружба – как предпосылка для такой формы;

– наличие имущественного интереса и факта наличия имущества в качестве стимула при осуществлении модели приемной семьи.

Таблица 8.1 – Модели патронатного ухода на дому (для клиентов с максимальной потребностью в специальных услугах), апробированные на практике и предлагаемые для внедрения.

Виды	Клиент	Услугодатель	Предлагаемое возмещение
Модель обслуживания при отсутствии семьи	Пожилой одинокий или одинокопроживающий человек или инвалид с максимальной потребностью в специальных услугах	Штатный социальный работник государства или НПО	Оплата труда за оказание услуг ухода в объеме максимальной индивидуальной потребности аналогично оплате труда социального работника по уходу при нагрузке - 1 клиент, или исходя из часовой ставки оплаты труда социального работника по уходу согласно отработанных часов
		Физическое лицо из сообщества (соседи, знакомые, дальние родственники, друзья, волонтеры и др.)	
Модель обслуживания в семье	Престарелый под попечительством или опекуном родственника или другого лица	Родственник или представитель сообщества престарелого, который не имеет возможности для занятости на рынке труда, т.к. оказывает услуги круглосуточно	
	Инвалид старше 18 лет за которым ухаживает мать или замещающее её лицо	Мать или замещающее её лицо, которое фактически осуществляет круглосуточный уход за клиентом	

В связи с этим, мы считаем, что возможность осуществления модели приемной (патронатной) семьи в реальной практике определяется наличием имущественного мотива услугодателя и наличия соответствующего стимула у услугополучателя. Если будет принято нормативно – правовое обеспечение такой модели, то оплата за оказание услуг ухода вряд ли сработает как экономический инструмент, будучи единственным материальным стимулом, а главным, но неформальным стимулом останется материально-

имущественный интерес. Таким образом, модель – совместного проживания в реальной практике социальной работы – встречается очень редко, а чаще даже при наличии имущества у престарелого, лицо, осуществляющее уход, проживает отдельно, но посещает услугополучателя и осуществляет услуги в режиме приход-уход.

Согласно вышеизложенному, нами подготовлены положения:

- «О патронатном уходе в Республике Казахстан»;
- «Об организации приемных (патронатных) семей для граждан пожилого возраста и инвалидов».

8.2.1. Положение о патронатном уходе за престарелыми и инвалидами в Республике Казахстан, включая правила оплаты услуг

Проект положения о патронатном уходе за престарелыми и инвалидами включает следующие разделы:

1. Общие положения,
2. Организация передачи престарелых граждан, инвалидов, лиц старше 18 лет на патронатный уход.
3. Определение престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход.
4. Социальные работники по патронатному уходу.
5. Оплата услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином, инвалидом или лицом старше 18 лет, переданным социальному работнику по патронатному уходу.
6. Контроль обслуживания престарелого гражданина или инвалида, переданного на патронатный уход.

К положению о патронатном уходе за престарелыми и инвалидами разработаны правила оплаты услуг по патронатному уходу.

Проект положения о патронатном уходе за престарелыми и инвалидами в Республике Казахстан

1. Общие положения

1. Настоящее положение о патронатном уходе в Республике Казахстан (далее – Положение) разработано в соответствии с законом Республики Казахстан «О специальных социальных услугах», стандартом оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому (далее – Стандарт) и определяет правовые основы организации патронатного ухода

за престарелыми гражданами, инвалидами и лицами старше 18 лет.

2. Под патронатным уходом понимается оказание услуг ухода престарелому человеку, инвалиду, лицу старше 18 лет в форме наблюдения, содействия и помощи на возмездной основе.

3. Патронатный уход предоставляется престарелым гражданам, инвалидам, лицам старше 18 лет, находящимся на учете в отделениях социальной помощи на дому государственной или негосударственной формы собственности.

4. На патронатный уход передаются престарелые граждане, инвалиды или лица старше 18 лет, имеющие максимальные потребности в специальных социальных услугах (включенных в Стандарт) не менее 8 часов в день. Потребность определяется на основе «Положения об оценке потребностей в специальных социальных услугах» консультантом по социальной работе с лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации.

5. На получение услуг патронатного ухода имеют право:

1) одинокие и одинокопроживающие престарелые граждане и инвалиды, не способные самостоятельно себя обслуживать и нуждающиеся по состоянию здоровья в оказании специальных социальных услуг в условиях ухода на дому не менее 8 часов в день;

2) престарелые граждане*, имеющие максимальную потребность в специальных социальных услугах не менее 8 часов в день, находящиеся под опекой или попечительством.

3) лица старше 18 лет, имеющие максимальную потребность в оказании специальных социальных услуг на дому не менее 8 часов в день согласно пункту 5 стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому.

6. Социальный работник по патронатному уходу – это лицо, которому организация надомного обслуживания передала на обслуживание престарелого гражданина, инвалида, лицо старше 18 лет на основании договора об услугах патронатного ухода.

7. Отделение социальной помощи на дому по обслуживанию одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан осуществляет контроль за качеством предоставляемых специальных социальных услуг, анализирует и оценивает деятельность социальных работников по патронатному уходу, имеет право инициировать контракт и расторгнуть его.

2. Организация передачи престарелых граждан,

* При ограниченности бюджетных средств можно использовать трактовку «престарелые граждане в одинокопроживающих семьях из 2 человек»

инвалидов, лиц старше 18 лет на патронатный уход

8. Договор о передаче престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход, заключаемый между лицом, выразившим желание предоставлять патронатный уход, и отделением социальной помощи на дому, и содержит следующее:

1) права и обязанности социальных работников по патронатному уходу;

2) обязанности уполномоченного органа по отношению к социальным работникам по патронатному уходу;

3) основания и последствия прекращения договора.

На каждого престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет, переданного на патронатный уход, составляется отдельный (индивидуальный) договор.

В случае окончания срока договора о передаче престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход продление срока патронатного ухода производится на основании нового договора о патронатном уходе.

9. Отделение (служба) социальной помощи на дому, передающее престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход:

1) проводит подготовительную работу с престарелым гражданином, инвалидом или лицом старше 18 лет по передаче его на патронатный уход;

2) способствует его успешной социальной адаптации;

3) осуществляет подготовку документов для передачи престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход;

4) направляет лицо, желающее стать социальным работником по патронатному уходу на профессиональную подготовку и повышение квалификации на курсы социальных работников по патронатному уходу;

5) оказывает организационно-методическую, психологическую помощь социальному работнику по патронатному уходу;

6) ведет учет престарелых граждан, инвалидов, лиц старше 18 лет, переданных на патронатный уход.

10. Досрочное расторжение договора о патронатном уходе возможно:

1) по инициативе социальных работников по патронатному уходу при наличии уважительных причин (болезнь, изменение семейного или материального положения, отсутствие взаимопонимания с престарелым гражданином и инвалидом, и

другие обстоятельства);

2) по инициативе отделения социальной помощи на дому при выявлении низкого (неудовлетворительного) качества предоставленных специальных социальных услуг патронатного ухода для престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет;

3) в результате переезда социального работника по патронатному уходу в другой населенный пункт.

3. Определение престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход

11. При определении престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход, отделение (служба) социальной помощи на дому руководствуется его интересами, учитывает его этническое происхождение, принадлежность к определенной религии и культуре, родной язык.

12. Передача престарелого гражданина, инвалида, лица старше 18 лет на патронатный уход не влечет за собой возникновения между социальным работником по патронатному уходу и престарелым гражданином, инвалидом, лицом старше 18 лет наследственных правоотношений.

13. Престарелый гражданин, инвалид, лицо старше 18 лет, переданные на патронатный уход, сохраняют право на пенсию, пособия и другие социальные выплаты, а также право собственности на жилое помещение.

14. В случае переезда на постоянное место жительства социального работника по патронатному уходу за пределы республики, области, города, районного центра, села договор о патронатном уходе расторгается.

4. Социальные работники по патронатному уходу

15. Подбор социальных работников по патронатному уходу осуществляется отделением (службой) социальной помощи на дому. Лицом, осуществляющим патронатный уход, может быть штатный социальный работник местных исполнительных органов; внештатный социальный работник, который является опекуном или попечителем престарелого, инвалида или лица старше 18 лет на которого распространяются все нормы пенсионных и страховых отчислений; социальный работник НПО.

16. Социальными работниками по патронатному уходу являются только совершеннолетние лица обоего пола, за исключением:

1) лиц, признанных судом недееспособными или

ограниченно дееспособными;

2) лиц, отстраненных от обязанностей опекуна или попечителя за ненадлежащее исполнение возложенных на него законом обязанностей;

3) лиц, которые по состоянию здоровья не могут выполнять обязанности по уходу;

4) лиц, имеющих на момент обращения непогашенную судимость;

5) лиц, не имеющих на момент обращения постоянного места жительства.

17. При назначении престарелому гражданину, инвалиду, лицу старше 18 лет социального работника по патронатному уходу учитываются: нравственные и иные личные качества социального работника; способность к выполнению обязанностей социального работника по патронатному уходу; отношения между социальным работником по патронатному уходу и престарелым гражданином, инвалидом, лицом старше 18 лет; предыдущий опыт фактически осуществляемого ухода.

18. Для заключения договора о передаче престарелого гражданина, инвалида или лица старше 18 лет на патронатный уход необходимы следующие документы:

1) заявление лица о желании стать социальным работником по патронатному уходу;

2) справка о состоянии здоровья лица, желающего стать социальным работником по патронатному уходу;

3) сведения об отсутствии (наличии) судимости у лица, желающего осуществлять патронатный уход;

4) сведения о том, признавалось ли лицо, желающее осуществлять патронатный уход, недееспособным или ограниченно дееспособным.

19. Социальные работники по патронатному уходу выступают в защиту прав и интересов своих услугополучателей в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах, без специального полномочия.

20. В случае госпитализации социального работника по патронатному уходу, либо длительного его отсутствия по иным уважительным причинам уполномоченные органы заключают договор с другим социальным работником по патронатному уходу на время отсутствия основного социального работника по патронатному уходу.

21. Временное помещение престарелого гражданина или инвалида социальным работником по патронатному уходу в лечебные организации не прекращает права и обязанности социального работника по патронатному уходу в отношении подопечного.

5. Оплата услуг по патронатному уходу за престарелым

**гражданином, инвалидом или лицом старше 18 лет,
переданным социальному работнику по патронатному
уходу**

22. За оказание услуг патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом, лицом старше 18 лет ежемесячно выплачиваются денежные средства в порядке и размере, установленном Правительством Республики Казахстан.

**6. Контроль обслуживания граждан (лиц) инвалида,
переданных на патронатный уход**

23. Уполномоченные органы осуществляют контроль выполнения возложенных на социальных работников по патронатному уходу обязанностей в установленном порядке, аналогичном процедуре оценке качества предоставления специальных социальных услуг на дому.

24. Контроль качества патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом, лицом старше 18 лет осуществляется в виде посещения престарелого гражданина или инвалида, переданного на патронатный уход, с целью проверки качества предоставленных услуг согласно Методике оценки качества специальных социальных услуг на дому. При этом принимается во внимание результат медицинских осмотров престарелого гражданина или инвалида, переданного на патронатный уход.

25. Контроль качества осуществляется один раз в квартал или при экстренной необходимости.

26. При неудовлетворительной оценке качества патронатного ухода договор между лицом, оказывающим патронатный уход, и отделением (службой) социальной помощи на дому аннулируется.

* * *

Принятие положения потребует внесения дополнения в раздел 1 пункт 5 «Стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому».

Абзац 2 подпункта 4 может быть представлен следующим текстом «Престарелым и инвалидам, достигшим пенсионного возраста, имеющим максимальную потребность в специальном социальном уходе не менее 8 часов в день и находящимся под опекой или попечительством».

Проект правил оплаты услуг по патронатному уходу за престарелым, инвалидом, лицом старше 18 лет переданным социальному работнику по патронатному уходу

1. Общие положения

1. Настоящие правила оплаты за услуги по патронатному уходу за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет, переданным социальному работнику по патронатному уходу, разработаны в соответствии со стандартом оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому и определяют порядок и размеры оплаты труда за услуги по патронатному уходу за престарелым гражданином, инвалидом или лицом старше 18 лет (далее — Правила).

2. Оплата труда социального работника по патронатному уходу производится за оказание специальных социальных услуг престарелому гражданину, инвалиду или лицу старше 18 лет, имеющему максимальные потребности в специальных социальных услугах, для предоставления которых необходимо не менее 8 часов в день в рабочие дни и не менее 3 часов в праздничные и выходные дни.

2. Оплата услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином или лицом старше 18 лет, переданному социальному работнику по патронатному уходу

3. Оплата услуг по патронатному уходу осуществляется организацией надомного обслуживания, исходя из расчета размера заработной платы социального работника по уходу согласно системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий, из расчета не менее 8 часов в день в рабочие дни и не менее 3 часов в праздничные и выходные дни (почасовая оплата).

4. Оплата услуг по патронатному уходу за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет выплачивается социальному работнику по патронатному уходу ежемесячно в полном размере организацией надомного обслуживания на основании договора, заключаемого между социальным работником по патронатному уходу и организацией надомного обслуживания, не позднее 15-го числа текущего месяца.

5. Договор с социальным работником по патронатному уходу заключается согласно приложению 1 к настоящим правилам.

6. В случае возникновения обстоятельств, влекущих за собой прекращение оплаты труда социального работника по патронатному уходу, организация надомного обслуживания в течение пяти рабочих дней извещает об этом социального работника по патронатному уходу.

7. В случаях несогласия с решением организации надомного обслуживания о расторжении договора о патронатном уходе и прекращении оплаты за услуги по патронатному уходу за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет, социальный работник по патронатному уходу может обжаловать его в судебном порядке.

3. Основания прекращения оплаты труда за услуги по патронатному уходу за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет, переданным социальному работнику по патронатному уходу

8. Оплата труда социальному работнику по патронатному уходу прекращается по следующим основаниям:

1) передача престарелого, инвалида или лица старше 18 лет в учреждения стационарного типа;

2) отстранение социального работника по патронатному уходу от исполнения своих обязанностей;

3) истечение срока или досрочное расторжение договора;

9. Прекращение оплаты труда производится по решению организации надомного обслуживания с месяца, следующего за месяцем, в котором возникли обстоятельства, влекущие за собой прекращение выплаты.

10. О прекращении оплаты труда за услуги по патронатному уходу престарелому, инвалиду или лицу старше 18 лет социальный работник по уходу извещается организацией надомного обслуживания в месячный срок со дня принятия решения.

4. Заключительные положения

11. Оплата труда, не полученная социальным работником по патронатному уходу по вине организации надомного обслуживания, начисляется и выплачивается за весь прошедший период.

ПРИЛОЖЕНИЕ

к Проекту правил оплаты услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином или лицом старше 18 лет, переданному социальному работнику

Договор о передаче престарелого, инвалида или лица старше 18 лет на патронатный уход социальному работнику

_____ " __ " _____ 20__ г. № _____
(город, район)

1. Организация надомного обслуживания в лице

(должность, фамилия, имя, отчество)

и граждан (-ин, -ка)

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество, паспортные данные, серия, №, кем выдано)

проживающ (-ий, -ая)

(адрес)

– далее именуем (ый, ая) социальный работник по патронатному уходу, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

2. Организация надомного обслуживания передает на обслуживание социальному работнику по патронатному уходу

_____,
(фамилия, имя, отчество)

а социальный работник по патронатному уходу принимает на обслуживание престарелого, инвалида или лица старше 18 лет

(фамилия, имя, отчество паспортные данные престарелого, инвалида или лица старше 18 лет)

и обязуется предоставлять необходимые специальные социальные услуги.

3. Передача престарелого, инвалида или лица старше 18 лет социальному работнику по патронатному уходу оформляется решением организации надомного обслуживания.

Права и обязанности сторон

4. Права и обязанности организации надомного обслуживания, осуществляющей передачу престарелого, инвалида или лица старше 18 лет социальному работнику по патронатному уходу:

- определяет перечень специальных социальных услуг для престарелого, инвалида или лица старше 18 лет переданного на патронатное обслуживание согласно нижеследующему приложению;

- рассматривает изменения в состоянии здоровья престарелых, инвалидов, лиц старше 18 лет не реже одного раза в квартал и при необходимости изменяет перечень специальных социальных услуг;

- осуществляет контроль качества предоставления специальных социальных услуг.

5. Организация надомного обслуживания, обязуется выплачивать заработную плату работнику по патронатному уходу со всеми положенными отчислениями, исходя из установленных норм настоящих Правил.

6. Права и обязанности социального работника по патронатному уходу:

- предоставляет специальные социальные услуги согласно утвержденному перечню не менее 8 часов в рабочий день, не менее 3 часов в выходные и праздничные дни (почасовая оплата);

- извещает организацию надомного обслуживания, об изменениях в потребностях для корректировки перечня специальных социальных услуг.

7. Настоящий договор заключен сроком на _____ и вступает в силу с момента подписания.

8. Срок действия настоящего договора может быть продлен по взаимному согласию сторон за _____ до его истечения.

9. Споры, возникающие между сторонами в процессе исполнения настоящего договора, рассматриваются сторонами в срок _____ после их возникновения в целях выработки согласованного решения, а при недостижении соглашения передаются на разрешение в суд.

Досрочное расторжение договора

10. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно:

- по инициативе социального работника по патронатному уходу при наличии уважительных причин (болезни, отсутствия

взаимопонимания с подопечным, смена места жительства);

– по инициативе организации надомного обслуживания при выявлении низкого (неудовлетворительного) качества предоставленных специальных социальных услуг для престарелого, инвалида или лица старше 18 лет.

11. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

12. При невыполнении условий настоящего договора стороны вправе его расторгнуть (указать условия расторжения договора).

Организация надомного обслуживания
Зав отделением социальной помощи на дому

_____ (фамилия, должность)

подпись _____

Социальный работник по
патронатному уходу

_____ (фамилия, имя отчество)

подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ

Варианты приложения для договора о патронатном уходе

Вариант 1. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом или лицом старше 18 лет, имеющим максимальные потребности в специальных социальных услугах (третья категория), проживающих в благоустроенном жилье*

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты всего (часов в месяц)
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	135,5
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости		8

Окончание таблицы перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода

1	2	3
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	

	Содействие в звонках по телефону	1,8
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	30,5
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны, обтирание, обработка пролежней	
	Проведение процедур (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, слушание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	9
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	10
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	3,5
	Итого	200,7

* Методика и пошаговые расчеты трудозатрат социальных работников при оказании специальных услуг трем категориям граждан представлены в параграфе 6.

Вариант 2. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет, имеющим максимальные потребности в специальных социальных услугах (третья категория), проживающих в городе в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты всего (часов в месяц)
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	153
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	8
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	1,8
Содействие в звонках по телефону		
Помощь в написании и прочтении писем и открыток		
Социально-медицинские	Обсуждение заказа для покупки товаров	30,5
	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны обтирание, обработка пролежней	
	Проведение процедур (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	

Окончание таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет

1	2	3
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	9
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	10
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка	3,5

	жалоб и др.	
	Итого	218,2

Вариант 3. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет, имеющим максимальные потребности в специальных социальных услугах (третья категория), проживающих в селе в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты всего (часов в месяц)
Социально-бытовые	Помощь при мочеиспускании	190
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	7,1
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	1,8
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	

Окончание таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым, инвалидом или лицом старше 18 лет

1	2	3
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	30,2
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны, обтирание, обработка пролежней	
	Проведение	

	процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонаса	9,0
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	0,3
Социально-культурные	Чтение книг	1,0
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,7
	Содействие в устройстве получателей услуг в спец.учреждения	
	Итого	240,1

8.2.2. Положение об организации приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан, включая правила оплаты услуг

Проект положения об организации приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов включает следующие разделы:

1. Общие положения.
2. Обстоятельства, препятствующие организации приемных семей.
3. Организация приемной семьи.
4. Размер и порядок оплаты услуг ухода за престарелым гражданином и инвалидом в приемной семье.
5. Контроль над обслуживанием престарелого гражданина или инвалида, переданного в приемную семью.

К положению об организации приемных (патронатных) семей разработаны правила оплаты услуг ухода за престарелым гражданином или инвалидом проживающим в приемной семье.

Проект положения об организации приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан

1. Общие положения

1. Настоящее Положение об организации приемных семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан (далее – Положение) разработано в соответствии со Стандартом оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому и определяет правовые основы организации патронатного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в приемной семье.

2. Приемная семья для престарелых граждан, инвалидов (далее – приемная семья) – форма патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом, частично, значительно или полностью утратившим возможность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, путем организации совместного проживания и ведения общего хозяйства лица, нуждающегося в постороннем уходе, и лица, изъявившего желание организовать приемную семью, на основании договора об организации приемной семьи с ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» с оплатой услуг патронатного ухода лицу, организовавшему приемную семью.

3. Паспорт приемной семьи – документ, содержащий основную информацию о членах приемной семьи, социально-бытовых условиях проживания приемной семьи.

4. Принципы организации приемных семей:

1) соблюдение прав и законных интересов лиц, нуждающихся в специальных социальных услугах;

2) добровольное принятие лицом, изъявившим желание организовать приемную семью, обязанностей по оказанию специальных социальных услуг лицам, нуждающимся в социальных услугах, и свободный отказ от исполнения этих обязанностей;

3) добровольное согласие лиц, нуждающихся в специальных социальных услугах, на проживание и получение услуг ухода в приемной семье, и свободный отказ от такой формы оказания патронатного ухода.

5. Бюджет приемной семьи – форма образования и расходования денежных средств приемной семьи, предназначенная для общих нужд приемной семьи.

6. ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» оказывают в целях защиты прав и законных интересов консультативную помощь организатору приемной

семьи по правовым, экономическим, социальным, психологическим вопросам.

7. ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» осуществляют контроль над условиями содержания и патронатного ухода за престарелым, инвалидом.

2. Обстоятельства, препятствующие организации приемных семей

5. Организация приемной семьи не допускается:

а) между близкими родственниками (родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами);

б) между усыновителями и усыновленными;

в) в случае, если организация приемной семьи приведет к тому, что общая площадь жилого помещения, являющегося местом совместного жительства лица, нуждающегося в специальных социальных услугах, и лица, изъявившего желание организовать приемную семью, в расчете на каждое лицо, проживающее в данном жилом помещении, окажется меньше нормы площади жилого помещения, установленной органом местного управления для выплаты жилищного пособия;

г) в случае, если лицо, изъявившее желание организовать приемную семью, и (или) члены его семьи страдает (страдают) хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, карантинными инфекционными заболеваниями, активными формами туберкулеза, тяжелыми психическими расстройствами, венерическими и другими заболеваниями, требующими лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, и является (являются) бактерио – или вирусоносителем (вирусоносителями);

д) в случае отсутствия письменного согласия всех совершеннолетних совместно проживающих членов семьи, в том числе временно отсутствующих членов семьи, на проживание лица, нуждающегося в специальных социальных услугах.

3. Организация приемной семьи

6. Организацию приемных семей осуществляет ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым».

7. ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» осуществляет следующие функции по

организации приемных семей:

1) выявляет и осуществляет учет лиц, нуждающихся в социальных услугах, и лиц, изъявивших желание организовать приемную семью;

2) проводит обследование материально-бытового положения лиц, изъявивших желание организовать приемную семью, и лиц, нуждающихся в специальных социальных услугах согласно Приложению 3 к Стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому;

3) рассматривает заявления, представленные документы и принимает решение о возможности заключения договора или о мотивированном отказе в заключении договора при соблюдении требований настоящего положения;

4) заключает договор об организации приемной семьи;

5) контролирует выполнение условий договора об организации приемной семьи;

6) осуществляет текущий контроль за условиями проживания в приемной семье путем посещения приемной семьи не реже одного раза в квартал, предусматривающий оценку условий проживания лица, нуждающегося в специальных социальных услугах, психологической обстановки в приемной семье;

9) проводит подготовку лиц, изъявивших желание организовать приемную семью;

10) оказывает консультативную помощь приемной семье.

8. Лицо, изъявившее желание создать приемную семью, обращается в организацию надомного обслуживания по месту своего жительства или месту жительства лица (лиц), нуждающегося (нуждающихся) в специальных социальных услугах, с письменным заявлением (Приложение 1) о желании организовать приемную семью. В заявлении лицо, изъявившее желание организовать приемную семью, указывает на отсутствие обстоятельств, препятствующих организации приемной семьи, определенных разделом 2 настоящего Положения.

С заявлением лицо, изъявившее такое желание, представляет следующие документы:

1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

2) документы о составе семьи и копии документов, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещением, в котором он зарегистрирован по месту постоянного жительства в случае выбора места проживания приемной семьи у лица, изъявившего желание организовать

приемную семью.

3) справки учреждений здравоохранения о состоянии здоровья и отсутствии у лица, изъявившего желание организовать приемную семью, и всех членов его семьи, совместно с ним проживающих, хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

В случае выбора места проживания приемной семьи у лица, изъявившего желание организовать приемную семью, последнее должно дополнительно представить письменное согласие всех совершеннолетних совместно проживающих членов семьи, в том числе временно отсутствующих членов семьи.

9. Лицо, нуждающееся в специальных социальных услугах, или его законный представитель обращается в ГУ «Организацию надомного обслуживания» по месту своего жительства или жительства лица, изъявившего желание организовать приемную семью, с письменным заявлением о согласии организовать приемную семью (Приложение 2). В заявлении лицо, нуждающееся в специальных социальных услугах, указывает на отсутствие обстоятельств, препятствующих организации приемной семьи, определенных разделом 2 настоящего Положения.

С заявлением лицо, нуждающееся в специальных социальных услугах, представляет следующие документы:

1) копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

2) документы и копии документов, подтверждающих правовые основания владения и пользования жилым помещением, в котором он зарегистрирован по месту постоянного жительства, в случае выбора места проживания приемной семьи у лица, нуждающегося в специальных социальных услугах и согласного организовать приемную семью.

3) справки учреждений здравоохранения о состоянии здоровья и отсутствии у лица, нуждающегося в социальных услугах, хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулеза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

10. Копии документов, указанные в пунктах 8,9 настоящего

раздела, принимаются при предъявлении подлинников документов и заверяются должностным лицом, осуществляющим прием документов.

11. Для рассмотрения вопроса о возможности заключения договора не позднее 10 календарных дней со дня представления всех документов, предусмотренных пунктами 8,9 настоящего раздела, формирует личное дело и проводится обследование материально-бытового положения лица, изъявившего желание организовать приемную семью, и лица, нуждающегося в социальных услугах, по результатам которого составляет акты.

12. Организация надомного обслуживания в срок не позднее 15 календарных дней со дня представления всех документов, предусмотренных пунктами 8,9 настоящей статьи, с учетом актов материально-бытового положения лиц, намеренных организовать приемную семью и согласных её образовать, принимая во внимание личные качества лица, изъявившего желание организовать приемную семью, и членов его семьи, состояние их здоровья, принимает решение о заключении договора об организации приемной семьи или письменно информирует лиц, намеренных организовать приемную семью, о невозможности заключения договора с указанием причин отказа.

13. Договор об организации приемной семьи заключается между организацией надомного обслуживания, лицом, нуждающимся в социальных услугах, и лицом, изъявившим желание организовать приемную семью.

14. В договоре указываются:

- 1) виды социальных услуг;
- 2) порядок и условия осуществления ухода;
- 3) срок, на который лицо, нуждающееся в социальных услугах, принимается в семью;

- 4) порядок внесения и размер взносов членов приемной семьи, включая лиц, нуждающихся в социальных услугах, на питание и ведение общего хозяйства;

- 5) порядок, сроки и размер оплаты патронатных услуг организацией надомного обслуживания лицу, изъявившему желание организовать приемную семью;

- 6) место жительства приемной семьи;

- 7) права и обязанности сторон договора, в том числе порядок образования бюджета приемной семьи;

- 8) основания и порядок прекращения договора.

15. При заключении договора ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» оформляет

паспорт приемной семьи (Приложение 3).

Ежегодно в паспорт приемной семьи вносятся изменения и дополнения, отражающие имущественное положение и состав приемной семьи.

4. Размер и порядок оплаты услуг ухода за престарелым гражданином и инвалидом в приемной семье

16. Оплата услуг по предоставлению специальных социальных услуг ухода за престарелым гражданином, инвалидом организатору приемной семьи осуществляется в порядке и размере, установленными Правительством Республики Казахстан.

5. Контроль над обслуживанием престарелого гражданина или инвалида, переданного в приемную семью

17. ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» осуществляет контроль над выполнением возложенных на лицо, организовавшим приемную семью, обязанностей в установленном порядке, аналогичном оценке качества предоставления специальных социальных услуг на дому.

18. Контроль качества патронажного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, осуществляется в виде:

1) посещения престарелого гражданина, инвалида или лица старше 18 лет, с целью проверки качества предоставленных услуг на реже чем 1 раз в квартал;

2) медицинских осмотров престарелого гражданина, инвалида или лица старше 18 лет переданного на патронажный уход.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Форма заявления от лица, организующего приемную семью

Кому _____
(Ф.И.О. начальника ГУ «Отдел занятости и социальных программ»)

Ф.И.О. лица, организующего приемную семью

Дата рождения

Адрес проживания

Номер телефона (домашний,
мобильный) _____

Совместно проживающие члены семьи (указать Ф.И.О., родство)

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу разрешить организацию совместного проживания и ведение общего хозяйства с

_____ (указать Ф.И.О.)

С порядком и условиями организации приемной семьи ознакомлен(а).

Прилагаю следующие документы:

Ф.И.О., подписи совместно проживающих членов семьи согласных на совместное проживание

Подпись лица, организующего приемную семью _____

Дата «__» ____ 20__ г.

Заявление принял

_____ (указать Ф.И.О. и должность)

Подпись _____

Дата «__» ____ 20__ года

Форма заявления от лица, согласного на проживание в приемной семье

Кому _____
(Ф.И.О. начальника ГУ «Отдел занятости и социальных программ»)

От гражданина _____,
(Ф.И.О. гражданина)

выражающего согласие на организацию совместного проживания и ведение общего хозяйства в приемной семье

Дата рождения _____

Адрес проживания _____

Номер телефона (домашний, мобильный) _____

Категория инвалидности (при наличии) _____

З А Я В Л Е Н И Е

Выражаю согласие на организацию совместного проживания и ведение общего хозяйства с _____
(указать Ф.И.О. лица, организующего приемную семью)

С порядком и условиями получения патронатного ухода в условиях совместного проживания ознакомлен (а).

Подпись лица, выражающего согласие на организацию совместного проживания и ведение общего хозяйства _____ Дата «__» _____ 20__ года

Заявление принял _____
(указать Ф.И.О. и должность)

Подпись _____ Дата «__» _____ 20__ года

Паспорт приемной семьи

1. Ф.И.О. гражданина, принятого в семью _____

1.1. Дата рождения «___» _____ года

1.2. Адрес проживания _____

1.3. Номер телефона _____

1.4. Вид и размер пособия (пенсии)

1.5. Наличие родственников и их места проживания

2. Ф.И.О. лица, организующего приемную семью

2.1. Дата рождения «___» _____ года

2.2. Адрес проживания _____

2.3. Номер телефона _____

2.4. Размер среднемесячной заработной платы _____

2.5. Семейное положение

2.6. Место работы

2.7. Сведения о совместно проживающих членах семьи:

3. Условия проживания жилья для совместного проживания:
_____ (благоустроенное / неблагоустроенное жилье)

_____ (квартира, частный дом, комната в общежитии и другое)

_____ (указать этаж, количество комнат, наличие санузлов, центрального отопления, лифта и так далее)

_____ (другие условия)

Лицо, составившее паспорт

(подпись) (Ф.И.О., должность)

Дата «___» _____ 20__ года

Проект правил оплаты услуг ухода за престарелым гражданином или инвалидом, проживающим в приемной семье, лицу, организовавшему семью

1. Общие положения

1. Настоящие Правила оплаты услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином или инвалидом, проживающим в приемной семье, разработаны в соответствии со Стандартом оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому и определяют порядок и размеры оплаты труда за услуги по патронатному уходу за престарелым гражданином или инвалидом, проживающим в приемной семье (далее — Правила).

2. Оплата услуг патронатного ухода лицу, организовавшему приемную семью, производится за престарелого гражданина или инвалида, имеющего потребности в специальных социальных услугах.

3. Уровень потребностей в специальных социальных услугах престарелого гражданина или инвалида и объем трудозатрат лица, организовавшего приемную семью, определяет ГУ «Отдел занятости и социальных программ», исходя из установленной категории престарелого гражданина или инвалида, переданного в приемную семью:

1 категория – минимальная потребность в специальных социальных услугах;

2 категория – повышенная потребность в специальных социальных услугах;

3 категория – максимальная потребность в специальных социальных услугах.

Категория устанавливается в результате оценки потребностей в специальных социальных услугах на основе Правил оценки специальных социальных потребностей лиц пожилого возраста и инвалидов с учетом условий проживания приемной семьи (благоустроенно/неблагоустроенное, город/село).

2. Оплата услуг патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом в приемной семье

4. Оплата услуг патронатного ухода осуществляется ГУ «Отдел занятости и социальных программ», исходя из расчета размера заработной платы социального работника по уходу в час согласно системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий,

в зависимости от установленного объема трудозатрат лица, организовавшего приемную семью.

5. Оплата услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином, инвалидом выплачиваются ежемесячно в полном размере на основании договора, заключаемого между лицом организовавшим приемную семью и ГУ «Отдел занятости и социальных программ», не позднее 15-го числа текущего месяца.

6. Договор с лицом, организовавшим приемную семью, оформляется согласно приложению 1 к настоящим Правилам.

7. В случае возникновения обстоятельств, влекущих за собой прекращение оплаты патронатных услуг лица, организовавшего приемную семью, ГУ «Отдел занятости и социальных программ» в течение пяти рабочих дней извещает об этом лица, организовавшего приемную семью.

8. В случаях несогласия с решением ГУ «Отдел занятости и социальных программ» об отказе в оплате услуг патронатного ухода, лицо, организовавшее приемную семью может обжаловать его в судебном порядке.

3. Основания прекращения оплаты за услуги по патронатному уходу за престарелым гражданином или инвалидом, переданному социальному работнику по патронатному уходу

9. Оплата услуг по патронатному уходу прекращается по следующим основаниям:

1) передача престарелого гражданина или инвалида в учреждение стационарного типа;

2) отстранение лица, организовавшего приемную семью, от исполнения своих обязанностей;

3) истечение срока или досрочное расторжение договора.

10. Прекращение оплаты услуг патронатного ухода производится по решению ГУ «Отдел занятости и социальных программ», следующего за месяцем, в котором возникли обстоятельства, влекущие за собой прекращение оплаты.

11. О прекращении оплаты услуг по патронатному уходу за престарелым гражданином или инвалидом лицо, организовавшее приемную семью, извещается организацией домашнего обслуживания в месячный срок со дня принятия решения.

4. Заключительные положения

12. Оплата услуг по патронатному уходу, лицу, организовавшему приемную семью, не производящаяся по вине ГУ «Отдел занятости и социальных программ», выплачиваются за весь прошедший период.

ПРИЛОЖЕНИЕ

к проекту правил оплаты услуг патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом проживающим в приемной семье

Договор об организации приемной семьи для престарелого гражданина или инвалида

_____ «__» _____ 20__ г. № _____
(город, район)

1. ГУ «Отдел занятости и социальных программ», в лице

_____ (должность, фамилия, имя, отчество)
и граждан (-ин, -ка)

_____ (фамилия, имя, отчество, № удостоверения личности, кем выдано)
проживающ(-ий, -ая) _____ (адрес)

далее именуем (ый, ая) – лицо, организовавшее приемную семью, и граждан (-ин, -ка)

_____ (фамилия, имя, отчество, № удостоверения личности, кем выдано)
проживающ (-ий, -ая) _____ (адрес)

далее именуем (ый, ая) престарелый гражданин или инвалид заключили настоящий договор о нижеследующем:

Предмет договора

2. ГУ «Отдел занятости и социальных программ», передает на патронатный уход лицу, организовавшему приемную семью _____,
(фамилия, имя, отчество)

а лицо, организовавшее приемную семью, принимает на патронатный уход престарелого гражданина или инвалида _____,
(фамилия, имя, отчество)

и обязуется предоставлять необходимые специальные социальные услуги.

3. Передача престарелого гражданина или инвалида на патронатный уход, лицу, организовавшему приемную семью, оформляется решением ГУ «Отдел занятости и социальных программ».

Права и обязанности сторон

4. Права и обязанности ГУ «Отдел занятости и социальных программ», осуществляющего передачу престарелого гражданина или инвалида на патронатный уход лицу, организовавшему приемную семью:

- определяет перечень специальных социальных услуг для престарелого гражданина или инвалида, переданного на патронатное обслуживание в приемную семью и объем трудозатрат согласно нижеследующему Приложению;

- рассматривает изменения в состоянии здоровья престарелого гражданина или инвалида не реже одного раза в квартал и при необходимости корректирует перечень специальных социальных услуг;

- осуществляет контроль качества предоставления специальных социальных услуг.

5. ГУ «Отдел занятости и социальных программ», обязуется перечислять ежемесячно, не позднее 15 числа предыдущего месяца, на банковский счет лица, организовавшего приемную семью денежные средства за услуги патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, исходя из установленных норм настоящих Правил.

6. Права и обязанности лица, организовавшего приемную семью:

- предоставляет специальные социальные услуги в объеме установленном ГУ «Отдел занятости и социальных программ» согласно потребностям престарелого, инвалида;

- извещает ГУ «Отдел занятости и социальных программ» об изменениях в потребностях для корректировки перечня специальных социальных услуг;

- организует формирование бюджета приемной семьи.

7. Права и обязанности престарелого гражданина или инвалида:

- осуществляет взносы на питание и ведение общего хозяйства в бюджет приемной семьи в размере не менее 75% от ежемесячного дохода.

8. Настоящий договор заключен сроком на _____ и вступает в силу с момента подписания.

9. Срок действия настоящего договора может быть продлен по взаимному согласию сторон за 5 дней до его истечения.

10. Споры, возникающие между сторонами в процессе исполнения настоящего договора, рассматриваются сторонами в срок _____ после их возникновения в целях выработки согласованного решения, а при недостижении соглашения передаются на разрешение в суд.

Досрочное расторжение договора

11. Настоящий договор, может быть, расторгнут досрочно:

– по инициативе лица, организовавшего приемную семью при наличии уважительных причин (болезни, отсутствия взаимопонимания с подопечным, смена места жительства);

– по инициативе ГУ «Отдел занятости и социальных программ» при выявлении низкого (неудовлетворительного) качества предоставленных специальных социальных услуг для престарелого гражданина или инвалида.

12. Договор составлен в трех экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

13. При невыполнении условий настоящего договора стороны вправе его расторгнуть (указать условия расторжения договора).

ГУ «Отдел занятости и социальных программ»

Лицо, организовавшее приемную семью

Престарелый гражданин или инвалид

(фамилия, должность)

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О.)

подпись _____

подпись _____

подпись _____

ПРИЛОЖЕНИЕ

Вариант 1. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, имеющим минимальные потребности в специальных социальных услугах (*первая категория*), проживающим в городе в благоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц	
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживания и гигиенического характера	11,5	
	Помощь в стирке		
	Содействие уборке жилых помещений		
	Социально-бытовые	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	3,7
		Сдача вещей в ремонт	
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,6	
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)		
	Вызов врача на дом		
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	2	
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3	
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4	
Итого:		20,4	

Вариант 2. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, имеющим минимальные потребности в специальных социальных услугах (первая категория), проживающим в городе в неблагоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц
Социально бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	18,5
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	3,7
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,6
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	2
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Итого:		27,4

Вариант 3. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, имеющим повышенные потребности в специальных социальных услугах (вторая категория), проживающим в городе в благоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц		
1	2	3		
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	22,5		
	Содействие в приготовлении пищи			
	Помощь в стирке			
	Содействие уборке жилых помещений			
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	Сдача вещей в ремонт	8,0	
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг		
		Содействие в звонках по телефону		
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	Обсуждение заказа для покупки товаров	1,8	
		Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)		12,1
		Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны		
Проведение процедур (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)				
Вызов врача на дом				
Сопровождение к врачу				
Социально-медицинские	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	0,3		
	Социально-психологические		Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонаса	4,2
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3		

Продолжение таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом

1	2	3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	6,5
	Посещение досуговых мероприятий	
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,8
Итого:		58,6

Вариант 4. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или

инвалидом, имеющим повышенные потребности в специальных социальных услугах (вторая категория), проживающим в неблагоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	29,5
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	8
	Содействие уборке жилых помещений	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
Социально-медицинские	Обсуждение заказа для покупки товаров	12,1
	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	

Продолжение таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом

1	2	3
	Проведение процедур (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
	Сопровождение к врачу	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	4,2
Социально-трудовые	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	6,5
	Посещение досуговых мероприятий	
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,8
Итого:		65,6

Вариант 5. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, имеющим максимальные потребности в

специальных социальных услугах (*третья категория*),
 проживающим в городе в благоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	135,5
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	

Продолжение таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом

1	2	3
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	8
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	
	Содействие в звонках по телефону	1,8
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	30,5
	Сан. гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны обтирание, обработка пролежней	
	Проведение процедур (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонаса	9,0
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	10
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	3,4
	Итого	200,7

Вариант 6. Типовой перечень услуг и нормы трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом, имеющим максимальные потребности в специальных социальных услугах (третья категория), проживающих в городе в неблагоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты всего часов в месяц
1	2	3
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	153
	Помощь при мочеиспускании	
	Смена калоприемника	
	Смена памперсов	
	Содействие в приготовлении пищи	
	Помощь в стирке	
	Содействие уборке жилых помещений	8
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	
	Сдача вещей в ремонт	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	1,9
	Содействие в звонках по телефону	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	
Социально-медицинские	Обсуждение заказа для покупки товаров	30,5
	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	
	Сан. гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны	
	обтирание, обработка пролежней	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	
	Вызов врача на дом	
Социально-психологические	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	9,0
	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонаса	

Окончание таблицы типового перечня услуг и норм трудозатрат патронатного ухода за престарелым гражданином или инвалидом

1	2	3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	10
	Прогулки	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	3,4
	Итого	218,2

§8.3 Модель ухода на дому выездной службы хосписа Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца Республики Казахстан»

Для оказания услуг на дому онкологическим больным, престарелым и инвалидам предлагается организация выездной службы хосписа Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК», что позволит в домашних условиях оказывать услуги паллиативного лечения.

Выездная служба – форма ухода на дому преимущественно за онкологическим больным с выраженным болевым синдромом на тяжелой стадии заболевания (подтвержденного медицинскими документами) и обеспечение их психологического и физиологического комфорта, а также оказание психологической помощи членам их семей и обучение их навыкам ухода за больным.

Основные положения концепции выездной службы хоспис:

- Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи выездной службы хоспис являются больной и его семья.

- Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение.

- Выездная служба обеспечивает амбулаторную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа («хоспис на дому»).

- Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

- Источниками финансирования выездной службы хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций. Поэтому услуги выездной бригады хоспис бесплатны.

Функции выездной службы хоспис:

- Регулярное посещение пациента врачом и медсестрой на дому.

- Паллиативное лечение в условиях домашнего проживания.

- Социально-психологическая реабилитация и поддержка пациента и его родственников.

– Взаимосвязь и преемственность в работе выездной службы со стационаром хосписа, направление в стационар хосписа на госпитализацию.

– Активное наблюдение за пациентами, в том числе выписавшихся из стационара хосписа и онкоцентра, в течение всего терминального периода их жизни на дому.

– Обучение родственников пациента приемам ухода за больным.

Выездная служба имеет следующий состав: заведующий выездной службой, врач, 2 медсестры, психотерапевт, диспетчер, водитель кареты скорой помощи.

Заведующий выездной службой выявляет и ведет учет пациентов. Им определяется количественный и качественный состав выездной бригады в зависимости от типа выезда, ухудшения самочувствия больных, возникновения потребности в симптоматической, социальной, психологической, духовной помощи, необходимости обучения родственников навыками ухода за больным, технике инъекций и другое.

Медицинская сестра обслуживает 4-5 больных в день. Врач посещает больных при постановке на учет и планово один раз в месяц.

Техническое оснащение: карета скорой помощи, автоклав, медикаментозное обеспечение, обеспечение мединструментарием.

ГЛАВА 9. ТИПОВОЙ РАСЧЕТ СТОИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРЕДЛАГАЕМЫХ МОДЕЛЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ

§9.1 Нормы трудозатрат по типовым моделям потребностей пожилых граждан и инвалидов на дому (3 варианта: в условиях благоустроенного и неблагоустроенного жилья в городе, благоустроенного жилья в сельской местности)

Для экономической оценки стоимости предоставления специальных социальных услуг на дому (патронатный уход) можно применить два метода:

– Метод, основанный на трудозатратах социального работника по оказанию услуг ухода на дому согласно Стандарту специальных социальных услуг и его часовой оплате труда.

– Метод, основанный на цене услуги, сложившейся на рынках соответствующих услуг.

Для определения норм трудозатрат социального работника использовались два метода:

– Опытно-статистический метод – базируется на производственном опыте фокус-группы (социальные работники со стажем в г.Сарани и Бухар-Жырауского района, хорошо знающие особенности выполнения тех или иных услуг, исходя из личного опыта определяли среднее количество времени необходимое на выполнение услуги). (Приложение II).

– Аналитический метод – базируется на исследовании затрат времени и оценки их рациональности через проведение наблюдений (применялся выборочно на 10% совокупности клиентов г.Сарани и Бухар-Жырауского района) [29].

По типовым перечням услуг для 1,2,3 категорий клиентов, выявленным, были определены нормы трудозатрат на предоставление специальных социальных услуг для одного клиента (таблицы 9.1-9.9).

Полученные результаты позволяют оценить стоимость предоставляемых специальных социальных услуг, что необходимо для реализации различных организационных форм предоставления специальных социальных услуг.

Таблица 9.1 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг **для первой категории клиентов**, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	3,00	11,5	
	Помощь в стирке	1,00		
	Содействие уборке жилых помещений	7,50		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	2,33	3,7	
		Сдача вещей в ремонт		0,50
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг		0,83
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,33	0,6	
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	0,17		
	Вызов врача на дом	0,08		
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона	2	2	
Социально-трудовые услуги	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации домашнего труда	0,3	0,3	
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4	
Итого нагрузка			20,4	
* Согласно опросам у первой категории нет потребности в социально-правовых, социально-культурных услугах, поскольку данная категория клиентов удовлетворяет эти потребности самостоятельно				

Таблица 9.2 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для первой категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
Социально бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	3,00	18,5	
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	4,50		
	Помощь в стирке	1,00		
	Содействие уборке жилых помещений	10,00		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	Сдача вещей в ремонт	2,33	3,7
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,50	
			0,83	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,33	0,6	
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	0,17		
	Вызов врача на дом	0,08		
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	2	2	
Социально-трудовые услуги	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации домашнего труда	0,3	0,3	
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4	
Итого нагрузка			27,4	
* Согласно опросам у первой категории нет потребности в содействии в социально-правовых, социально-культурных услугах, поскольку данная категория клиентов удовлетворяет эти потребности самостоятельно				

Таблица 9.3 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для второй категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
1	2	3	4	
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	6,00	22,5	
	Содействие в приготовлении пищи	6,00		
	Помощь в стирке	3,00		
	Содействие уборке жилых помещений	7,50		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости		6,67	8,0
		Сдача вещей в ремонт	0,50	
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,83	
	Содействие в звонках по телефону		0,08	1,8
		Помощь в написании и прочтении писем и открыток	0,25	
		Обсуждение заказа для покупки товаров	1,50	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,67	12,1	
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	4,00		
	Проведение процедур (обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	1,33		
	Вызов врача на дом	0,08		
	Сопровождение к врачу	4,50		
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	1,50		
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	4,2	4,2	

Окончание таблицы 9.3

1	2	3	4
Социально- трудовые услуги	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3	0,3
Социально- экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4
Социально- культурные	Чтение газет, книг и т.п.	0,67	6,5
	Посещение досуговых мероприятий	0,50	
	Прогулки	5,33	
Социально- правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,78	0,8
Итого нагрузка			58,6

Таблица 9.4 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для второй категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
1	2	3	4	
Социально- бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	6,00	29,5	
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	4,50		
	Содействие в приготовлении пищи	6,00		
	Помощь в стирке	3,00		
	Содействие уборке жилых помещений	10,00		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров	Сдача вещей в ремонт	0,50	8
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,83	
		Содействие в звонках по телефону	0,08	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	Обсуждение заказа для покупки товаров	0,25	1,8
			1,50	

Окончание таблицы 9.4

1	2	3	4
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,67	12,1
	Сан.-гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	4,00	
	Проведение процедур(обработка ран, закапывание лекарств, нанесение мазей)	1,33	
	Вызов врача на дом	0,08	
	Сопровождение к врачу	4,50	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	1,50	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона	4,2	4,2
Социально-трудовые услуги	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации домашнего труда	0,3	0,3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	0,67	6,5
	Посещение досуговых мероприятий	0,50	
	Прогулки	5,33	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,78	0,8
Итого нагрузка			65,6

Таблица 9.5 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для **третьей категории клиентов**, проживающих в благоустроенном жилье

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц
1	2	3	4
Социально бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	45,00	135,5
	Помощь при мочеиспускании	15,00	
	Смена калоприемника	15,00	
	Смена памперсов	15,00	
	Содействие в приготовлении пищи	30,00	
	Помощь в стирке	8,00	
	Содействие уборке жилых помещений	7,50	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	6,67	8
	Сдача вещей в ремонт	0,50	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,83	
	Содействие в звонках по телефону	0,08	1,8
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	0,25	
	Обсуждение заказа для покупки товаров	1,50	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	1,33	30,5
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны обтирание, обработка пролежней	6,00	
		15,00	
	Проведение процедур (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	3,00	
	Вызов врача на дом	0,17	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	5,00	

Окончание таблицы 9.5

1	2	3	4
---	---	---	---

Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	9,00	9,0
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	1,00	10
	Прогулки	9,00	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	3,44	3,5
Итого нагрузка			200,7

Таблица 9.6 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для **третьей категории клиентов**, проживающих в неблагоустроенном жилье

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
1	2	3	4	
Социально бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	45,00	153	
	Помощь при мочеиспускании	15,00		
	Смена калоприемника	15,00		
	Смена памперсов	15,00		
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	15,00		
	Содействие в приготовлении пищи	30,00		
	Помощь в стирке	8,00		
	Содействие уборке жилых помещений	10,00		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости		6,67	8
		Сдача вещей в ремонт	0,50	
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,83	
		Содействие в звонках по телефону	0,08	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток		0,25	1,8
		Обсуждение заказа для покупки товаров	1,50	

Окончание таблицы 9.6

1	2	3	4
Социально-	Оказание доврачебной	1,33	30,5

медицинские	помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)		
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны	6,00	
	Обтирание, обработка пролежней	15,00	
	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	3,00	
	Вызов врача на дом	0,17	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	5,00	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	9,00	9,0
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	2,40	2,4
Социально-культурные	Чтение газет, книг и т.п.	1,00	10
	Прогулки	9,00	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	3,44	3,5
Итого нагрузка			218,2

Таблица 9.7 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для первой категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье (село)

Вид услуг*	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц
1	2	3	4
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	3,00	32
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	18,00	
Социально-бытовые	Помощь в стирке	1,00	
	Содействие уборке жилых помещений	10,00	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и	3,33	4,4

Окончание таблицы 9.7

	непродовольственных товаров первой необходимости		
	Сдача вещей в ремонт	0,50	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,58	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,33	0,6
	Проведение процедур, связанных со здоровьем (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	0,17	
	Вызов врача на дом	0,08	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	2	2
Социально-трудовые услуги	Консультирование получателей услуг и членов их семей по вопросам организации надомного труда	0,3	0,3
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	0,30	0,3
Итого нагрузка			39,6
* Согласно опросам у первой категории нет потребности в содействии в социально-правовых, социально-культурных услугах, поскольку данная категория клиентов удовлетворяет эти потребности самостоятельно			

Таблица 9.8 – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для второй категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье (село)

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты на услугу в месяц час	Трудозатраты всего в месяц час
1	2	3	4
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	6,00	43
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	18,00	
	Содействие в приготовлении пищи	6,00	7,1
	Помощь в стирке	3,00	
	Содействие в уборке жилых помещений	10,00	
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров	6,00	7,1
	Сдача вещей в ремонт	0,50	
	Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг	0,58	1,8
	Содействие в звонках по телефону	0,08	
	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	0,25	
		Обсуждение заказа для покупки товаров	1,50
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	0,67	6,1
	Сан. гигиенические услуги: обтирание, обливание, гигиенические ванны	4,00	
	Проведение процедур (обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	1,33	

Окончание таблицы 9.8

1	2	3	4
Социально-медицинские	Вызов врача на дом	0,08	1,7
	Сопровождение к врачу	0,18	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	1,50	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тона	4,2	4,2
Социально-трудовые	Консультирование	0,3	0,3

услуги	получателей услуг и членов их семей по вопросам организации домашнего труда		
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	0,30	0,3
Социально-культурные	Чтение книг	0,67	6,5
	Посещение досуговых мероприятий	0,50	
	Прогулки	5,33	
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,1	0,1
Итого нагрузка			71,1

Таблица 9.9. – Нормы трудозатрат на предоставление услуг для **третьей категории клиентов**, проживающих в неблагоустроенном жилье (село)

Вид услуг	По элементам	Трудозатраты на услугу, часов в месяц	Трудозатраты всего, часов в месяц	
1	2	3	4	
Социально-бытовые	Услуги индивидуального обслуживающего и гигиенического характера	45,00	190	
	Помощь при мочеиспускании	15,00		
	Смена калоприемника	15,00		
	Смена памперсов	15,00		
	Содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды	60,00		
	Содействие в приготовлении пищи	22,00		
	Помощь в стирке	8,00		
	Содействие уборке жилых помещений	10,00		
	Покупка и доставка на дом продуктов питания и непродовольственных товаров первой необходимости	6,00	7,1	
		Сдача вещей в ремонт		0,50
		Содействие в оплате жилья и коммунальных услуг		0,58
		Содействие в звонках по телефону		0,08
	Социально-бытовые	Помощь в написании и прочтении писем и открыток	0,25	1,8
		Обсуждение заказа для покупки товаров	1,50	
Социально-медицинские	Оказание доврачебной помощи (вызов врача, измерение давления и температуры)	1,00	30,2	
	Сан.-гигиенические услуги: обливание, гигиенические ванны обтирание, обработка пролежней	6,00		
		15,00		

Окончание таблицы 9.9

1	2	3	4
Социально-медицинские	Проведение процедур(обработка ранок, закапывание лекарств, нанесение мазей)	3,00	
	Вызов врача на дом	0,17	
	Покупка лекарств и изделий медицинского назначения, сдача анализов в лабораторию	5,00	
Социально-психологические	Беседы, общение, выслушивание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненного тонуса	9,00	9,0
Социально-экономические	Содействие в получении льгот, пособий, компенсаций	0,30	0,3
Социально-культурные	Чтение книг	1,00	1,0
Социально-правовые	Помощь в оформлении документов юридического значения; подготовка жалоб и др.	0,06	0,7
	Содействие в устройстве получателей услуг в спец.учреждения	0,66	
Итого нагрузка			240,1

§9.2 Стоимость оказания услуг по трем базовым категориям пожилых клиентов и инвалидов и уровня их потребностей

Для определения стоимости оказания специальных социальных услуг использовались: действующая в Республике Казахстан система оплаты труда работников социального обслуживания; действующая часовая ставка оплаты труда социальных работников еврейского благотворительного общества «ХЭСЭД Мириам».

1. Расчет стоимости оказания услуг на основе действующей в РК системы оплаты труда работников социального обслуживания. С 1 июля 2011 года в Казахстане базовый должностной оклад составил 17697 тенге [30]. Коэффициент равен 1,84 из расчета, что оплата труда социального работника исчисляется по G13, а средний стаж равен 7-9 лет. Согласно

трудоуому законодательству РК количество рабочих часов в месяц составляет в среднем 176 часов [31]. Результаты расчета часовой ставки социального работника, рассчитанной на основе действующей в РК системы оплаты труда работников социального обслуживания, представлены в таблице 9.10.

Таблица 9.10 – Государственная часовая ставка работников социального обслуживания

Показатели	Значения
БДО, тенге	17697
Коэффициент G13	1,84
Заработная плата в месяц, тенге (строка 1 x строка 2)	32562,48
Количество часов в месяц, часы	176
Часовая ставка, тенге (строка 3/строка 4)	185,01

Таким образом, государственная часовая ставка равна 185,01 тенге. В таблице 9.11 представлена стоимость оказания специальных социальных услуг по трем базовым моделям потребностей пожилых клиентов.

Итак, типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов первой категории равна 3774,2 тенге в месяц в благоустроенном жилье; 5069,3 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье; 7326,4 тенге в месяц в сельском населенном пункте; или 858,4, 1147,1, 1665,1 тенге, соответственно, в неделю.

Типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов второй категории равна 10841,6 тенге в месяц в благоустроенном жилье; 12136,7 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье; 13154,2 тенге в месяц в сельском населенном пункте; или 2460,6, 2756,6, 2997,2 тенге, соответственно, в неделю.

Типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов третьей категории равна 41701,3 тенге в месяц в благоустроенном жилье; 48176,6 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье; 56280,0 тенге в месяц в сельском населенном пункте; или 9916,5, 11433,6, 13320,7 тенге в неделю, соответственно.

Включение в нормы нагрузки социальных работников расходов времени на дорогу увеличивает стоимость специальных социальных услуг для лиц первой и второй категорий (таблица 9.12). Для лиц третьей категории затраты времени на дорогу можно не закладывать, так как согласно рассчитанной месячной нагрузке, социальный работник может обслужить только одного клиента третьей категории.

Таблица 9.11 – Нормы нагрузки на социального работника (часы) и удельные затраты труда по категориям клиентов по часовой ставке работника государственной социальной службы (тенге)

	Характеристика жилья	1 категория		2 категория		3 категория	
		в месяц	в неделю	в месяц	в неделю	в месяц	в неделю
Город	Благоустроенное жилье (часы)	20,40	4,64	58,6	13,3	200,7	46,8
	Неблагоустроенное жилье (часы)	27,40	6,2	65,6	14,9	218,2	50,9
Село	Неблагоустроенное жилье (часы)	39,6	9,0	71,1	16,2	240,1	56,0
Город	Благоустроенное жилье (тенге)	3774,2	858,4	10841,6	2460,6	41701,3	9916,5*
	Неблагоустроенное жилье (тенге)	5069,3	1147,1	12136,7	2756,6	48176,6*	11433,6*
Село	Неблагоустроенное жилье (тенге)	7326,4	1665,1	13154,2	2997,2	56280,0*	13320,7*

* рассчитано из расчета 30 рабочих дней, в которых оплата в выходные дни и праздничные, согласно трудовому законодательству РК, осуществляется по двойному тарифу

325

Таблица 9.12 – Нормы нагрузки на социального работника и удельные затраты труда в тенге по часовой ставке соцработника для обслуживания клиентов (с учетом расходов времени на дорогу)

	Характеристика жилья	1 категория		2 категория		3 категория*	
		в месяц	в неделю	в месяц	в неделю	в месяц	в неделю
Город	Благоустроенное жилье (часы)	22,7	5,2	60,9	13,8	200,7	46,8
	Неблагоустроенное жилье (часы)	29,7	6,8	67,9	15,4	218,2	50,9
Село	Неблагоустроенное жилье (часы)	44,8	10,2	76,4	17,4	240,1	56,0
Город	Благоустроенное жилье (тенге)	4199,7	962,1	11267,1	2553,1	41701,3	9916,5
	Неблагоустроенное жилье (тенге)	5494,8	1258,1	12562,2	2849,2	48176,6	11433,6
Село	Неблагоустроенное жилье (тенге)	8288,4	1887,1	14134,8	3219,2	56280,0	13320,7

* данные без учета времени на дорогу

Так, типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов первой категории с учетом расходов времени на дорогу равна 4199,7 тенге в месяц в благоустроенном жилье, 5494,8 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье, 8288 тенге в месяц в сельском населенном пункте или 962,1, 1258,1, 1887,1 тенге в неделю соответственно.

Типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов второй категории с учетом расходов времени на дорогу равна 11267,1 тенге в месяц в благоустроенном жилье, 12562,2 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье, 14134,8 тенге в месяц в сельском населенном пункте или 2553,1, 2849,2, 3219,2 тенге соответственно в неделю.

Исходя из этих расчетов, можно сделать вывод, что действующая нагрузка на социального работника по уходу соблюдается только, если он обслуживает 8 человек 1 категории с наименьшими потребностями в специальных социальных услугах. Во всех других случаях нормативы нагрузки на социального работника занижены и требуют корректировки (таблица 9.13) [32].

Таблица 9.13 – Расчет норм нагрузки на социального работника согласно фактическим трудовозатратам

	Характеристика жилья	1 категория		2 категория		3 категория	
		В месяц часов	Число обслуживаемых, чел.	В месяц часов	Число обслуживаемых, чел.	В месяц часов	Число обслуживаемых, чел.
Город	Благоустроенное жилье	22,7	8	60,9	3	200,7	1
	Неблагоустроенное жилье	29,7	6	67,9	3	218,2	1
Село	Неблагоустроенное жилье	44,8	4	76,4	2	240,1	1
* Объем рабочего времени работника по уходу 176 часов в месяц							

2. На основе действующей часовой ставки оплаты труда социальных работников еврейского благотворительного общества «ХЭСЭД Мириам». Действующая часовая ставка социальных работников еврейского благотворительного общества «ХЭСЭД Мириам» составляет 380 тенге. Используя часовые нормы нагрузки социального работника таблицы 9.12, рассчитаем стоимость оказания специальных социальных услуг по трем базовым моделям потребностей пожилых клиентов

(таблица 9.14).

Таблица 9.14 – Нормы нагрузки на социального работника и удельная стоимость труда по категориям (с учетом расходов времени на дорогу)

	Характеристика жилья	1 категория		2 категория		3 категория	
		в месяц	в неделю	в месяц	в неделю	в месяц	в неделю
Город	Благоустроенное жилье (часы)	22,7	5,2	60,9	13,8	200,7	46,8
	Неблагоустроенное жилье (часы)	29,7	6,8	67,9	15,4	218,2	50,9
Село	Неблагоустроенное жилье (часы)	44,8	10,2	76,4	17,4	240,1	56,0
Город	Благоустроенное жилье (тенге)	8626	1976	23142	5244	85652*	20368*
	Неблагоустроенное жилье (тенге)	11286	2584	25802	5852	98952*	23484*
Село	Неблагоустроенное жилье (тенге)	17024	3876	29032	6612	115596*	27360*

*рассчитано из расчета 30 рабочих дней, в которых оплата в выходные дни и праздничные, согласно трудовому законодательству РК, осуществляется по двойному тарифу

Так, типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов первой категории равна 8626 тенге в месяц в благоустроенном жилье, 11286 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье, 17024 тенге в месяц в сельском населенном пункте или 1976, 2584, 3876 тенге в неделю соответственно.

Типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов второй категории равна 23142 тенге в месяц в благоустроенном жилье; 25802 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье; 29032 тенге в месяц в сельском населенном пункте; или 5244, 5852, 6612 тенге, соответственно, в неделю.

Типовая стоимость специальных социальных услуг для клиентов третьей категории равна 85652 тенге в месяц в благоустроенном жилье; 98952 тенге в месяц в неблагоустроенном жилье; 115596 тенге в месяц в сельском населенном пункте; или 20368, 23484, 27360 тенге в неделю, соответственно.

Полученные результаты позволят реализовать политику деинституционализации социального обслуживания одиноких престарелых и инвалидов, через привлечение НПО и модели патронатного ухода, так как в этом случае требуется достаточно точное определение объема передаваемых работ (услуг) и их стоимости.

§9.3. Типовой расчет стоимости для моделей оказания специальных социальных услуг на дому

9.3.1. Модель обслуживания негосударственной организацией надомного обслуживания (НПО)

В условиях города поставкой специальных социальных услуг могут заниматься НПО, которые обладают соответствующими квалификационными характеристиками и могут осуществлять уход. Опыт фактического оказания услуг населению в г.Караганде имеет ОО Еврейское общество «Хэсэд Мириам», которое располагает методиками и длительным опытом работы оказания специальных социальных услуг на дому, и ОО «Немецкое общество «WIEDERGEBURT», которое располагает методиками и навыками технологии социального ухода, но своих работников в настоящее время не имеет.

Рассмотрим модель привлечения НПО для обслуживания в городе участка из 20 человек, из которых 15 человек (75%) лица первой категории, 3 человека (15%) лица второй категории и 2 человека (10%) лица третьей категории.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для первой категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье**, необходимы услуги в объеме 22,7 часа в месяц, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 15,2 часа (910 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 0,6 часа (35 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 2,3 часа (135 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- расход времени на дорогу 2,3 часа (135 минут) в месяц.

Общая стоимость предоставления данных услуг для одного клиента первой категории 4199,7 тенге.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для второй категории клиентов, проживающих в благоустроенном**

жилье необходимы услуги в объеме 60,9 часов в месяц из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 32,3 часа (1940 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 12,1 часа (725 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 4,5 часа (270 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 6,5 часа (390 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 0,8 часа (47 минут) в месяц;
- расход времени на дорогу 2,3 часа (135 минут) в месяц.

Общая стоимость предоставления данных услуг для одного клиента второй категории 11267,1 тенге.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для третьей категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье** необходимы услуги в объеме 200,7 часов в месяц, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 145,3 часа (8720 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,5 часа (1830 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 10,0 часов (600 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 3,5 часа (206,3 минуты) в месяц.

Общая стоимость предоставления данных услуг для одного клиента третьей категории 41701,3 тенге.

Исходя из имеющихся норм рассчитаем количество социальных работников, необходимых для обслуживания данного участка (таблица 9.15).

Итак, для обслуживания данного участка необходимо 5 социальных работников. Двое из них будут обслуживать по одному клиенту третьей категории. При этом часовая нагрузка в месяц составит по 200,7 часов, размер заработной платы составит 41701,3 тенге.

Таблица 9.15 – Распределение нагрузки по социальным работникам

ФИО социального работника	Количество клиентов и объем нагрузки						Всего клиентов (человек)	Нагрузка социального работника в месяц, (часы)	Величина заработной платы (тенге)
	1 категория		2 категория		3 категория				
	Количество клиентов (человек)	Объем нагрузки (часы)	Количество клиентов (человек)	Объем нагрузки (часы)	Количество клиентов (человек)	Объем нагрузки (часы)			
1.					1	200,7	1	200,7	41701,3
2.					1	200,7	1	200,7	41701,3
3.	5	113,5	1	60,9			6	174,4	32265,7
4.	5	113,5	1	60,9			6	174,4	32265,7
5.	5	113,5	1	60,9			6	174,4	32265,7
Итого по участку							20	924,6	180199,7
* Стандартный месячный фонд рабочего времени 176 часов, часовая ставка государственного социального работника 185,01 тенге									

Трое социальных работников будут обслуживать по 5 клиентов первой категории и по 1 клиенту второй категории. Общая часовая нагрузка на каждого социального работника в месяц составит по 174,4 часа, размер заработной платы составит 32265,7 тенге. Таким образом, общий фонд заработной платы социальных работников по уходу составит 180199,7 тенге в месяц.

Кроме того, для координации деятельности социальных работников в НПО необходим менеджер по организации и контролю оказание специальных социальных услуг. На участке из 20 обслуживаемых заработная плата менеджера может составлять 50% заработной платы социального работника, то есть около 36040 тенге в месяц.

В целях обеспечения высокого качества предоставления ССУ социального работника обеспечивают:

- предметами бытовой химии и вспомогательными материалами (таблица 9.16);
- специальной патронажной сумкой (таблица 9.17);
- проездным билетом.

Таблица 9.16 – Нормы расхода на одного клиента предметов бытовой химии и вспомогательных материалов в месяц

Наименование	Ед. изм.	Количество операций в месяц, (раз)	Количество материалов на одну операцию	Количество материалов в месяц	Цена за 1 единицу материала (тенге)	Итого расходы в месяц (тенге)	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8
Стиральный порошок	гр.	2	75	150			Стирка в стиральной машине 2 р/м
Итого:				150	0,6	90	
Чистящий порошок	гр.	4,5	10	45			Раковина в кухне – 1 раз в нед.
	гр.	4,5	10	45			Раковина в ванн. ком. – 1 раз в нед.
	гр.	4,5	40	45			Ванна – 1 раз в нед.
	гр.	4,5	10	45			Кух. утварь – 1 раз в нед.

Окончание таблицы 9.16

1	2	3	4	5	6	7	8
Чистящий порошок	гр.	4,5	10	45			Газ.плита – 1 раз в нед.
	гр.	4,5	10	45			Холодильник – 1 раз в нед.
Итого:				370	0,4	148	
Жидкость хозяйственная моющая	мл.	4,5	20	90			Мытье пола 1 раз в нед.
	мл.	4,5	20	90			Мытье кафеля 1 раз в нед.
	мл.	4,5	20	90			Мытье окрашен. стен 1 раз в нед.
Итого:				270	0,7	189	
Жидкость для мытья унитаза	мл.	4,5	20	90			1 раз в нед.
Итого:				90	0,62	55,8	
Губка в жесткой оплетке	шт.			2	45	90	1 шт.– кухня; 1 шт. – сан.узел
Перчатки резиновые хозяйственные	пара			2	90	190	1 пара–кухня; 1 пара–сан.узел
Тряпки для уборки поверхностей	шт.			2	100	200	1 шт.–пыль; 1 шт. – пол
Халат	шт.			1	2500	500	1 халат на 3 месяца
Крем для рук	шт.			1	130	130	Один раз в месяц – для работника по уходу
Мыло для рук	шт.			1	68	68	
ВСЕГО					1660,8		

Таким образом, стоимость услуг по каждой категории граждан увеличится на 1660,8 тенге. Общие расходы на предметы бытовой химии и вспомогательные материалы на участок из 20 человек составят 33216 тенге (1660,8 тенге x 20 человек = 33216 тенге).

В специальную социальную сумку социального работника по уходу на дому предлагается включить следующее:

– вспомогательные медицинские средства: градусник, тонометр, клизмы, стерилизаторы, ушные палочки, грелка, бинты (эластичные, марлевые), марганцовка, ножницы, перчатки медицинские;

– канцелярские предметы: ручки, карандаши, записные книжки.

Таким образом, расходы на 1 специальную социальную сумку социального работника по уходу на дому составят 6694 тенге. На

участок из 20 человек, где будут работать 5 социальных работников, расходы на специальную социальную сумку составят 33470 тенге (6694 тенге x 5 человек = 33470 тенге).

Также для организации качественной работы социального работника обеспечивают проездным билетом, стоимость которого составляет в г. Караганде 5000 тенге. На участок из 20 человек, где будут работать 5 социальных работников, расходы проездные билеты составят 25000 тенге (5000 x 5 человек = 25000 тенге).

Таблица 9.17 – Содержание и стоимость специальной социальной сумки социального работника по уходу на дому

Наименование	Количество	Цена (тенге)	Итого расходы (тенге)
Медицинские средства			
Градусник (шт.)	1	145	145
Тонометр (шт.)	1	2600	2600
Клизма (шт.)	1	200	200
Стерилизаторы (спирт (50 гр. флакончик))	3	28	84
Ушные палочки (шт.)	20	41	820
Грелка (шт.)	1	700	700
Бинты марлевые (шт.)	5	55	275
Бинты эластичные (шт.)	5	180	900
Марганцовка (шт.)	5	30	150
Ножницы (шт.)	1	250	250
Перчатки медицинские (шт.)	30	15	450
Канцелярские предметы			
Ручки (шт.)	2	25	50
Карандаши (шт.)	2	20	40
Записные книжки (шт.)	1	300	30
Расходы на 1 сумку, тенге			6694
Всего расходы на 5 человек социальных работников, тенге			33470

В целом, для организации социального обслуживания на дому участка из 20 человек, из которых из которых 15 человек – лица первой категории; 3 человека – лица второй категории; 2 человека – лица третьей категории, необходимо 307925,7 тенге в месяц (таблица 9.18).

Таблица 9.18 – Общие расходы на организацию социального обслуживания на дому участка из 20 человек (тенге) в месяц

Фонд заработной платы		Расходы, тенге			Всего, тенге
Менеджер по организации и контролю	Соц. работник по уходу	Предметы СМИ и вспомогательными материалами	Спец. социальная сумка	Проездной билет	
36040	180199,7	33216	33470	25000	307925,7

9.3.2. Модель патронатного ухода на дому за престарелыми, инвалидами, лицами старше 18 лет

Согласно разработанному Положению о патронатном уходе

социальный работник по патронатному уходу – это лицо, которому организация надомного обслуживания, передала на обслуживание престарелого гражданина, инвалида, лицо старше 18 лет, имеющее максимальные потребности в специальных социальных услугах не менее 8 часов в день. Согласно этим условиям клиент соответствует третьей категории.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для третьей категории клиентов, проживающих в благоустроенном жилье**, в городе необходимы услуги в объеме 200,7 часа в месяц из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 145,3 часов (8720 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,5 часов (1830 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 10,0 часов (600 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 3,5 часа (206,3 минуты) в месяц.

Исходя из часовой ставки государственного социального работника, рассчитанной в пункте 6.2 в размере 185,01 тенге, общая стоимость предоставления данных услуг, для одного клиента третьей категории 41701,3 тенге.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для третьей категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье в городе**, необходимы услуги в объеме 218,2 часа в месяц из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 162,8 часов (8770 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,5 часов (1830 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 10,0 часа (600 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 3,5 часа (206,3 минуты) в месяц.

Исходя из часовой ставки государственного социального работника, рассчитанной в пункте 6.2 в размере 185,01 тенге,

общая стоимость предоставления данных услуг для одного клиента третьей категории 48176,6 тенге.

Согласно разработанному типовому перечню услуг **для третьей категории клиентов, проживающих в неблагоустроенном жилье в селе** необходимы услуги в объеме 240,1 часов в месяц из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 198,9 часа (11935 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,2 часа (1810 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часа (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 1 часа (60 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 0,3 часа (18 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 0,7 часа (43,2 минут) в месяц.

Исходя из часовой ставки государственного социального работника, рассчитанной в пункте 6.2 в размере 185,01 тенге, общая стоимость предоставления данных услуг, для одного клиента третьей категории 56280,0 тенге.

В таблице 9.19 представлены нормы нагрузки и стоимость услуг патронатного ухода в месяц в зависимости от места проживания клиента.

9.3.3. Модель приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан

Согласно Положению об организации приемных (патронатных) семей для престарелых граждан, инвалидов в Республике Казахстан приемная семья для престарелых граждан, инвалидов – форма патронатного ухода за престарелым гражданином, инвалидом частично, значительно или полностью утратившим возможность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности путем организации совместного проживания и ведения общего хозяйства лица, нуждающегося в постороннем уходе, и лица, изъявившего желание организовать приемную семью, на основании договора об организации приемной семьи с ГУ «Отделение социальной помощи на дому инвалидам и престарелым» с оплатой услуг патронатного ухода лицу, организовавшему приемную семью. Таким образом, организовать приемную семью можно с престарелыми гражданами и инвалидами разных категорий.

Таблица 9.19 – Нормы нагрузки и стоимость услуг патронатного ухода в зависимости от места проживания клиента, часы и тенге в месяц

Тип населенного пункта	Характеристика жилья	Расходы в месяц
Город	Благоустроенное жилье (часы)	200,7
	Неблагоустроенное жилье (часы)	218,2
Село	Неблагоустроенное жилье (часы)	240,1
Город	Благоустроенное жилье (тенге)	41701,3
	Неблагоустроенное жилье (тенге)	48176,6
Село	Неблагоустроенное жилье (тенге)	56280,0

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом первой категории, в условиях благоустроенного жилья в городе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 3774,2 тенге в месяц за объем услуг 20,4 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 15,2 часа (910 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 0,6 часа (35 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 2,3 часа (135 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом второй категории, в условиях благоустроенного жилья в городе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 10841,6 тенге в месяц за объем услуг 58,6 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 32,3 часа (1940 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 12,1 часа (725 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 4,5 часа (270 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 6,5 часов (390 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 0,8 часа (47 минут) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом третьей категории, проживающих в благоустроенном жилье в городе, то расходы на оплату труда

социального работника по уходу составят 41701,3 тенге в месяц за объем услуг 200,7 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 145,3 часа (8720 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,5 часов (1830 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 10,0 часа (600 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 3,5 часа (206,3 минуты) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом первой категории, в условиях неблагоустроенного жилья в городе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 5069,3 тенге в месяц за объем услуг 27,4 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 22,2 часа (1330 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 0,6 часа (35 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 2,2 часа (135 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом второй категории, в условиях неблагоустроенного жилья в городе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 12136,7 тенге в месяц за объем услуг 65,6 часов, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 39,3 часа (2360 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 12,1 часа (725 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 4,5 часа (270 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 6,5 часов (390 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 0,8 часа (47 минут) в месяц;

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом третьей категории, проживающих в неблагоустроенном жилье в городе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 48176,6 тенге в месяц за объем услуг 218,2 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 162,8 часа (9770 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 30,5 часов (1830 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 10,0 часов (600 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 2,4 часа (144 минуты) в месяц;
- социально-правовые услуги в объеме 3,5 часа (206,3 минуты) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом первой категории, в условиях неблагоустроенного жилья в селе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 7326,4 тенге в месяц за объем услуг 39,6 часа, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 36,4 часа (2185 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 0,6 часа (35 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 2,3 часа (135 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 0,3 часа (18 минут) в месяц.

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом второй категории, в условиях неблагоустроенного жилья в селе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 13154,2 тенге в месяц за объем услуг 71,1 часов, из них:

- социально-бытовые услуги в объеме 51,9 часа (3115 минут) в месяц;
- социально-медицинские услуги в объеме 7,8 часа (465,8 минут) в месяц;
- социально-психологические услуги в объеме 4,5 часа (270 минут) в месяц;
- социально-культурные услуги в объеме 6,5 часов (390 минут) в месяц;
- социально-экономические услуги в объеме 0,3 часа (18 минут) в месяц.

минуты) в месяц;

– социально-правовые услуги в объеме 0,1 часа (7,2 минуты) в месяц;

Если лицо планирует организовать семью с престарелым гражданином и инвалидом третьей категории, проживающих в неблагоустроенном жилье в селе, то расходы на оплату труда социального работника по уходу составят 56280 тенге в месяц за объем услуг 240,1 часов, из них:

– социально-бытовые услуги в объеме 198,9 часа (11935 минут) в месяц;

– социально-медицинские услуги в объеме 30,2 часа (1810 минут) в месяц;

– социально-психологические услуги в объеме 9,0 часов (540 минут) в месяц;

– социально-культурные услуги в объеме 10,0 часов (600 минут) в месяц;

– социально-экономические услуги в объеме 0,3 часа (18 минут) в месяц;

– социально-правовые услуги в объеме 0,7 часа (43,2 минуты) в месяц.

В таблице 9.20 представлены нормы нагрузки и стоимость ССУ, предоставляемых престарелому гражданину или инвалиду в приемной семье в месяц в зависимости от места проживания клиента и его категории.

9.3.4. Модель ухода на дому за онкологическими больными выездной службы хосписа Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца Республики Казахстан»

Одной из форм ухода на дому является выездная служба хосписа. Данная служба ориентирована преимущественно на уход за онкологическим больным с выраженным болевым синдромом на тяжелой стадии заболевания (подтвержденного медицинскими документами).

Услуга хосписа на дому является необходимым дополнением к основному специальному социальному уходу для онкологического больного и предоставляется для клиента бесплатно.

Таблица 9.20 – Нормы нагрузки и стоимость ССУ в приемной семье, часы и тенге в месяц

Условия проживания	Категория престарелого гражданина, инвалида	Объем ССУ в часах	Оплата труда за оказанные ССУ в приемной семье, тенге
--------------------	---	-------------------	---

Благоустроенное жилье в городе	1 категория	20,4	3774,2
	2 категория	58,6	10841,6
	3 категория	200,7	41701,3
Неблагоустроенное жилье в городе	1 категория	27,4	5069,3
	2 категория	65,6	12136,7
	3 категория	218,2	48176,6
Неблагоустроенное жилье в сельской местности	1 категория	39,6	7326,4
	2 категория	71,1	13154,2
	3 категория	240,1	56280

Выездная служба хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» при предоставлении необходимых материальных активов имеет возможность обслуживать 300 человек в месяц с работающим в хосписе профессиональным составом.

Для работы в службе необходим штат в составе: заведующий выездной службой, врач, 2 медсестры, психотерапевт, диспетчер, водитель кареты скорой помощи (таблица 9.21).

Таблица 9.21 – Фонд заработной платы работников выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК»

Должность	Кол-во, чел.	Средняя заработная плата в месяц, тенге	Кол-во ставок	Фонд заработной платы в месяц, тенге	Фонд заработной платы в год, тенге
1	2	3	4	5	6
Врач (например, 2 категория, средний стаж)	1	85541	1 ст.	85541	1026492
Психотерапевт	1	85000	1 ст.	85000	1020000

Окончание таблицы 9.21

1	2	3	4	5	6
Заведующий выездной службы (координатор)	1	44000	0,5 ст.	22000	264000
Диспетчер	1	44000	0,5 ст.	22000	264000
Медсестра	2	44000	2 ст.	88000	1056000
Водитель	1	40000	1 ст.	40000	480000
Итого, тенге				342541	4110492

Материальные активы, необходимые для осуществления квалифицированной медицинской помощи: медикаментозное обеспечение, оснащение специальной техникой, вспомогательным оборудованием (машина скорой помощи, автоклав, обеспечение медицинским инструментарием).

Расходы на медикаментозное обеспечение составят 585197 тенге в месяц (таблица 9.22).

Таблица 9.22 – Медикаментозное обеспечение выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК»

Наименование	Количество, ед.	Цена за ед., тенге	Общая стоимость, тенге
1	2	3	4
Расходные материалы			
Катетеры мочевые Фолея №14, 16	20	289	5780
Катетеры одноразовые	20	289	5780
Шприцы жанэ	3	3250	9750
Мазь метилурациловая	20	89	1780
Р-р хлоргикседина 100 мл.	50	57,21	2860,5
Перчатки	200	17	3400
Марля (салфетки)	200	49	9800
Пеленки одноразовые	40	1330	53200
NaCl 0,9%	30	74	2220
Системы одноразовые	30	15,6	468
Шприцы одноразовые	500	17	8500
Пенка и лосьон "Меналенд" проф. серия по уходу за лежачими больными	10	1645	16450
Зонд желудочный	3	179	537
Специализированные препараты			
Радедорм (снотворное ср-во) 5 мл. № 20	2	220	440
Финлепсин (противосудорожное ср-во) 200 мл. № 50	5	1033	5165
Продолжение таблицы 9.22			
1	2	3	4
Аминозин (нейролетик) драже 50 мл.	2	229	458
Аминозин (нейролетик) амп. 1,0 № 10	5	115	575
Феназепам (транквилизатор) 0,5 мл. № 50	50	366	18300
Валокордин (седатив. ср-во) капли 15 мг во флаконе	10	254	2540
Амитриптилин (антидеприсант) таблетки 25 мл. № 50	10	223	2230
Амитриптилин (антидеприсант) ампулы 2,0 № 10	5	76,8	384
Кордиамин (аналептическое ср-во) амп. 2,0 № 10	5	329	1645
Морфин г/х (нарк. ср-во) 1% - 1,0 № 5	50	181,25	9062,5
Ненаркотические анальгетики			
Анальгин 50% - 2,0 № 10	10	73	730
Анальгин 50% - 0,5 № 10	10	19	190
Аспирин таб. 05 № 10	10	14	140
Баралгин таб. № 10	20	120	2400
Диклофенак таб. 50 мл.	100	316	31600
Диклофенак свечи 50 мл. № 10	50	316	15800
Ибупрофен таб. 400 мл. № 10	50	249	12450
Пенталгин таб. № 10	150	149	22350
Седалгин таб. № 10	150	249	37350

Салпадеин таб. № 10	150	58,9	8835
Противорвотные средства			
Церукал амп. 2,0 № 10	1	1585	1585
Ингибиторы холин эстеразы			
Прозерин 0,05% р-р № 10	1	125	125
Антигистаминные препараты			
Димедрол таб. 50 мл. № 10	10	14	140
Димедрол амп.1,0. № 10	20	47	940
Местные анестезирующие средства			
Лидокаин (аэрозоль)	1	1199	1199
Новокаин 0,5% -2,0 № 10	20	40	800
Антацидные средства			
Альмагель Суспензия по 170 мл.	5	255	1275
Продолжение таблицы 9.22			
1	2	3	4
Слабительные средства			
Бисакодил драже 5 мл № 50	20	105	2100
Бисакодил свечи 10 мл. № 10	20	175	3500
Глаксена таб. № 10	20	95	1900
Отхаркивающие средства			
Бронхолитин сироп 100 мл.	10	274	2740
Бромгексин драже 8 мл. № 10	20	116	2320
Сердечные гликозиды			
Дигоксин 0,25 № 20, таб.	10	75	750
Коргликон 00,6% № 10	2	90	180
Антиангинальные средства			
Нитроглицерин таб. 2,5 мл. № 20	10	65	650
Изокет аэрозоль	2	1399	2798
Спазмолитические средства			
Но-шпа таб. 40 мл. № 100	20	799	15980
Но-шпа амп. 2,0 № 25	10	1615	16150
Эуфиллин таб. 150 мл. № 30	10	39	390
Эуфиллин амп. 10 мл. 2,4% № 10	10	179	1790
Гипотензивные средства			
Адельфан таб. № 10	15	70	1050
Клофеллин таб. 0,15 № 50	5	95	475
Антипротекторы			
Дицинон (этамзилат) таб. 250 мл. № 50	10	1998	19980
Гемостатические средства			
Губка гемостатическая пластины 5*5	20	400	8000
К-та аминокaproновая 100 мл, 5%	30	130	3900
Диуретические средства			
Верошпирон таб. 25 мл, № 20	20	319	6380
Диакарб таб. 250 мг. № 24	20	625	12500

Фуросемид таб. 40 мг.	10	13	130
Фуросемид амп. 2,0 № 10	10	59	590
Ферментные средства			
Мезим Форте драже № 20	10	240	2400
Фестал драже № 20	20	889	17780

Окончание таблицы 9.22

1	2	3	4
Корректорцы КЩР			
Аспаркам таб. № 10	100	54	5400
Биогенные стимуляторы метаболических процессов			
Солкосерилловая мазь 20 мг.	20	379	7580
Сорбенты			
Уголь активированный таб. № 10	30	18	540
Антибиотики			
Гентамициновая мазь 15 мг	10	70	700
Ируксол мазь 30 мг	10	8500	85000
Левомеколь мазь 100 г	30	105	3150
Сульфаниламиды			
Бисептол таб. 480 мг. № 20	10	116	1160
Антибактериальные средства			
Диоксидин амп. 10 м № 10	10	60	600
5-нок драже 50 м. № 50	10	319	3190
Полин капс. 200 м. № 20	5	690	3450
Трихопол таб. 250 мг. № 10	10	227	2270
Фуругин таб. 50 мг. № 30	10	294	2940
Фуроциллин таб. 100 мг, № 6	20	12	240
Нистатин таб. 500000 ед. № 20	20	89	1780
Нистатиновая мазь 15 мг	20	79	1580
Антисептические средства			
Цинк-салициловая паста (Паста Лассара 25 мг.)	10	60	600
Средства против диареи			
Имодиум кап. 2 м № 20	20	726	14520
Средства ухода за больными			
Крем для массажа крем 50 мг. Детский крем	200	90	18000
Спец.одежда			
Халаты	12	2500	2500
Колпаки	730	35	3150
Бензин			
Бензин Аи 92, литры	30 л.	106	3180
Итого в месяц, тенге			585197
Итого в год, тенге			7022364

Годовые расходы на медикаментозное обеспечение

выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» составят 7022364 тенге.

Расходы на спецтехнику и спецоборудование составят 3087300 тенге (таблица 9.23).

Таблица 9.23 – Оснащение специальной техникой, вспомогательным оборудованием выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК»

Наименование спец. техники, вспом-го обор-я	Кол-во, ед.	Цена за ед., тенге	Общая стоимость, тенге
Машина скорой помощи	1	3000000	3000000
Автоклав	1	30000	30000
Сумка патронажная	2	10000	20000
Носилки	2	6550	13100
Стойки для систем	2	12100	24200
Итого			3087300

Итак, для организации работы выездной службы хоспис необходимы расходы:

– на фонд заработной платы работников выездной службы – 4110492 тенге в год;

– на медикаментозное обеспечение выездной службы – 7022364 тенге в год;

– на оснащение специальной техникой и вспомогательным оборудованием – 3087300 тенге (таблица 9.24).

Всего на организацию выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» необходимо 14220156 тенге в год на этапе запуска проекта.

Таблица 9.24 – Годовые расходы на организацию выездной службы хоспис Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» в первый год проекта

Фонд заработной платы в год, тенге	Медикаментозное обеспечение, тенге в год	Оснащение специальной техникой и вспомогательным оборудованием, тенге в год	Всего расходов в год на этапе запуска проекта, тенге
4110492	7022364	3087300	14220156

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имплементация Конвенции ООН об инвалидах в Казахстане является длительным процессом, который базируется на переходе к социальной концепции инвалидности утверждающей, что ограниченные возможности человека на самом деле являются проблемой окружающей среды, которая не обеспечивает доступность социальных услуг для всех членов общества.

Первым шагом в создании среды универсального дизайна является разработка методики проведения паспортизации доступности зданий, которая была разработана в процессе выполнения проекта. Цель паспортизации заключается в выявлении достоверной и полной информации и оценке уровня доступности для маломобильных групп населения объектов социальной инфраструктуры населенного пункта. Содержанием паспортизации является проведение обследования объектов социальной инфраструктуры: осмотр и замер архитектурно-планировочных, функционально-конструктивных и технологических элементов объекта с целью фиксации в паспорте доступности объекта наличия этих элементов, их качественных и количественных параметров. Паспорт был разработан с учетом казахстанских и международных строительных норм. По этой методике были оценены 16 объектов социальной инфраструктуры Карагандинской области, что позволяет определить средние затраты на реконструкцию, создание и замену элементов зданий и помещений. По результатам анализа затрат на реконструкцию 16 объектов средняя стоимость пандуса – 544,9 тыс. тенге; входной группы – 499,1; санитарно-технического помещения – 373,9 тыс. тенге по ценам 2011 года.

В исследовании проведена оценка затрат на проект модельной инклюзивной средней школы, с учетом всех материальных и нематериальных ресурсов согласно казахстанской нормативно-правовой базы и практики обучения в специализированных школах.

Важнейшим вопросом имплементации Конвенции об инвалидах в Казахстане является вопрос трудоустройства инвалидов, основными механизмами которого является профессиональная ориентация, инклюзивное обучение и профессиональная реабилитация инвалидов.

В работе оценена действующая практика системы трудовой реабилитации людей с ограниченными возможностями в Казахстане в контексте мирового опыта. Исследованы вопросы обеспечения инвалидам разумного приспособления рабочего

места и обосновано, что в каждом отдельном случае должен применяться индивидуальный подход, основанный на оценке возможностей инвалида, особенностях технологического процесса и санитарных нормах. Очевидно, что в условиях Казахстана имеют место относительно большие затраты на создание (адаптацию) рабочего места, что связано с отсутствием доступности зданий и помещений вследствие преобладания старых типов застройки.

Исходя из наилучшей мировой практики, определена структура затрат на создание рабочего места, которая состоит из следующих статей:

4) ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, включая санитарно-технические и другие объекты, необходимые для выполнения трудовых обязанностей;

5) приобретение, монтаж и установка рабочего оборудования и технических мер помощи, необходимых для функционирования рабочего места (станки, оргтехника, технические приспособления, специальная мебель);

6) обучение работника, если создаваемое рабочее место требует профессиональной квалификации или навыков профессионального обучения, которые работник не может получить через Центр занятости.

В исследовании определены статьи расходов на организацию профессионального обучения молодых людей с ограниченными возможностями. Согласно проведенным расчетам максимальные затраты на техническое и научно-методическое оснащение учебного процесса в учреждении высшего образования КЭУК составят 14127,2 тыс. тенге, при этом 1 место студента с ограничениями по зрению по программе «Экономика» Карагандинского экономического университета Казпотребсоюза составляет 2129,2 тыс. тенге.

В работе разработаны рекомендации по реализации в Казахстане системы мер по обеспечению занятости инвалидов:

1) На основе Закона РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов» необходимо разработать правила содействия трудоустройству инвалидов, где будут определены формы организации специальных рабочих мест, меры и объемы государственной поддержки.

2) В составе системы предлагается обоснование мер и размеров поддержки: частичное субсидирование затрат работодателя на создание (адаптацию) рабочего места; частичное субсидирование заработной платы для инвалидов на следующих условиях; два варианта механизма субсидирования заработной платы на специализированных предприятиях;

предлагается формирование региональных фондов «Содействия занятости и бизнеса инвалидов» при общественных организациях инвалидов.

3) Осуществлено моделирование и рекомендована структура и функции Центра профессиональной подготовки и переподготовки инвалидов, который максимально способствует решению проблемы трудовой реабилитации инвалидов в комплексе: «профессиональное ориентирование- профессиональное обучение-трудоустройство».

Тенденция индивидуализации специальных социальных услуг в мировой практике и стремление Казахстана соответствовать наилучшим мировым практикам выражается в поиске организационных и экономических моделей деинституционализации этих услуг, в том числе при оказании услуг на дому.

В Казахстане, после принятия в 2009 году Закона РК «О специальных социальных услугах», стандарта оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому и ряда подзаконных актов, был сделан первый шаг к освоению эффективных социальных практик. В то же время, главный шаг в сторону индивидуализации услуг пока не сделан: отсутствует методика оценки потребностей, которая устанавливает однозначную связь между потребностями клиента, утратившего самостоятельность в обеспечении жизненных функций, и объемом необходимых ему специальных социальных услуг. В монографии разработана и предложена такая методика, которая может быть использована для расчета индивидуальных потребностей каждого клиента. На основе этой же методики может быть осуществлено нормирование и индивидуализация оплаты труда социального работника. В настоящее время нормирование труда социального работника осуществляется весьма приблизительно в расчете на то, что все клиенты имеют одинаковые минимальные потребности.

Расчеты цены услуги, в основу которой взята действующая часовая ставка государственного социального работника, позволяют определять объемы финансирования государством услуг НПО и физических лиц, которых согласно мировой практике целесообразно привлекать в качестве работодателей, если в конкретном случае они обеспечивают наилучшее качество услуги.

В монографии представлены реальные модели ухода на дому за инвалидами и престарелыми, сложившиеся на практике, оцененные в контексте мирового опыта. Результатом этого стало предложение нормативно-правового обеспечения для модели

патронатного ухода, понимаемого авторами в широком смысле, как оказание услуг ухода престарелому или инвалиду в форме наблюдения, содействия и помощи на возмездной основе. Разработаны два положения: о патронатном уходе и патронатной семье с учетом фактической потребности в этих нормативно-правовых актах.

По инициативе хосписа ОО «Красного полумесяца» предложена модель оказания услуг паллиативного лечения на дому онкологических больных выездной службой и проведен расчет годовых затрат для организации выездной службы больничного сестринского ухода Карагандинского ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК» в первый год реализации проекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ К 1 РАЗДЕЛУ

1. «Измерение и диагностика бедности в странах Европы и Центральной Азии, разрабатывающих ДССБ», Материалы научно-практического семинара, Москва, РФ, 2002г.
2. Sen A. 1989. "Development as Capability Expansion" In: Journal of Development Planning. No.19.
3. Бедность в Казахстане: причины и пути преодоления. Серия публикаций ПРООН в Казахстане. № UNDPKAZ 08.
4. П. Абрахамсон. Социальная эксклюзия и бедность.// Общественные науки и современность, 2001, №2, С.158.
5. Anderson M., Bechhofer F., J.Cershuny. The social and political economy of the household, Oxford: Oxford University Press, 1994, P.19.
6. Friedmann J. Rethinking poverty: Improvement and Citizen rights.// International Social Science Journal, 1996, №148, P.123.
7. Жиль Ван ден Брюль, Отдел развития базового образования ЮНЕСКО, Париж «Глобальные перспективы в инклюзивном образовании»: <http://mp.minsk.edu.by>
8. Ferguson, D.L., Meyer G., Jeanchild L., Juniper L., & Zingo J. (1992) Figuring out what to do with groupings: How teachers make inclusion «work» for students with disabilities // Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps. № 17. 1992. - P. 218-226
9. Oliver, M. The Politics of Disability. L.: Macmillan, 1990; Oliver M., Barnes C Dis-abled People and Social Policy. From Exclusion to Inclusion. L., N.Y.: Longman, 1998 Salisbury,
10. Образование для всех? Региональный мониторинговый доклад. UNICEF. Florence/Дефектология. - № 5. - 1998. - С. 58
11. C.L., Palombaro M.M., Hollowood W.M. On the nature and change of an inclusive elementary school // The Journal of the Association for Persons with Severe Handi-caps. 1993. - № 18. - P. 75-84
12. Свод правил и нормативов по гарантии качества и стандартов высшего образования Великобритании // Журнал исследования социальной политики//The Journal of social policy studies. Str.-1071-126
13. [Ардзинба В.А.](#) Инклюзивное образование инвалидов в Соединенных Штатах Америки//Московский городской психолого-педагогический университет. v.silver@list.ru
14. Саламанская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. ЮНЕСКО и Министерство образования и науки. Spain, 1994
15. Стабс С. Инклюзивное образование при ограниченных

ресурсах (Sue Stubbs, Inclusive Education Where There are few resources). Пособие. Oslo, 2002

16. Концепция развития инклюзивного образования в Республике Казахстан www.hitech.kz

17. Чепель Т.Л. «Институт развития образования Новосибирской области», 1998-2011.

18. Конвенция о правах ребенка: Генеральная Ассамблея. – ООН, 1989

19. Закон РК «Об образовании», Астана, 2007

20. Закон РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», Астана, 2002

21. Права ребенка // Сборник нормативных правовых актов. Алматы. 2008, С.84

22. Сулейменова, А.А.Байтурсынова. К вопросу об обеспечении условий для включения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательный процесс //Специальное образование в Казахстане. Научно-практический журнал, 2011. - №2(35). – С.3-10.

23. Малофеев Н.Н. Ранняя помощь – приоритет современной коррекционной педагогики // Дефектология. 2003. – №4, С.7-10

24. Теоретико-методологические основы включения детей со специальными нуждами в многоуровневый непрерывный общеобразовательный процесс //Отчет о НИР ОО Центр САТР. – Ф 0326 – Алматы, 2005. – 103с.

25. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха / Под ред. Шипициной Л.М., Назаровой Л.П.

26. Шматко Н.Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии // Дошкольное воспитание. – 1998. – №3, С. 77-82

27. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации /под общей редакцией И.Р. Кулмагамбетова, К.А. Алихановой, Ш.М. Газалиевой – Караганда: ТОО «Гласир», - 2009. – 1076с.

28. www.stat.kz

29. Национальный план действий в области прав человека в Республике Казахстан на 2009-2012 годы. Под общей редакцией Абишева Т.Д., Турсунова С.Т. – Астана, 2009. - 136 с.

30. <http://www.salyk.kz>

31. Социальная поддержка права на труд и включение инвалидов в социум. Международный и местный опыт. /Проект Фонда Сорос Казахстан «Продвижение законодательства для реализации права инвалидов на труд». ОО «Ассоциация социальных работников, инвалидов и волонтеров», – Алматы. – 2011

32. Новиков М., Присецкая Н., Котов В. Пособие для работодателей: трудоустройство инвалидов /Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива».М. 2004 г. – 82с.

33. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 ноября 2010 года №1191 «Об утверждении технического регламента «Требования к техническим средствам реабилитации инвалидов»

34. Кавокин С.Н. Профессиональная реабилитация инвалидов в России /Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов, ЦБНТИ Минтруда России, выпуск 10. – 2008г.

35. Антюшина Н.М. Качество человеческих ресурсов как объект управления: опыт Швеции // Труд за рубежом. 2005. N 4. С. 32.

36. Лебедева Л.Ф. Трудовые отношения в США: основы трудового регулирования // Труд за рубежом. 2006. N 2. С. 18.

37. Цыганов М.Е. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза // Труд за рубежом. 2003. N 4. С. 50, 54 и др.

38. Цыганов М.Е. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза // Труд за рубежом. 2003. N 4. С. 53 и др.

39. Занятость людей с ограниченными возможностями. Примеры и анализ опыта Европейских стран //проект EuropeAid/119954/C/SV/RU BPI Group «Социальная интеграция инвалидов в Приволжском Федеральном округе». 2006

40. Приложение 2 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2008 года №160.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ К 2 РАЗДЕЛУ

1. Захарова О. Г., Клышкова Н. В., Попкова С. А. Оценка нуждаемости клиента в услугах социального обслуживания. Из опыта работы отделения реабилитации КЦСОН // Научно-практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе. Сборник статей. Под редакцией д.м.н. В. А. Бронникова. Нижний Новгород. 2007. – С.11-15.

2. Федорец А.В. Мониторинг результативности социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов. Руководство по применению / А.В. Федорец, К.Г. Чагин. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2005. – 68 с.

3. Будвитаите Д. Социальные услуги - новые возможности для инвалидов и пожилых. Литовский курьер, 2005. – №47(561).

4. Конституция Республики Казахстан //www.constcouncil.kz

5. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года «О специальных социальных услугах»// www.enbek.kz

6. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому от 06.12.10 // www.enbek.kz.

7. Правила аттестации социальных работников в сфере социальной защиты населения от 26 ноября 2009 г. № 25 –п. // Брошюра Справочник социального работника, Алматы, 2010. – С. 94.

8. Разработка методических рекомендаций по внедрению в Казахстане механизма деинституализации медико-социальных организаций по обслуживанию людей с ограниченными возможностями и лиц пожилого возраста. Совместный проект ПРООН и Министерства труда и социальной защиты населения РК / Под ред. Г.Д. Хакимжановой, 2010 г.

9. Корнюшина Р.В. Зарубежный опыт социальной работы / Изд-во: Дальневосточный государственный университет, 2004.– 84 с.

10. Управление и бюджетирование по результатам на муниципальном уровне: международная и российская практика, перспективы внедрения в России: Сборник статей. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2007. – 184 с.

11. Патронажная служба «ЛАВАНДА-мед» // www.Lavanda-med.ru

12. Государство и отрасли инфраструктуры в современной рыночной экономике/ Под ред. Я.А.Рекитара. – М.:Наука, 2001. – 310с.

13. Притворова Т.П., Джамбурбаева М.У. Факторы и механизмы социального обслуживания населения в современной экономике // Труд в Казахстане. – 2009. - №10. – С.2-8

14. Общественные советы как механизм участия общественности в работе государственных органов. Сборник материалов. Международный Центр Некоммерческого Права, Алматы. – 2009. – 158 с.

15. Социальное обеспечение в странах Запада: США, Канада и Великобритания / ИНИОН РАН. – М., 2008. – 256 с.

16. Гарри П. Хатри Мониторинг результативности в общественном секторе. Пер. с англ. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2005. – 276 с.

17. Юридические механизмы государственного финансирования некоммерческих организаций: Сборник материалов / Отв. ред. и сост. – К.Ньюман: LEM, 2009. – 240 с.

18. Захарова О. Г., Клышкова Н. В., Попкова С. А. Оценка нуждаемости клиента в услугах социального обслуживания. Из опыта работы отделения реабилитации КЦСОН // Научно-

практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе. Сборник статей. Под редакцией д.м.н. В. А. Бронникова. Нижний Новгород. 2007. – С.11-15.

19. Типовые квалификационные характеристики должностей руководителей, специалистов и других служащих системы социальной защиты и занятости населения. Утверждены приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 25 апреля 2011 года № 137-е.

20. Должностная инструкция заведующего отделением социальной помощи на дому по обслуживанию одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан ДИ № 98-1-01-2011. Утверждено начальником ГУ «Отдел занятости и социальных программ г.Сарани» от 05 января 2011 года.

21. Вовлечение молодежи в деятельность по решению социальных задач: город равных возможностей. – Пособие фонд Форда, РООИ Перспектива: – М: – 2001г.// www.fordfound.org/moscow.

22. Аналитический обзор результатов исследования мнения и предложений населения по развитию специальных социальных услуг лицам в трудной жизненной ситуации//Приложение к журналу «Социальная работа – социальные услуги». – Алматы, 2010. - №5. – С.31.

23. Об организации приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов в Красноярском крае. Проект Закона. // www.sobranie.info

24. Организация и деятельность приемных семей для граждан пожилого возраста и инвалидов на территории Самарской области // www.samgd.ru

25. Понятие патронат // www.dic.academic.ru

26. Мигалева Д. Модель социальных услуг людям с ограниченными возможностями, их родителям и опекунам в свете Конвенции ООН «О правах инвалидов» Краткий обзор ситуации в Литве. Социальная работа – социальные услуги. – 2010. – № 2. – С. 14-17.

27. Приложение к постановлению Правительства РК № 754 от 20 июля 2005 года «О некоторых вопросах реабилитации» // www.enbek.kz.

28. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 ноября 2005 года № 1092 «О некоторых мерах по реализации Закона Республики Казахстан «О государственных пособиях семьям, имеющим детей».

29. Бычин В.Б. Малинин С.В. Нормирование труда: Учебник. / Под ред. Ю.Г. Одегова. – М.: Издательство «Экзамен», 2003. – 320 с.

30. Сайт Министерства труда и социальной защиты населения // www.enbek.gov.kz

31. Трудовой Кодекс Республики Казахстан. Закон Республики Казахстан от 15 мая 2007 года №251- I I I. //О введении в действие Трудового кодекса Республики Казахстан – Алматы: Центральный Дом Бухгалтера, 2007. – 168 с.

32. Приложение 5 к Стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому от 06.12.10 // www.enbek.kz.

Результаты экспертного опроса руководителей социальных отделений на дому и социальных работников по моделям патронатного ухода

В целях проведения исследования сложившихся на практике моделей патронатного ухода было проведено анкетирование среди государственных социальных работников из разных регионов республики (Карагандинская, Костанайская, Восточно-Казахстанская, Акмолинская, Северо-Казахстанская, Павлодарская области и г.Астана). Количество опрошенных составляет 78 человек.

В результате опроса выяснилось, что социальные работники сталкивались с моделями патронатного ухода на дому за людьми пожилого возраста и инвалидами, когда уход осуществляют следующие лица:

- государственный социальный работник – 42 человека (53,85%);
- социальный работник из НПО – 2 человека (2,56%);
- соседи или друзья – 10 человек (12,82%);
- родственники (например, дети престарелых родителей или родители детей инвалидов, которые старше 18 лет) – 47 человек (60,26%);
- социальный работник специализированного медико-социального учреждения (например, Карагандинское ОКФРОО «Общества Красного полумесяца РК», больница сестринского ухода) – 2 человека (2,56%);
- приемная семья, куда пожилой человек или инвалид переезжает на постоянное место жительства, – 3 человека (3,85%).

Большинство респондентов считает необходимым развивать в Казахстане модель патронатного ухода, когда уход осуществляет государственный социальный работник (48,72%) или родственники (41,03%).

Наилучшим поставщиком патронатных услуг, по мнению социальных работников, являются родственники (47,44%) и социальный работник из государственной службы (44,87%). 11 человек (14,10%) считают, что наилучшим поставщиком патронатных услуг выступает социальный работник из медико-социального учреждения, 5 человек (6,41%) отметили социального работника из НПО, 3 человека (3,85%) – соседей.

Необходимыми мерами со стороны государства для развития модели патронатного ухода, выбранной участвовавшими в опросе социальными работниками являются следующие:

- разработка положения о патронатном уходе на дому – 61 человек (78,21%);
- оплата труда поставщика патронатных услуг в размере 30000-50000 тенге – 63 человека (80,77%);
- обязательный учет мнения услугополучателя при определении поставщика патронатных услуг – 5 человек (6,41%).

АНКЕТА

посвящена исследованию сложившихся на практике моделей патронатного ухода

Патронат – форма ухода за престарелыми людьми и инвалидами, которые нуждаются не только в социально-бытовых услугах (комплексная уборка квартиры, стирка, приготовление еды, покупка и доставка продуктов питания и т.д.), но и в максимальных услугах сиделки (уход при переломах и травмах различной локализации, после различных оперативных вмешательств, гигиенический уход и санитарная обработка тела, проведение противопролежневых мероприятий, помощь в приеме пищи, измерении давления, помощь в приеме лекарств).

Ф.И.О _____

Место проживания _____
(область, город, район)

1. С какой моделью патронатного ухода на дому за людьми пожилого возраста и инвалидами Вы сталкивались на практике:

- 1.1. Патронатный уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет государственный социальный работник.
- 1.2. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет социальный работник из НПО.
- 1.3. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляют соседи или друзья.
- 1.4. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляют родственники (например, дети, престарелых родителей или родители детей инвалидов, которые старше 18 лет).
- 1.5. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет социальный работник специализированного медико-социального учреждения (например, организация «Красного полумесяца», больница сестринского ухода).
- 1.6. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет

приемная семья, куда пожилой человек или инвалид переезжает на постоянное место жительства.

1.7.Свой

вариант _____

1.8. Не встречал (а) на практике модели патронатного ухода

2. Какую модель патронатного ухода на дому, на Ваш взгляд, необходимо развивать в Казахстане:

2.1. Патронатный уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет государственный социальный работник.

2.2. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет социальный работник из НПО.

2.3. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляют соседи или друзья.

2.4. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляют родственники (например, дети, престарелых родителей или родители детей инвалидов, которые старше 18 лет).

2.5. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет социальный работник специализированного медико-социального учреждения (например, организация «Красного полумесяца», больница сестринского ухода).

2.6. Уход за пожилым человеком или инвалидом осуществляет приемная семья, куда пожилой человек или инвалид переезжает на постоянное место жительства.

2.7. Свой

вариант _____

2.8. Нет необходимости развивать модели патронатного ухода на дому

3. Кто, на Ваш взгляд, является наилучшим поставщиком патронатных услуг:

3.1. Родственники

3.2. Соседи

3.3. Социальный работник из государственной службы

3.4. Социальный работник из НПО

3.5. Социальный работник из медико-социального учреждения

4. Какие необходимо принять меры, со стороны государства, для развития выбранной Вами модели патронатного ухода:

- 4.1. Разработка положения о патронатном уходе на дому.
- 4.2. Оплата труда поставщика патронатных услуг в размере _____ тенге
- 4.3. Обязательный учет мнения получателя услуг при определении поставщика патронатных услуг.
- 4.4. Свой вариант _____
-

