

Концепция развития
реабилитационного Центра
"Московский дом Чешира"»

(проект)

Оглавление

1 Введение.....	4
2 Социализация инвалидов и ветеранов боевых действий: состояние вопроса и ближайшие перспективы	11
3 Реабилитационный Центр: функциональное предназначение, этапы развития	19
4 Заключение	25
Приложения	27
Список нормативных правовых актов, использованных при работе над концепцией развития реабилитационного Центра «Московский дом Чешира».....	28
Глоссарий.....	29

Концепция изложена на 33 стр. Состоит из введения, двух разделов, заключения, двух приложений.

Объект исследования: инвалиды (ветераны) боевых действий; нормативное правовое поле в области социальных и реабилитационных услуг.

Цель работы: актуализация процесса социализации инвалидов (ветеранов) боевых действий на современном этапе развития российского общества и состояния нормативного правового поля.

На основе анализа системы социального обеспечения инвалидов (ветеранов) боевых действий, сформированной на стыке ответственности нескольких министерств, обосновано, что инвалид (ветеран) боевых действий не знает (мало знает) о федеральной системе социальных и реабилитационных мероприятий, а система социального обеспечения, в свою очередь, не знает об инвалиде. Причина возникновения и существования подобной ситуации: несоответствие потребностей и возможностей инвалидов (ветеранов) боевых действий с требованиями системы реабилитационно-абилитационных мероприятий и оказанием социальных услуг.

Предлагаемое решение: реализация инновационного подхода по предоставлению социальных услуг, обеспечивающего инвалидам боевых действий и военной травмы получение комплекса услуг на первичном участке реабилитации.

Реализация инновационного подхода по предоставлению социальных услуг реабилитационным Центром «Московский Дом Чешира» предполагается к достижению на основе интеграции следующих принципов деятельности:

- 1) приоритет преемственности, последовательности и неотложности оказания услуг, начинающийся в период долечивания военнослужащего в клиническом учреждении Минобороны России;
- 2) приоритет комплексности оказания услуг;
- 3) обеспечение социальной комфортности пребывания инвалидов (ветеранов) боевых действий за счет пребывания в кругу членов семьи;
- 4) оперативный и мультифункциональный режим работы.

Определена точка приложения усилий: первичный участок реабилитации. Представлены этапы развития реабилитационного Центра «Московский Дом Чешира», их содержание.

Новизна решения, представленная в концепции, ориентирована на оптимизацию процесса социализации инвалида (ветерана) боевых действий.

Практическая значимость концепции: приближение возможностей федерального компонента системы социального обеспечения к потребностям инвалидов (ветеранов) боевых действий, ориентированная на эффективность мероприятий социального обеспечения.

1 Введение

1.1 Одной из главных целей мирового сообщества, провозглашенных ООН, является приоритет прав человека, достоинство и ценность человеческой личности. Этот современный ориентир развития цивилизации предполагает, что человек, его жизнь и здоровье, честь и достоинство, равно как неотъемлемо принадлежащие ему права и свободы, отнесены к высшим ценностям общественного бытия. Многовековой опыт большинства стран показывает, что в составе населения любой страны всегда имеются обездоленные, которые нуждаются в повышенном внимании со стороны общества - в заботе и опеке, в охране их прав. В большинстве стран мир к такой социальной группе отнесены инвалиды военной службы.

1.2 Слово «инвалид» используется в России несколько веков. В переводе с латинского языка «invalid» обозначает «бессильный», с английского языка – «непригодный». Значимость опеки этой группы лиц отчетливо прослеживается в истории российского государства.

Во-первых, инвалидом в XVII-XVIII веках считался опытный, бывалый воин, прошедший несколько военных кампаний, до и после окончания службы независимо от наличия ран и увечий.

Во-вторых, существовала целая система призрения этих заслуженных людей в домах инвалидов, содержавшихся на казенные деньги и средства дарителей, существовала система содержания и ухода инвалидов при монастырях и обителях. Для дворянского сословия России считалось обязательным содержание ветеранов, ранее призванных на службу из числа крепостных и свободных людей. Именно эта этическая норма служила определенной мерой внутреннего достоинства российского купечества, создававшего и содержавшего инвалидные дома. Понимание и решение проблем обездоленных, прежде всего ветеранов и юродивых, в более позднее время привело к появлению ночлежек, ночлежных домов и других вариантов социального ухода, обеспечивавших кров и пропитание.

В-третьих, одним из наиболее ярких аргументов признанной значимости рассматриваемого вопроса является то, что первый научно-практический журнал России назывался «Инвалид». Он выходит с 1823 года по настоящее время и посвящен вопросам организации и реализации медицинской и социальной помощи для действующей армии и ветеранов.

В докладе императору Александру I Я. В. Виллие и вице-директор Медицинского департамента Фёдор Фёдорович Гейрот отмечали, что «... в России, более нежели в другой какой земле, издание подобного журнала необходимо нужно ...». В настоящее время это издание известно как «Военно-медицинский журнал».

1.3 Актуальность проблемы в глобальном геополитическом масштабе связана с тем, что Россия или в России «всегда где-нибудь воюют». Наибольшая численность ветеранов и инвалидов возникла в России в связи с Великой Отечественной войной (1941-1945 гг.) и театрами военных действий, состоявшихся в рамках Второй мировой войны (1939 – 1945 гг.). Наиболее крупный военный конфликт второй половины XX века – это война в Афганистане

(1979-1989 гг.). Новейший период истории Российской Федерации, по-прежнему, связан с локальными конфликтами, контртеррористическими операциями, «горячими точками», закономерность и логичность возникновения которых, позволяет говорить о протекании гибридных войн. К таковым в настоящее время относятся боевые действия в Сирии и на Украине, которые сопровождаются инвалидизацией и гибелью российских граждан.

В результате в РФ на 01 апреля 2017 года при стремительном ежегодном сокращения численности инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны на 300 тысяч человек проживают около 2 млн. участников боевых действий, из них более 120 тысяч человек являются инвалидами войн и конфликтов, произошедших после 1945 года. Эти цифры означают, что каждый семидесятый из жителей страны является участником боевых действий и каждый семнадцатый из их числа, к нашему сожалению, является инвалидом боевых действий, произошедших после 1945 года (Тимофеева Е.А., Клячкина Н.Л., 2014). В наше мирное время в России отмечается прирост инвалидов войны, а их доля в общей численности инвалидов России стабильно растет и приближается к 1 %.

По мнению специалистов военного дела, суть этого явления связана с тем, что совершенствуется технология военных действий, направленная на максимальное поражение живой силы противника и населения посредством минно-взрывной травмы. Страшно представить, что совершенствование оказания медицинской помощи привело к снижению смертности для этой группы ранений с 10-12 % до 1-2 % от числа получивших минно-взрывную травму, но привело к значительному приросту доли раненых со степенью тяжести ранения «тяжелые ранения» и «очень тяжелые ранения», достигших около 90 % от численности ранений этой группы. Все эти моменты привели к 4-5-кратному возрастанию инвалидности от минно-взрывной травмы. Наличие подобных - жестких - взаимосвязей между числом военнослужащих и количеством погибших, раненых, инвалидизированных позволяет сразу - в рамках общего финансирования военных операций - планировать затраты на объем и этапность оказания отсроченной медицинской и социальной помощи демобилизованным с большой точностью. Этот аспект отработан в армиях ряда стран НАТО (США, Великобритания, ...), которые практически непрерывно принимают участие в иницируемых или возникающих конфликтах. Обобщая российские данные в этой области военно-полевой хирургии можно констатировать, что однократное вовлечение в боевую деятельность 10 тысячи военнослужащих приводит к появлению через 1-2 года в обществе не менее 450 бывших военнослужащих с ампутированными конечностями, продолжительность оказания социальной помощи которым составляет не менее 40-60 лет.

Экономические расчеты и мировой опыт доказывают, что социальные, реабилитационные, абилитационные услуги, обеспечивающие адаптацию инвалидов (ветеранов) боевых действий к обществу, являются экономически рентабельной системой мероприятий социальной поддержки. Исследователи этой проблемы указывают на то, что инвалидизацию для данной группы населения следует рассматривать как негативное экономическое следствие современных гибридных войн и потенциал, который индуцирует и поддерживает протестные явления общества. Следует особо отметить факт того, что ежегодный бюджет

Пентагона формируется в три раздела и третий раздел бюджета предусматривает финансирование мероприятий по реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий, которые составляют одну треть от объема всего военного бюджета.

В XX веке рядом специалистов в области военной медицины предложено понятие «военные болезни», которые представляют собой специфический вариант протекания известных болезней. Для гражданских лиц эти нозологии известны как излечимые болезни. Однако у военнослужащих, являющейся группой здоровых и практически здоровых лиц взрослого возраста, эти болезни протекают в более тяжелой форме. К таким болезням относятся гипертоническая болезнь, невроты, иммунодефициты и т.д. Следует особо отметить, что характер пандемии для всех армий мира приняла патология неинфекционной природы, известная как синдром посттравматического стрессового расстройства (далее: ПТСР). С точки зрения доказательной и клинической медицины данная патология не является болезнью по причине отсутствия единых представлений о патогенезе, морфофункциональной локализации, клинических формах проявления и т.д. Патология была известна в обе мировые войны XX века, но игнорировалась как научная и практическая проблема. Новое звучание эта патология приняла в 60-70-е годы XX столетия и была представлена мировому сообществу, как «вьетнамский синдром» и «афганский синдром». Так если для отдельной войны или конфликта представить все потери и ущербы от всех видов травм хирургической, терапевтической, психиатрической направленности, то на долю этой единственной патологии приходится до 50 % (!) всех медицинских последствий в войне. Доказано, что особый характер, наличие сочетанности факторов боевой обстановки приводят к формированию ПТСР у 10-25 % участников боевых действий. В ряде случаев, например, в ходе контртеррористических операций, это показатель достигает 95 %. Из них более 2-5 % нуждаются в периодической и регулярной медико-психологической помощи не менее 1-2 раз в год, т.к. представляют опасность для себя, родных, близких, окружающих.

Результаты социопсихологических наблюдений свидетельствуют о существовании среди бывших военнослужащих ряда проблем. Так по данным наблюдений «Московского Дома Чешира» состояние ветеранов-афганцев к 2017 году характеризуется следующей ситуацией:

- качеством жизни удовлетворены лишь 30 % ветеранов;
- в неудовлетворительных жилищных условиях проживают около 60 % ветеранов;
- более 80 % ветеранов оценивают уровень пенсий как недостаточный;
- условиями работы не удовлетворены более двух третей обследованных;
- более 30 % из них - одинокие люди;
- прогрессирующую тенденцию ухудшения здоровья отмечают более 60 %.

Наиболее частые заболевания: сосудистая патология, нервные и психические заболевания, последствия травм головного и спинного мозга. В более высоком проценте случаев прослеживаются циррозы печени, онкологические заболевания.

1.4 Краткий анализ правовых и экономических аспектов в рассматриваемой области правоотношений, которые формируются в единой области интересов органов социальной защиты, ветеранских общественных объединений, позволил

установить следующее. Правовая система взаимоотношений, возникающая на стыке упоминаемых областей выстроена и синхронизирована с единой сферой правоотношений Российской Федерации. Это хорошо просматривается в виде базовых конструкций правовых отношений, заложенных в Конституцию РФ и ее надстроечных элементов, среди которых, в первую очередь, следует указать следующие федеральные законы:

- 1) Федеральный закон № 40-ФЗ от 02.01.2000 года «О ветеранах».
- 2) Федеральный закон № 82-ФЗ от 19.05.1995 года «Об общественных объединениях».
- 3) Федеральный закон № 122-ФЗ от 2 августа 1995 года «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
- 4) Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 года «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»,
- 5) Федеральный закон № 76-ФЗ от 27.05.1998 года «О статусе военнослужащих» (в ред. от 03.04.2017).

Практика правоприменения этих нормативных актов на протяжении более, чем 10 лет, определила актуальность изменений в этой области настолько, что в день инаугурации - 7 мая 2012 года - в числе правовых актов, определяющих приоритеты деятельности президента был озвучен указ Президента Российской Федерации № 597 от 7 мая 2012 года «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Применительно к рассматриваемой области было определено следующее:

- подпункт 1к: совместно с общественными организациями до 1 апреля 2013 года обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности;

- подпункт 1л: предусмотреть начиная с 2013 года меры, направленные на увеличение поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций

- подпункт 2в: разработать до 1 ноября 2012 года комплекс мер, направленных на повышение эффективности реализации мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов, на обеспечение доступности профессионального образования, включая совершенствование методов профессиональной ориентации детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, на подготовку специализированных программ профессионального обучения инвалидов с учетом особенностей их психофизического развития и индивидуальных возможностей, а также индивидуальных программ реабилитации инвалидов, на создание условий для повышения уровня занятости инвалидов, в том числе на оборудованных (оснащенных) для них рабочих местах.

Совокупность этих позиций по отношению к социальной политике, осуществляемой по отношению к рассматриваемой социальной группе - группе инвалидов (ветеранов) боевых действий - в части организаций, оказывающих социальные услуги, определила следующие задачи:

- 1) разработать систему оценки качества;
- 2) поддержать некоммерческие организации;

3) актуализировать направление социально-педагогических услуг.

Следующий ключевой правовой акт – это Федеральный закон № 442-ФЗ от 28.12.2013 года «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», который можно считать правовым документом, систематизирующим сложившиеся правоотношения в области социальных услуг на современном уровне отношений, оформившихся в бизнес-сообществе, а также в системе межведомственных взаимоотношений и менеджмента качества.

Отдельно следует отметить многолетнюю позицию Президента Российской Федерации В.В. Путина, которая свидетельствует о том, что состояние и положительный тренд развития социального обеспечения являются зоной его личной ответственности, несмотря на то, что наведение и поддержание порядка в этой области правоотношений можно смело назвать сизифовым трудом или определить его собственными словами о гребце на галере. Приведем наиболее точные и яркие цитаты последних лет из обращений Президента Российской Федерации В.В. Путина к Федеральному Собранию Российской Федерации:

1) Обращение Президента Российской Федерации В.В. Путина к Федеральному собранию Российской Федерации от 04.12.2014 года:

«Гражданина не должно заботить, где он получает социальную услугу - в государственной, муниципальной, частной организации. Его право - обратиться к тем, кто будет работать профессионально, с душой, с полной отдачей. Все остальное, включая решение технических, организационных, юридических вопросов предоставления социальных услуг, - это обязанность государства, обязанность организовать соответствующим образом работу.

Мы будем и дальше поддерживать социально ориентированные некоммерческие организации. В такие НКО, как правило, объединяются люди, остро чувствующие свой гражданский долг, понимающие, как много значат милосердие, внимание, забота, доброта. Надо использовать их предложения и опыт, в том числе при реализации социальных инициатив.»

Обращение Президента Российской Федерации В.В. Путина к Федеральному Собранию Российской Федерации от 03.12.2015 года:

«В таких вопросах, как помощь пожилым людям и инвалидам, поддержка семей и детей, нужно больше доверять и гражданскому обществу, некоммерческим организациям. Они часто работают эффективнее, качественнее, с искренней заботой о людях, меньше бюрократизма в их работе. По итогам гражданского форума «Сообщество», который прошёл в ноябре, предлагаю ряд конкретных решений.

Первое. Будет запущена специальная программа президентских грантов для поддержки НКО, работающих в малых городах и сёлах. Второе. Для НКО, которые зарекомендовали себя как безупречные партнёры государства, будет установлен правовой статус «некоммерческая организация – исполнитель общественно-полезных услуг», предоставлен ряд льгот и преференций. И наконец, считаю правильным поэтапно направлять некоммерческим организациям до 10 процентов средств региональных и муниципальных социальных программ, чтобы НКО могли участвовать в оказании социальных услуг, которые финансируются за счёт бюджетов. Мы исходим из того, что мы хорошо с вами знаем

действующее законодательство, мы ничего не навязываем, но я прошу руководителей регионов и муниципалитетов учитывать это в своей работе».

3) В крайнем обращении Президента Российской Федерации В.В. Путина к Федеральному Собранию Российской Федерации от 01.12.2016 года в частности указано: *«... оказать всестороннюю помощь некоммерчески ориентированным организациям. Основные решения тут уже приняты».* В ближайших фразах уточнено следующее: *«Хочу, чтобы меня услышали губернаторы и муниципальные власти. Я прошу Вас, что называется, не жадничать, не отдавать по привычке ... исключительно казенным структурам, а по максимуму привлекать к исполнению социальных услуг и некоммерческие организации. Давайте прямо скажем, у них еще глаз не замылился. Это очень важно – сердечное отношение к людям. Давайте вместе держать эти вопросы под особым контролем».*

Следует отметить, что данный раздел Послания к Федеральному Собранию Российской Федерации в своем построении всегда однотипен и построен в последовательности «анализ ситуации с обозначением проблем - постановка задач - обозначение предпочтительного варианта решения проблемы».

Большой объем работы социальной и реабилитационных услуг для инвалидов (ветеранов) боевых действий реализуется Министерством обороны Российской Федерации под прямым патронажем Министра обороны генерала армии Героя России С.К. Шойгу. Достаточно упомянуть комплекс мероприятий, посвященных 25-летию вывода советских войск из республики Афганистан. Выступая перед ветеранами 14 февраля 2014 года, Министр обороны отметил, что *«за время, прошедшее с момента вывода из Афганистана советских войск, их действиям давались неоднозначные оценки, но для страны и для народа воины-афганцы навсегда останутся настоящими патриотами».*

Глава военного ведомства напомнил, что заслуги воинов-афганцев *«признаны на государственном уровне — дата вывода войск из Афганистана включена в Федеральный закон «О днях воинской славы и памятных датах России» как День памяти о россиянах, исполнявших служебный долг за пределами Отечества».*

Рассматривая вопрос правового сопровождения проблем инвалидов и ветеранов боевых действий, остановимся только на одном аспекте – аспекте системности. Правовая модель федеративного государства предполагает наличие и соответствующие уровни нормативного правового обеспечения, которые образованы и развиваются как многоуровневые содружественные системы нормативного правового поля в области интересов ветеранского движения России. Высший уровень правового поля – это федеративный уровень нормативного правового обеспечения. Уровнем ниже располагается нормативное правовое поле субъектов Российской Федерации, еще ниже – муниципальный уровень правового поля. Если с этой точки зрения сегодня оценить структуру финансирования общественных, ветеранских, социальных учреждений без учета спонсорской помощи и пожертвований, то окажется, что 90-95 % объема финансирования приходится на федеральный уровень финансирования.

Правовой и экономический аспект проблемы ветеранского движения очень точно указывает на болевую точку ветеранского движения – отсутствие

адресности. Федеральный центр свои должностные инициативы и функции, а именно правовое и финансовое сопровождение ветеранского движения, реализовал: разработана, апробирована и одобрена система правовых взаимоотношений в этой области, реализуется федеральное финансирование, отработаны и успешно реализуются альтернативные механизмы финансирования (федеральная целевая программа, софинансирование). А как работают другие уровни этой системы? Например, такой механизм софинансирования, ориентированный на региональный и муниципальный уровни, как субвенция освоен и активно эксплуатируется целым рядом региональных ведомств, среди которых следует назвать МЧС России, Минкультуры России, Минздрав России и др. Объем финансирования субъектов РФ по такому принципу движения бюджетных средств по упоминаемым ведомствам за последние годы достиг 5-15 % от среднегодового объема бюджета этих субъектов Российской Федерации. Однако в области социального обеспечения и проблем ветеранства этот объем безнадежно далек от объема в 1 % от среднегодового объема бюджета этих субъектов РФ. Аналогичная ситуация прослеживается и на уровне муниципалитетов. Именно в этом аспекте и следует понимать, что огромные возможности федерального центра в обеспечении ветеранского движения не безграничны, с одной стороны, и федеральный уровень никогда не сможет обеспечить желаемый инвалидами (ветеранами) боевых действий адресности этой помощи.

Изложенное в разделе и, прежде всего, данные, озвученные Президентом Российской Федерации В.В. Путиным, подсказывают, что желаемый или максимальный уровень адресности оказания помощи инвалидам (ветеранам) боевых действий может быть, достигнут на правовом уровне еще более низком, чем муниципальный уровень, т.е. на уровне организации и лучший результат при этом достигается вне «казенных структур». Данное предположение является очевидным выводом из Федерального закона № 442-ФЗ от 28.12.2013 года «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и соответствующих разделов Посланий Президента Российской Федерации к Федеральному Собранию Российской Федерации последних лет.

Следовательно, состояние нормативного правового поля Российской Федерации и уровень финансирования в области прав инвалидов (ветеранов) боевых действий к окончанию второго десятилетия XXI века в достаточной степени прогрессивны, актуализированы и ни в коем случае и не являются ущербными, как это порой представляется средствами массовой информации. Ближайшая цель ряда подобных псевдоактуальных, как правило, новостийных репортажей преследует собой повышение рейтинга, поддержание тиража, а в конечном - результирующем - итоге оборачиваются повышением градуса социальной напряженности.

1.5 Изложенная аргументация определяет контуры проблем социального обеспечения бывших военнослужащих российской армии - участников боевых и контртеррористических действий как категории российского общества, которая не жалела своей жизни и здоровья при выполнении боевых задач на срочной или контрактной службе и каждая этих задач защищала интересы и будущее России.

С другой стороны, представленная аргументация позволяет констатировать, что усилия федерального центра в правовом, организационном, материальном сопровождении рассматриваемого вопроса организованы как система мероприятий на идеальном или высоком уровне. У этой системы есть чутко настроенный канал обратной связи и все эти взаимоотношения как индикатор социальной напряженности в обществе находятся на плановом контроле и в зоне прямой ответственности Президента Российской Федерации В.В. Путина.

2 Социализация инвалидов и ветеранов боевых действий: состояние вопроса и ближайшие перспективы

2.1 Проблема оказания помощи ветеранам и инвалидам военной действий в виде социальных и реабилитационных услуг принадлежит к числу приоритетных задач федерального уровня. Схематическое представление этой социальной группы (см. рис.) свидетельствует о ее значительной неоднородности, а следовательно, и о различной социальной защищенности.



Рис. Схема изменения социального статуса военнослужащего, принявшего участие в боевых действиях.

На протяжении многих лет задача обеспечения социальной защищенности в Российской Федерации реализовывалась и реализуется как вопрос адаптации военнослужащих к обществу. Сама постановка вопроса свидетельствует об официальной точке зрения общества, т.к. адаптация (*adaptatio* – приспособление) – это приспособление, обеспечивающее организму выживание.

Современное состояние нормативной правовой базы и материально-технических возможностей ориентирована и открывает возможности полноценного вовлечения инвалида (ветерана) боевых действий в жизнь российского общества (социум).

Российская Федерация развивает решение этого вопроса в двух стратегических направлениях – в формате социальных услуг и в формате реабилитации.

2.1.1 Социальные услуги предусматривают помощь и всестороннюю поддержку гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

В зависимости от назначения они подразделяются на 6 основных видов.

2.1.1.1 К одной из наиболее востребованных социальных услуг относится подгруппа социально-правовых услуг, направленная на поддержание или изменение правового статуса, оказание юридической помощи, защиту законных прав и интересов граждан. В качестве наглядного примера правовой защищенности инвалидов (ветеранов) боевых действий можно рассмотреть ситуацию по обеспеченности специальным автотранспортом: за исключением одного федерального округа (Северо-Западного) обеспеченность нуждающихся инвалидов не превышает 10 %, а в Приволжском и Дальневосточном федеральных округах этот показатель не превышает 2 % (!).

Примеров неудовлетворенности социально-правовым статусом достаточно. Наиболее высокий уровень удовлетворенности инвалидов боевой травмы прослеживается в следующих сферах: «Пенсионное обеспечение» – 62%, «Медицинское и санаторно-курортное обеспечение» – 58%). Что означают эти цифры? Они означают, что даже по вопросам наилучшего обеспечения каждый второй инвалид боевой травмы не удовлетворен состоянием дел, т.е. половина инвалидов оценивает деятельность государства и правительства на школьную оценку «неудовлетворительно». При этом исследователи отмечают, что инвалиды всегда дают более низкую оценку социальной обеспеченности по всем направлениям социального обеспечения. Интерпретация такого положения дел проста: социальная защищенность инвалидов среди ветеранов наименьшая, а социальная защищенность ветеранов, в свою очередь, является недостаточной. Социальный результат налицо и первым недостатком в условиях товарно-денежных отношений вне зависимости от существующей формации государства: отсутствие материального достатка, который распространяется на несколько семей (семью инвалида, семьи родителей и близких друзей).

Формализация проблемы и формализованный путь решения проблемы – это оптимизация системы оказания социальных и реабилитационных услуг для бывших военнослужащих. Система сформирована, функционирует. Она просто в недостаточной степени ориентирована на данную категорию граждан России. Вероятно, что потенциал этой системы должен обеспечивать уровень

потребностей для инвалидов (ветеранов) боевых действий, который определен для военнослужащих или выше, т.к. подавляющее большинство всех инвалидов (ветеранов) боевых действий возникают среди лиц мужского пола в возрасте 20-29 лет. Следовательно, этим мужчинам необходимо создать семью, содержать семью, воспитывать детей, получить образование и работу, являясь примером для общества и, в первую очередь, для подрастающего поколения.

Другой элемент рассматриваемой проблемы – недостаточность финансирования целевых программ, социальных и реабилитационных услуг. Количество инвалидов боевой травмы и инвалидов по общему заболеванию в настоящее время приближается к 130 тысячам человек, что не превышает 1 % от общей численности инвалидов РФ. Для этой категории инвалидов (ветеранов) федеральное финансирование осуществляется на единых принципах. Необходимый объем бесплатного медицинского обслуживания доступен только в рамках социально-медицинских услуг. Финансирование статей социально-медицинской помощи осуществляется на уровне муниципалитетов и субъектов отсутствует или минимальное. Федеральный уровень финансирования по своей сути только начинает развиваться, реализуется адресно. Федеральные целевые программы не обеспечивают должного охвата, ориентированы на 10-20-летний период своего функционирования при расчете на однократное оказание помощи. Из этого следует, что если в рамках одной программы ветеран боевых действий получит социально-медицинскую услугу на первом году действия программы, то по другой программе – на двадцатом году от момента постановки на учет с целью получения искомой социально-медицинской помощи. Найти федеральную целевую программу, реализованную полностью, практически невозможно. Достаточно вспомнить федеральную целевую программу по обеспечению ветеранов ВОВ жильем в сочетании с новостийными репортажами актуальных программ ТВ и ток-шоу об отказе в постановке на учет на получение этого жилья.

Среднестатистический показатель ожидания в социальных очередях составляет не менее 5-10 лет. Что это значит для воина-ампутанта? По меньшей мере, он является участником нескольких программ:

- программы по получению первого протеза и средств реабилитации;
- программы по замене протеза и средств реабилитации;
- программы по получению социального жилья и т.д.

Инвалид (ветеран) боевых действий все время что-то ждет. Ждет льгот и реабилитации, гарантированных основным законом государства взамен раз и навсегда утраченного психического и/или физического здоровья. Утраченного при исполнении воинского долга по защите интересов государства.

Ситуация с ожиданием прослеживается и уровне самой востребованной для воинов-ампутантов социальной услуги – протезирования. Сложно представить, что ожидание первого протеза составляет в лучшем случае несколько лет и сопряжено с тяжелейшими материальными, физическими и психическими затратами для инвалида и его близких, а постановка в очередь на получение очередного протеза возможно по приходу в негодность эксплуатируемого протеза.

Перечисленные факты - это не примеры очередности получения гарантированных услуг. Это примеры нарушенных прав ветеранов и инвалидов боевых действий.

2.1.1.2 В отдельную подгруппу услуг отнесены социально-бытовые услуги, направленные на поддержание жизнедеятельности граждан в быту. Следует понимать, что инвалиды – это прежде всего лица с ограниченной работоспособностью. Наиболее очевидная и понятная сторона рассматриваемой проблемы – это более низкий уровень физических возможностей в плане самообслуживания для инвалидов боевых действий, менее очевидная - для инвалидов по общему заболеванию.

Углубленные обследования позволяют выявлять наличие данной проблемы психического плана и среди практически здоровых военнослужащих. По данным психофизиологических исследований А.Т. Давыдова (2015г.) среди военнослужащих, предполагаемых к использованию в контртеррористических операциях должный уровень работоспособности прослеживался в 76,2 % случаев, пограничный уровень работоспособности – в 16,4 % случаев, низкий уровень работоспособности – в 7,4 % случаев. Причиной возникновения пониженной работоспособности являлась боевая психическая травма. По результатам обследования военнослужащих, выведенных из района боевых действий, количество лиц с должным уровнем работоспособности составило 53,8 %, лиц с пограничным уровнем работоспособности – 13,2 %, лиц с низким уровнем работоспособности – 33 %. Лица с пограничным и низким уровнем работоспособности направлены в медицинские учреждения гарнизона. У 19,8 % военнослужащих были выявлены предпатологические психические состояния.

Системность описываемой проблемы подчеркивается Постановлением Правительства РФ от 6 августа 2015 года № 805 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом». В объеме правовой нормы введены понятия «абилитация» и «реабилитационно-абилитационный процесс». Под абилитацией понимается система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

2.1.1.3 Социально-медицинские услуги направлены на поддержание и улучшение здоровья граждан.

Актуальность оказания социально-медицинской помощи инвалидам (ветеранам) боевых действий на современном этапе связана с тем, что характеристики оказания бесплатной медицинской помощи определены формализованными показателями, которые не позволяют реализовать индивидуального подхода в организации лечебно-диагностических мероприятий инвалиду. Этот момент возникает в 100 % случаев демобилизации инвалида, т.к. на момент выписки из лечебного учреждения Минобороны России военнослужащий, не пригодный или ограниченно годный к прохождению дальнейшей службы по состоянию физического или психического здоровья, демобилизуется и переходит в разряд гражданских лиц. Это означает, что потребности инвалида больше или во много раз превосходят возможности действующего стандарта обязательного медицинского страхования. Это приводит к тому, что бывший военнослужащий, по сути, оказывается вне медицинского обслуживания. Например, медицинское обеспечение для группы лиц с

ампутированными конечностями в значительной части сводится к унижительной для него процедуре ежегодного освидетельствования в рамках медико-социальной экспертной комиссии. Ампутант должен подготовить пакет документов и прибыть на заседание комиссии в установленное время. Проблема рассматриваемого момента связана с тем, что реампутация произойти не может, протез еще отсутствует, т.к. не подошла очередь, а человек с большими моральными и материальными затруднениями для себя прибывает на некую диспансеризацию и формальную процедуру освидетельствования того, что он жив и ампутированная конечность не выросла.

Следует четко понимать, что по формальным признакам данные проблемы и конкретные вопросы, вытекающие из нее, оказываются вне компетенции военной медицины и потенциала гражданского здравоохранения, четко соответствуя функциям и задачам социально-медицинских услуг.

Понимание безнадежности ситуации и анализ возможных путей решения показал следующее. Стационары и поликлиники как базовые лечебно-диагностические учреждения Минздрава России в рамках федеральной доктрины по обязательному медицинскому страхованию безнадежно далеки от проблем ветеранов и тем более инвалидов. Их задача: выжить и пройти очередное лицензирование по перечню оказываемых услуг, а затем обеспечить объем поликлинических обращений и госпитализаций в стационаре. Такое решение проблем для инвалидов не является приемлемым. Привязка задачи медицинского обеспечения к органам социальной опеки приведет, с одной стороны, к распылению сил и средств, с другой стороны, к организации социально-медицинской услуги, а следовательно, к закреплению за теми же лечебно-диагностическими учреждениями Минздрава России, которые не состоятельны в оказании врачебной помощи для этой категории граждан Российской Федерации.

2.1.1.4 Подгруппа социально-психологических услуг предусматривает коррекцию психологического статуса индивидуума и психологического состояния общества.

Актуальность воздействия психологического фактора на военнослужащих убедительно аргументируется следующими фактами:

- санитарные потери психиатрического профиля в локальных войнах в Корее и Вьетнаме составили, соответственно, 15 % и 12 % от всех санитарных потерь;
- психиатрические потери Израиля в период ведения боевых действий в Ливане были в 2 раза выше, чем убитыми;
- психические расстройства у военнослужащих в английской армии в период Фолклендского конфликта составили 7 % боевых санитарных потерь в частях, ведущих наиболее интенсивные боевые действия. Среди всех эвакуированных больные психиатрического профиля составили около 2 %;
- среди военнослужащих 40-й армии, участвовавших в ведении боевых действий в Афганистане, эндогенные и реактивные психозы отмечались в 0,8–1,1 % случаев.

Данная категория лиц нуждалась в специализированной психиатрической помощи и, как правило, подлежала эвакуации в окружной военный госпиталь. У большинства лиц, принимавших участие в ведении боевых действий на территории Афганистана, были выявлены также изменения нервно-психической деятельности, не достигавшие уровня заболевания, а проявлявшиеся на уровне

предпатологии в виде неполных наборов симптомов и синдромов, характерных для конкретных заболеваний. Такого рода нарушения, в том числе боевые психические травмы, в число санитарных потерь психиатрического профиля не входили.

По оценкам отечественных специалистов в квалифицированной психологической помощи нуждается значительная часть военнослужащих, выполнявших боевые задачи. До 25 % личного состава, выведенного из зоны боевых действий, нуждается в целом комплексе реабилитационных мероприятий с целью предупреждения постстрессовых реакций, известные как боевая психическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство. Возникновение последних обусловлено следующими факторами:

- часто наблюдаемой тяжелой травматической патологией вследствие огнестрельных ранений и минно-взрывных травм;
- широким распространением сочетанной травмы;
- более тяжелым течением соматических и инфекционных заболеваний;
- высоким процентом инвалидизации;
- почти 100-процентной нуждаемостью в социально-психологической адаптации вследствие психотравмирующего действия боевой обстановки;
- преимущественно молодым и трудоспособным возрастом участников боевых действий.

Многочисленные сообщения в области реабилитации ветеранов и инвалидов боевых действий позволяют обобщать и утверждать, что ветераны и инвалиды испытывают устойчивую ситуационную социально-психологическую дезадаптированность, так как все возможные проблемы фокусируются в формате психологических проблем. Это приводит тому, что у личности, предпринимающей попытки приспособления к обществу и не находящей путей или средств адаптации в определенных социальных ситуациях, развивается специфический защитный комплекс (проще говоря, комплекс неудачника), одним из признаков которого является искаженное восприятие и осознание окружающего мира и своего социального статуса в этом мире. Это активизирует собственные симптомы и синдромы психосоматической природы, которые устойчиво прогрессируют даже на фоне специализированного лечения и реабилитации.

2.1.1.5 Социально-педагогические услуги направлены на профилактику отклонений в поведении и аномалий личного развития клиентов социальных служб, формирование у них позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, организацию их досуга, оказание содействия в семейном воспитании детей. В данном моменте следует акцентировать, что прямая педагогическая услуга не акцентируется, но важна, т.к. после возвращения к мирной жизни у инвалида (ветерана) боевых действий, как правило, нет образования и трудового стажа. В связи с этим встает вопрос о необходимости получения образования. По оценкам экспертов, занимающихся проблемами инвалидов (ветеранов) боевых действий и военной травмы, примерно у 70 % из них возникают проблемы с обучением. Помимо материальных (нет денег на обучение), возникают серьезные проблемы в связи со снижением способности к обучению. Кроме того, студенческая среда во

многим психологически чужда инвалидам (ветеранам) боевых действий, испытавшим тяготы войны.

2.1.1.6 Подгруппа социально-экономических услуг направлена на поддержание и улучшение жизненного уровня посредством:

- а) предоставления льгот, пособий, компенсаций, пособий и других выплат;
- б) оказания материальной помощи, компенсации ряда расходов;
- в) содействия в обеспечении протезами и протезно-ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, очками;
- г) содействия в решении вопросов занятости посредством трудоустройства, направления на курсы переподготовки, поиска временной (сезонной) работы, работы в условиях сокращенного рабочего дня, работы на дому;
- д) консультирование по вопросам самообеспечения граждан и их семей, развития семейного предпринимательства, надомных промыслов, другим вопросам улучшения клиентами своего материального положения.

Перечисляемые проблемы социально-экономической направленности не новы. Они известны. Обобщая данные целенаправленных мониторингов, следует компилировать факт того, что в Российской Федерации отчетливо прослеживаются и сохраняются две противоположные тенденции. Первая тенденция – это возрастающая государственная и общественная значимость военной службы. Вторая тенденция – это низкий престиж и привлекательность военной службы. Причина этого известна и определена: актуальность проблем в военно-социальной сфере государства. Путь решения определен так (Е.А. Морозова, 2013): «... повышение внимания к вопросам социальной защиты инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. В этой связи обращает на себя внимание потребность проведения целенаправленной военно-социальной политики, направленной на последовательное повышение уровня и качества жизни исследуемой категории граждан. А также поэтапное включение социальной группы инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, а также членов их семей, в качественно иную социальную группу населения, характеризующую как «средний класс».». Таким образом, есть очень простой путь для решения значительной части проблем и вопросов ветеранов и инвалидов боевых действий и военных травм: создание материального достатка в условиях товарно-денежных отношений. В этом случае материальный достаток способен безбедно и своевременно обеспечивать потребности этой социальной группы населения в должном объеме по всем востребованным видам социальных услуг.

2.1.2 Вторым направлением полноценного вовлечения инвалида (ветерана) боевых действий в жизнь российского общества является реабилитация.

Реабилитация или система реабилитационных мероприятий как совокупность реабилитационных услуг представляет собой следующий набор и последовательность мероприятий (п. 4.9 ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»):

- обследование;
- проведение реабилитационно-экспертной диагностики;
- проведение реабилитации;
- мониторинг за ходом реабилитации;
- оценка эффективности реабилитационных воздействий.

По назначению выделены 3 вида реабилитационных услуг (п. 5.1 ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»):

- услуги по медицинской реабилитации;
- услуги по профессиональной реабилитации;
- услуги по социальной реабилитации.

Медицинская реабилитация определена как комплекс медицинских мер воздействия на человека-инвалида, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности, с целью восстановления, поддержания и охраны здоровья инвалида.

Профессиональная реабилитация инвалида представляет собой комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида или приобретение им новых профессиональных навыков в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, с целью обеспечения стабильной трудовой занятостью инвалида и достижение им материальной независимости.

Социальная реабилитация инвалидов определена как комплекс мер, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях, с целью восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

2.2 В изложенном объеме информации достаточно сложно ориентироваться, но детализация и анализ действующей нормативной базы Российской Федерации в области правового поля по вопросам инвалидов (ветеранов) боевых действий на основе системных представлений и системогенезе правоотношений приводит к следующим выводам:

1) В Российской Федерации реализована система межведомственных мероприятий по социализации инвалидов, в том числе инвалидов боевых действий и военной травмы, в общество. Иначе говоря, в Российской Федерации создана и функционирует система социализации инвалидов.

2) Элементами этой системы являются учреждения различных форм собственности. Характер их взаимоотношений между собой определен и дистанцирован ведомственными рамками. Это позволяет определить, что система социализации инвалидов функционирует как совокупность отдельных механизмов, а каждый механизм представляет собой совокупность отдельных элементов этой системы, объединенных общей целью и задачами в пределах единых регуляторных процессов. Таким образом, совокупность учреждений, ориентированных в своих целях и задачах на социализацию инвалидов, в пределах одного министерства образует отдельный механизм единой государственной системы социализации инвалидов (ветеранов) боевых действий, а эти механизмы в пределах органов федеральной связи при единой регуляции правовых вопросов образуют систему социализации инвалидов (ветеранов) боевых действий в Российской Федерации.

3) Целью функционирования каждого механизма является достижение полезного результата деятельности в пределах реабилитационно-

абилитационного процесса. Таким образом, каждое министерство – Минздрав России, Минкультуры России, Минобрнауки России, Минтруд России – в пределах своей компетенции в рамках соответствующего исполнительного механизма обеспечивает процесс социализации и соответствующий полезный результат посредством реализации мероприятий, относящихся к реабилитации, абилитации, социальным услугам.

4) Элементарным «кирпичиком» взаимоотношений в системе социализации инвалидов (ветеранов) боевых действий является услуга. С учетом ее содержания она будет относиться к числу реабилитационных, абилитационных или социальных услуг. Учитывая, что ни одно правовое лицо как поставщик услуг не может оказать весь спектр реабилитационных услуг, а также существующих социальных услуг, то следует определить, что структурным – первообразующим - «кирпичиком» взаимоотношений в системе социализации инвалидов (ветеранов) боевых действий является и будет являться социальная услуга.

2.3 С времен Древней Греции принято считать, что каждый человек, общество, система имеют свою «ахиллесову пятау». Эта ситуация распространяется и на систему социализации инвалидов. Обсуждаемый момент можно определить как проблему вовлечения инвалидов (ветеранов) боевых действий в систему социализации. Суть проблемы сводится к тому, что инвалид (ветеранов) боевых действий не знает или мало знает о федеральной системе социальных и реабилитационных мероприятий, а эта система не знает об инвалиде. В этой области взаимоотношений, формирующейся на стыке ответственности различных министерств, не хватает единой координации процесса, который, исходя из аналогии с компьютером, следует определить как интерфейс, обеспечивающий синхронизацию межведомственных усилий по реализации прав инвалидов (ветеранов) боевых действий в дореабилитационный период. Актуальность этого периода для каждого инвалида (ветерана) боевых действий представляется архиважной – *ключевой* для данной концепции - и будет рассмотрена далее.

3 Реабилитационный Центр: функциональное предназначение, этапы развития

3.1 Суть нововведений, предлагаемых к реализации в реабилитационном Центре «Московский Дом Чешира», в своей содержательной части позволяет говорить о конструировании и построении идеологии оказания реабилитационных и социальной услуг на временном этапе, когда военнослужащий находится на этапе демобилизации или демобилизован, но не приступил к реализации к использованию своих прав и льгот. По содержанию этот период является переходным от воинской службы в гражданскую, но возвращение в гражданскую жизнь реализуется в другом статусе – статусе инвалида. Этот период наиболее сложный: сложный для демобилизуемого или демобилизованного, сложен для семьи демобилизованного, для близких друзей и родственников. Терминологически этот временной период не определен, но в

рамках действующих понятий и терминологии может быть назван как первичный участок реабилитации и определен следующим образом:

Первичный участок реабилитации – это временной период в жизни демобилизуемого (демобилизованного) военнослужащего, который в своих последующих правах гражданской жизни соответствует статусу инвалида (ветерана) боевых действий, перестает (перестал) пользоваться правами и льготами военнослужащего российской армии, но не приступил к полноценной реализации комплекса прав и льгот в связи с получением статуса инвалида (ветерана) боевых действий.

Соответственно под мероприятиями первичного участка реабилитации следует понимать комплекс реабилитационных и социальных услуг от постановки на учет, организации и получения социальных услуг и до готовности бывшего военнослужащего к получению реабилитационных мероприятий, в том числе и в рамках лечения и реабилитации на санаторно-курортном отдыхе.

Такой подход исключает морально-психологические и физические затраты для ветерана, обеспечивает более высокий уровень социальной доступности на уровне сервиса. Для органов социальной защиты и организаций, оказывающих высококвалифицированную или специализированную реабилитационную помощь, подобный сервис улучшает элементы менеджмента и маркетинга.

3.2 Следует понимать, что в настоящее время среди большого числа организаций, ориентированных на оказание услуг ветеранам и инвалидам боевых действий, отсутствует тип учреждения, который был бы функционально ориентирован на ветеранов и инвалидов, демобилизуемых или только что демобилизованных из армии. С одной стороны, это достаточно разнородная группа лиц. С другой стороны, в силу организационно-правовых моментов органы социальной защиты существуют на всех уровнях многоуровневых государственных структур. Однако рабочим органом являются органы социальной защиты районных администрации, а функции всех вышестоящих ограничиваются координацией и контролем. При всей общественной значимости категории ветеранов и инвалидов эта группа лиц оказывается не самой актуальной, т.к. в рамках оказания социальной помощи и опеки возникают группа лиц, нуждающихся в оказании неотложной социальной помощи (погорельцы, беженцы и другие группы, не имеющие крова и хлеба). Таким образом, ветерану сложно «войти» или «включиться» в эту систему взаимоотношений, из всего спектра потенциально гарантированных услуг он, ориентируясь на свои силы, оформляет наиболее затратные или востребованные услуги, например, протезирование, получение путевки на лечение или реабилитацию в условиях санаторно-курортного отдыха и т.д. Наиболее зримо этот момент прослеживается в том, что большинство инвалидов (ветеранов) боевых действий с ежегодной периодичностью отказываются от монетизации льгот в пользу материальной компенсации. Это происходит потому, что инвалидов (ветеранов) боевых действий не могут реализовать свой пакет льгот.

Таким образом, реабилитационный Центр «Московский Дом Чешира», ориентируясь и концентрируясь на первичный участок реабилитации, способен реализовать методически новый подход к реализации социальных и реабилитационных услуг для инвалидов (ветеранов) боевых действий и выступить

в качестве площадки по оптимизации и координации реабилитационной работы с инвалидами боевых действий и военной травмы города Москвы.

Смысл реализации потенциально возможных реабилитационных и социальных услуг, оказанных «Московским Домом Чешира» на протяжении четверти века (1992-2017 гг.), во многом сводился к функции социальной гостиницы. К настоящему моменту времени этот объем помощи может быть актуализирован и актуализирован с учетом ближайших перспектив развития. Основные инновационные моменты сформулированы в ниже следующих положениях.

3.2.1 Положение № 1: Приоритет преемственности, последовательности и неотложности оказания услуг.

Данное положение применительно к первичному звену реабилитации предполагает ряд организационно-координационных мероприятий на базе лечебных учреждений Минобороны России расположенных на территории города Москвы (Московской области), обеспечивающих демобилизуемому военному служащему (претендующего на статус инвалида военной травмы) информационную поддержку о возможности пребывания в реабилитационном Центре «Московский Дом Чешира» и наоборот – реабилитационному Центру «Московский Дом Чешира» о демобилизуемом военном служащем (инвалиде (ветеране) боевых действий). Таким образом, инвалид (ветеран) боевых действий будет знать о Центре, а Центр будет знать об инвалиде, что обеспечит инвалиду (ветерану) боевых действий преемственность, последовательность, неотложности оказания реабилитационных и социальных услуг. В реализации такого подхода будут заинтересованы лечебные учреждения Минобороны России и инвалид.

3.2.2 Положение № 2: Приоритет комплексности оказания услуг.

Среди возможных направлений оптимизации оказания социальных услуг следует определить приоритет комплексности и адресности их оказания. Под приоритетом комплексности понимается оказание социальных услуг в объеме потребностей инвалида (ветерана) боевых действий, т.к. другой удобной ситуации для решения актуальных вопросов в условиях безбарьерной среды проживания и при наличии активных помощников вне реабилитационного Центра «Московский Дом Чешира» не будет. В качестве примера можно рассмотреть следующую ситуацию. В рамках осмотра и опроса инвалида (ветерана) боевых действий на момент поступления в Центр реабилитации выявлено, что, кроме документально определенных услуг протезирования, у человека существует ряд потребностей:

- потребность восстановления утраченного документа с места службы;
- необходимость реализации диагностических мероприятий в виде УЗИ органов брюшной полости, не входящих в объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых государством в рамках обязательного медицинского страхования;
- проживание в Центр реабилитации «Московский Дом Чешира» в период прохождения освидетельствования в медико – социальной комиссии (МСЭ);
- проживание в Центр реабилитации «Московский Дом Чешира» в период изготовления (ремонт) протеза или получение средств реабилитации.

Инвалиду (ветерану) боевых действий как жителю города Москвы, проживающему в обычной панельном многоэтажном многоквартирном доме

стандартного микрорайона, решение этих задач для него и его семьи представляет собой прохождение целого «квэста» с рядом существенных морально-психологических и материальных затрат продолжительностью в полгода. В условиях Центра реабилитации «Московский Дом Чешира» эти потребности будут решены в рамках социально-правовых и социально-медицинских услуг.

3.2.3 Положение № 3: Обеспечение социальной комфортности пребывания инвалидов (ветеранов) боевых действий за счет пребывания в кругу членов семьи.

Частично подобная льгота предусмотрена в рамках реабилитации данной категории лиц, например, для инвалидов I группы. Эта льгота достаточно широко распространена за рубежом. Это очень важно для инвалида, т.к. пребывание вне дома с семьей в качестве главы семьи и кормильца является значимым, реальным, видимым жестом и знаком уважительности благодарного общества к инвалиду, тем более инвалиду боевых действий или инвалиду военной травмы. Этот момент значим для мужчины, для его жены, детей. Важен материально, психологически, морально, этически, а самый важный и отсроченный эффект – это воспитательный эффект для общества, когда инвалид (ветеран) боевых действий в рамках социокультурной программы пребывания в социальном учреждении на автомобиле социальной помощи вместе со всей семьей будет доставлен и как равноправный член общества посетит концерт, киносеанс, выставку, зоопарк. Вероятно, что данную льготу целесообразно распространять и для членов семей погибших военнослужащих в «горячих точках».

Высказанное мнение основывается на мнении других компетентных исследователей данного вопроса. Так специалисты Центра восстановительной терапии инвалидов и ветеранов боевых действий «Возрождение», Государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко (г. Воронеж) в своем сообщении от 2004 года обоснованно указывают, что граждане России, получившие ранения, травмы, увечья, пережившие сильный психологический стресс, а также лица, имеющие посттравматические проявления, которые возникли в ходе боевых действий или участия в военных действиях заслуживают предоставления им обсуждаемых льгот. В своем видении этой проблемы специалисты идут дальше – они обосновывают и предлагают распространить эти социальные льготы и права на членов их семей, ближайших родственников погибших, а также на лиц и категории, явившихся фактическими ликвидаторами катастроф и чрезвычайных ситуаций, т.е. сотрудников и работников МЧС, МВД, прочих служб и населения. Вероятно, что такая точка зрения актуальна.

3.2.4 Положение № 4: Оперативный и мультифункциональный режим работы. Оперативный режим работы достигается за счет того, что реализуется график работы по принципу «24 часа в сутки – 7 дней неделю – 365 дней в году». Мультифункциональность обеспечивается оперативным решением вопросов жизнеобеспечения для других социальных категорий граждан, ставших гостями города Москвы. Подобный опыт у реабилитационного Центра «Московский Дом Чешира» имеется, он успешен и реализуется исключительно в рамках взаимодействия с органами социальной защиты города Москвы.

3.3 Совокупность предлагаемых решений позволяет говорить о совершенствовании технологии представления реабилитационных и социальных услуг. Это совершенствование технологии, а по сути, инновационный подход,

более четко контурирует устраняемые недостатки, которые можно представить в виде двух моментов. Первый момент, это недостаток организационных мероприятий и мероприятий по координации этих организационных мероприятий. Второй момент, это дефицит финансирования социальных услуг и мероприятий реабилитации, востребованных данной социальной группой.

Для такой, казалось бы, сложной и запутанной ситуации отсутствует простое и одномоментное решение. Однако аналог потенциальному решению рассматриваемой проблемы есть. Он реализован в ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. Федорова и в одиннадцати филиалах этой клиники. Расширенный вариант организационных мероприятий позволяет практически мгновенно провести комплекс диагностических мероприятий, реализовать лечебный компонент на уровне высококвалифицированной и специализированной врачебной помощи, которая поддерживается за счет более высокого уровня финансирования относительно финансирования поликлинического уровня врачебной помощи. Однако исключительно организационные мероприятия в данной группе офтальмологических клиник обеспечивают большее количество пролеченных, которые при наличии более затратных лечебно-диагностических мероприятий в конечном итоге обеспечивают для клиники рентабельность и прибыльность при соответствии требованиям и рекомендациям, предъявляемым к лучшим мировым офтальмологическим клиникам.

Ранее представленные инновационные моменты деятельности Центра реабилитации «Московский Дом Чешира» позволяют считать, что в своей совокупности они обеспечат достижение этой организации намеченных цели и ориентиров деятельности.

3.4 Основываясь на выше изложенной информации можно логично определить цель и ориентиры деятельности Центра реабилитации «Московский Дом Чешира»:

Цель деятельности: реализация инновационного подхода организации и предоставления реабилитационных и социальных услуг, обеспечивающего инвалидам (ветеранам) боевых действий получение комплекса услуг на первичном участке реабилитации.

Ориентиры деятельности основываются на следующих положениях:

Положение № 1: Приоритет преемственности, последовательности и неотложности оказания услуг.

Положение № 2 Приоритет комплексности оказания услуг.

Положение № 3: Обеспечение социальной комфортности пребывания инвалидов боевых действий и инвалидов военной травмы за счет пребывания в кругу членов семьи.

Положение № 4: Оперативный и мультифункциональный режим работы.

3.5 Основные этапы развития Центра реабилитации «Московский Дом Чешира»:

I этап - период восстановления (2015-2018 гг.):

- определение правового статуса учреждения;
- становление партнерских отношений с благотворительным международным фондом Леонарда Чешира, Министерством труда и социальной

защиты РФ, органами государственной власти города Москвы и Московской области, образовательными учреждениями высшего образования.

- разработка проекта капитальный ремонт здания и сооружений;
- обустройство придомовой территории;
- организация мероприятий по реабилитации инвалидов боевых действий;
- возобновление работы социальной гостиницы;
- организация расширенного спектра социальных и реабилитационных услуг.

II этап – период расширения (2017-2020 гг.):

- проектирование, строительство и ввод новых объектов обеспечивающих развитие деятельности Центра реабилитации «Московский Дом Чешира»;
- создание (благоустройство) лесопарковой зоны с малыми архитектурными формами;
- обоснование ресурсной потребности и создание собственной материально-технической базы по организации и реализации социальных и реабилитационных услуг с решением кадрового вопроса;
- разработка методической базы в области практических вопросов организации и реализации социальных и реабилитационных услуг для инвалидов (ветеранов) боевых действий и членов их семей;
- развитие грантовой деятельности.

III этап – период практической деятельности.

- становление собственной материально-технической базы и кадрового потенциала;
- доведение ресурсных возможностей Центра реабилитации «Московский Дом Чешира» до 50-70 % ресурсных потребностей на первичном участке реабилитации инвалидов (ветеранов) боевых действий города Москвы;
- оптимизация методической базы по решению практических вопросов организации и реализации социальных и реабилитационных услуг первичном участке реабилитации для инвалидов (ветеранов) боевых действий и членов их семей;
- реорганизация и оптимизация деятельности организации, ориентированная на достижение рентабельности.

Индикаторами эффективности работы должны стать:

- конкурентоспособность учреждения в оказании социальных и реабилитационных услуг для бывших инвалидов (ветеранов) боевых действий и членов их семей;
- стабильность и увеличение доли финансирования за счет средств федерального бюджета и средств, получаемых на договорной основе.

3.6 Риски и преимущества деятельности Центра реабилитации «Московский дом Чешира»:

3.6.1 Потенциальные риски:

- отсутствие устойчивого уровня финансирования;
- отсутствие совместных научно-исследовательских работ, грантовой деятельности.

3.6.2 Потенциальные преимущества реализации новой технологии представления услуг на базе Центра реабилитации «Московский Дом Чешира» заключаются в следующем:

- наличие коллектива и опыта деятельности;
- положительный имидж учреждения;
- наличие материально-технической базы (территория, строения, и.т.д.);
- наличие перспектив качественного и количественного развития;
- положение транспортной доступности для города Москвы.

3.6.3 Объем территориальной компетенции города Москва.

4 Заключение

4.1 Представляемая концепция развития не является форматом самовыражения амбиций одного человека или коллектива. Разработка этого документа осуществлялась достаточно долго и потребовала творческих усилий различных специалистов, осуществляющие практическую деятельность в области социальной защиты в интересах ветеранского движения Российской Федерации, а также юристов, правоведов, врачей, сотрудников образовательных учреждений высшего образования.

4.2 Первыми рецензентами, оценившими объем, качество проработки и представления материала по перспективе развития Центра реабилитации «Московский Дом Чешира» как Центра практического решения проблем инвалидов (ветеранов) боевых действий считаем инвалидов (ветеранов) боевых действий Российской Федерации, получавших реабилитационные услуги в 2016 и в 2017 годах в Центре реабилитации «Московский Дом Чешира». Для авторского коллектива важно, что бы российский гражданин всех поколений, занимавшихся по словам Президента России В.В. Путина, «... настоящим мужским делом – защищать Родину, семью, любимую», знал и верил, что Родина в долгу не останется.

Искренне считаем, что ориентиром деятельности региональной общественной организации «Общество инвалидов войны в Афганистане «Московский Дом Чешира» являлась и будет являться мысль, высказанная русским философом И. Ильиным: *«Военный инвалид есть почетное лицо в государстве»*.

В качестве заключительного положения концепции региональной общественной организации «Общество инвалидов войны в Афганистане "Московский Дом Чешира"», которая ориентирована на решение отдельного – маленького и конкретного – вопроса жизнедеятельности инвалидов (ветеранов) боевых действий на первичном участке реабилитации среди многообразия социальных проблем общества, используем цитату Президента Российской Федерации В.В. Путина из Послания к Федеральному Собранию Российской Федерации от 04 декабря 2014 года: *«Каждый, кто готов брать на себя ответственность, должен быть вовлечен в реализацию планов развития страны, конкретных регионов и муниципалитетов. Если государство и общество действуют в одной повестке, в атмосфере сотрудничества и доверия, - это*

гарантия достижения успеха». В связи с этим считаем возможным резюмировать, что Центр реабилитации «Московский Дом Чешира» - это состоявшийся и сплоченный коллектив, взявший на себя ответственность в реализации планов по оказанию социальных услуг инвалидам (ветеранам) боевых действий. Четверть века действует и готов действовать в одной повестке с общественными объединениями ветеранов и органами социальной защиты города Москвы по оказанию адресной помощи инвалидам (ветеранам) боевых действий в наиболее уязвимом для них участке жизни, который в рамках медицинской терминологии определяется как участок первичной реабилитации.

Приложения

Список нормативных правовых актов, использованных при работе над концепцией развития реабилитационного Центра «Московский дом Чешира»

- 1 Конституция Российской Федерации.
- 2 Федеральный закон № 40-ФЗ от 02.01.2000 года «О ветеранах».
- 3 Федеральный закон № 82-ФЗ от 19.05.1995 года «Об общественных объединениях».
- 4 Федеральный закон № 122-ФЗ от 2 августа 1995 года «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»
- 5 Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 года «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
- 6 Федеральный закон № 76-ФЗ от 27.05.1998 года «О статусе военнослужащих» (в ред. от 03.04.2017).
- 7 Федеральный закон № 442-ФЗ от 28.12.2013 года «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
- 8 Указ Президента Российской Федерации № 597 от 7 мая 2012 года «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
- 9 Постановление Правительства РФ № 565 от 04.07.2013 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
- 10 ГОСТ Р 52143-2003. Национальный стандарт РФ «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг» (введен в действие Постановлением Госстандарта России № 327-ст от 24 ноября 2003 г.
- 11 ГОСТ Р 52876-2007. Национальный стандарт РФ «Услуги организаций реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования № 554-ст от 27.12.2007).
- 12 ГОСТ Р 53874-2010. Национальный стандарт РФ «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта № 254-ст от 17.09.2010).
- 13 ГОСТ Р 50646-2012. Национальный стандарт РФ «Услуги населению. Термины и определения» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта № 1612-ст от 29.11.2012)
- 14 Приказ Минтруда России № 664-н от 29.09.2014 «Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ».
- 15 Приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы № 114 от 11.03.2014 «О совершенствовании порядка работы реабилитационно-образовательных учреждений».
- 16 Постановление Правительства Москвы № 301-ПП от 3 июля 2012 г. «Об утверждении административных регламентов предоставления государственных услуг Департаментом социальной защиты населения города Москвы».

Глоссарий

Адаптация	(adaptatio — приспособление) – это приспособление, обеспечивающее организму выживание
Адаптация социальная	(adaptatio – приспособление, socialis – общественный) – это приспособление, обеспечивающее индивидууму или социальной группе приспособление к материальным условиям, нормам, ценностям общества.
Здоровье	<p>– это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.</p> <p>Уровни здоровья: 1) индивидуальное здоровье (здоровье отдельного человека); 2) групповое здоровье (здоровье социальных и этнических групп); 3) региональное здоровье (здоровье населения административных территорий); 4) общественное здоровье (здоровье популяции, общества в целом).</p> <p>Виды здоровья: психическое, социальное, физическое, духовное. (Устав ВОЗ, 1960)</p>
Инвалид	<p>(от лат. invalidus - слабый, немощный) – лицо, частично или полностью утратившее трудоспособность; в России – это старый солдат, неспособный к строевой военной службе из-за увечья и ран; иногда то же, что ветеран. До военных реформ 1860-70-х гг. использовались для гарнизонной и караульной службы. (Большой энциклопедический словарь)</p> <p>– отслуживший, заслуженный воин, неспособный к службе за увечьем, ранами, дряхлостью. (Словарь Даля)</p>
Лечение	– процесс, целью которого является облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания или травмы, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности; нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.
Механизм	– устройство, определяющее порядок какого-либо вида деятельности;

	<p>– совокупность элементов системы, из которых складывается совокупность какого-либо вида явления;</p> <p>– система тел (элементов системы), предназначенная для преобразования и передачи энергии одной или нескольких систем в энергию конкретного процесса.</p> <p>(Энциклопедические и толковые словари)</p>
Механизм реабилитации	– совокупность мероприятий, обеспечивающих реализацию процесса реабилитации.
Реабилитационная услуга инвалиду	<p>– действие реабилитационных организаций, заключающееся в оказании инвалиду комплекса медицинских, психологических, педагогических, профессиональных, юридических и других услуг для устранения или возможно полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.</p> <p>(п. 3.1. ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»)</p>
ПТСР	<p>– посттравматическое стрессовое расстройство («вьетнамский синдром», «афганский синдром») – патологическое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций (участие в военных действиях, тяжёлая физическая травма, угроза смерти).</p> <p>Формирование ПТСР возникает на базе нескольких психосоматических симптомов (в том числе, психопатологического переживания, поведения избегания, выпадения памяти, высокого уровня тревожности), которые в своем сочетании и интенсивности проявлений формируют большое многообразие клинических форм патологии (более 30), каждое из которых требует специфического лечения и системы реабилитационных мероприятий. Вне специфического лечения и мероприятий реабилитации ПТСР прогрессирует и утяжеляется до инвалидизации.</p> <p>ПТСР развивается у 10-25 % участников боевых действий. В ходе контртеррористических операций это показатель достигает 95 %.</p> <p>Более 2-5 % ветеранов, страдающих ПТСР, нуждаются в периодической и регулярной медико-психологической помощи не менее 1-2 раз в год, т.к. представляют опасность для себя и окружающих.</p>
Система	– (от греч. <i>sysntema</i> – целое, составленное из частей; соединение) множество элементов, находящихся в

отношениях и связях друг с другом, образующих определенную целостность, единство.
(Большой энциклопедический словарь)

- Социальные услуги – это услуги, предоставляемые в дополнение к услугам по социальной реабилитации инвалидов по тем направлениям, по которым не удалось снять ограничения жизнедеятельности реабилитационными мероприятиями, в том числе применением технических средств реабилитации.
(раздел 6 ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»)
- это услуги, которые должны предусматривать помощь и всестороннюю поддержку гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
- Социально-бытовые услуги – это услуги, направленные на поддержание жизнедеятельности граждан в быту.
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
- Социально-медицинские услуги – это услуги, направленные на поддержание и улучшение здоровья граждан.
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
- Социально-психологические услуги – это услуги, предусматривающие коррекцию психологического состояния граждан для их адаптации в среде обитания (обществе).
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
- Социально-педагогические услуги – это услуги, направленные на профилактику отклонений в поведении и аномалий личного развития клиентов социальных служб, формирование у них позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, организацию их досуга, оказание содействия в семейном воспитании детей.
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
- Социально-экономические услуги – это услуги, направленные на поддержание и улучшение жизненного уровня.
(п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)

Социально-правовые услуги	- это услуги, направленные на поддержание или изменение правового статуса, оказание юридической помощи, защиту законных прав и интересов граждан. (п. 4 ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг»)
Социум (общество)	– форма объединения людей, обладающих общими интересами, ценностями и целями. (Толковый словарь)
Услуга	– результат непосредственного взаимодействия исполнителя и потребителя, а также собственной деятельности исполнителя услуг по удовлетворению потребности потребителя услуг. (п. 3.1.1. ГОСТ Р 50646-2012 «Услуги населению. Термины и определения»)