МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

**бакалаврська робота**

**студента заочної форм навчання**

**спеціальності 6.130102 – Соціальна робота**

**Нікітюк Тетяни Миколаївни на тему:**

**«Соціальна робота з інвалідами в умовах сучасного соціуму»**

**Науковий керівник - доцент психологічних наук,**

**професор Завацька Н.Є.**

Сєвєродонецьк

2018

**Зміст** стр.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ВСТУП** | **3** |
| **2. МІЖНАРОДНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ІНВАЛІДІВ** | **3** |
| **3. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ** | **4** |
| **4. ІНВАЛІДНІСТЬ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА** | **8** |
| 4.1 Критерії інвалідності | **9** |
| 4.2 Групи інвалідності | **14** |
| 4.3 Причини інвалідності | **16** |
| 4.4 Правила, засновані на принципі забезпечення рівних можливостей | **21** |
| **5. СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ІНВАЛІДАМИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ** | **30** |
| 5.1 Соціальний захист осіб з інвалідністю | **33** |
| 5.2 Соціальний захист громадян, постраждалих внаслідок | **38** |
| 5.3 Соціальний захист учасників антитерористичної операції | **42** |
| 5.4 Соціальний захист внутрішньо переміщених осіб | **49** |
| **6. Література** | **52** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Соціальна робота з інвалідами є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої — правові основи соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами тощо.

**МІЖНАРОДНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО ЗАХИСТУ ІНВАЛІДІВ**

Основу правового захисту людей з інвалідністю становлять міжнародні стандарти щодо забезпечення прав і гарантій соціального захисту дітей-інвалідів і дорослих людей, що відображені в документах Організації Об'єднаних Націй: Декларації прав дитини (1959 p.), Декларації соціального прогресу та розвитку (1969 p.), Декларації про права розумово відсталих осіб (1971 p.), Декларації про права інвалідів (1975 p.), Всесвітній програмі дій стосовно інвалідів (1981 p.), Конвенції про права дитини (1989 p.), Всесвітній декларації щодо забезпечення виживання, розвитку і захисту дітей (1990 p.), Принципах захисту психічно хворих і покращання психіатричної допомоги (1991 p.), Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 р.) та інших документах.

Проблеми, з якими стикаються інваліди вперше були висвітлені у Всесвітній програмі дій щодо інвалідів Організації Об'єднаних Націй, яка поставила перед державами-учасниця-ми такі завдання:

· планування, організація і фінансування соціальної допомоги інвалідам на кожному рівні;

· створення через законодавство необхідної правової, адміністративної основи для вжиття заходів;

· надання послуг з відновлення працездатності інвалідів, забезпечуючи допомогу в соціальній сфері, в галузі харчування, медицини, освіти, професійної підготовки, а також у забезпеченні інвалідів допоміжними та технічними засобами;

· мобілізація матеріальних і фінансових ресурсів відповідних державних і приватних підприємств з надання підтримки і здійснення глобальної стратегії;

· сприяння участі інвалідів та організацій інвалідів у прийнятті рішень, що стосуються глобальної стратегії.

Важливими у цьому процесі є такі оцінювальні показники: нове законодавство, що містить основні положення Всесвітньої програми; нові програми допомоги; додаткова кількість осіб, які користуються послугами; підвищення відповідних бюджетних асигнувань; додаткова кількість інвалідів, які мають регулярні заняття.

**ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

У 70-х pp. XX ст. з ініціативи ВООЗ розгорнулася дискусія щодо термінологічного апарату хвороб, порушень, патологічних станів, інвалідизації особистості. Зверталась особлива увага на розгалуження понять "вада", "інвалідність", "непрацездатність". Спеціальні дослідження довели, що хвороба перешкоджає здатності індивіда до виконання певних функцій та обов'язків; хвора людина не може стабільно виконувати свою звичну соціальну роль. Наслідки, які лежать в основі феномену хвороби, слугують продовженням процесу: хвороба — порушення функції — інвалідність — фізичні та інші вади. Порушення функцій та інвалідність можуть бути ледве помітними чи непомітними з першого погляду; тимчасовими чи постійними, прогресуючими чи регресуючими. Фізичні та інші вади не завжди виникають в результаті інвалідизації, іноді порушення функції викликне дефект одразу, без проміжних стадій інвалідності. Крім індивідуальних обмежень, які виникають внаслідок порушення функції (інвалідності), соціальні фактори і фактори навколишнього середовища можуть поглиблювати чи пом'якшувати умови, які призводять до фізичних та інших вад.

Перше офіційне визначення поняття "інвалід" дається в Декларації про права інвалідів (1975 p.): інвалідом є будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального і/чи соціального життя через ваду, вроджену або набуту, фізичні чи розумові здібності. Таким чином, змінилась структура поняття, з'явилися соціальні фактори (нормалізація і/чи соціалізація), вікові (з дитинства) і біологічні (фізичні та розумові здібності).

Медична модель інвалідності визначається у науковій літературі як медична патологія. "Нормальною" є людина, яка не має медичних патологій, а інвалід належить до пасивних пацієнтів, які потребують сторонньої допомоги і догляду. З огляду на це, індивід може вважатися нормальним, якщо він здатний брати участь у різних сферах життєдіяльності суспільства нарівні зі своїми однолітками і не потребує спеціальних умов чи сторонньої допомоги. Разом з тим, інвалід може досягти працездатності, тобто здатності виконувати певну роль, яка вважається для нього нормальною, але продовжує залишатись соціально неповноцінною людиною, якщо позбавленні, можливостей, якими користуються інші члени суспільства і необхідних елементів життя: сім'ї, освіти, зайнятості, житла, фінансової та особистої безпеки, участі у соціальних і політичних групах, релігійної діяльності, інтимних і статевих відносин, доступу до всіх видів громадського обслуговування, свободи пересування і загального способу повсякденного життя. Таким чином, в умовах сьогодення будь-яка вада розвитку може стати причиною непрацездатності людини, її соціальної неповноцінності. Але навіть і в цьому випадку такий стан набуває статусу інвалідності, якщо індивід не може виробити компенсаторні механізми діяльності. Така можливість залежить у свою чергу від толерантності суспільства та співчутливого ставлення людей до проблеми інвалідності, наявності у самого індивіда здібностей, які дають йому змогу здійснювати альтернативні форми поведінки, психологічної гнучкості особистості. Звідси можна зробити висновок, що кількість осіб з фізичними і психічними вадами значною мірою обумовлена соціальною структурою суспільства, особливо соціальними атитюдами і соціальною організацією.

Термін "інвалідність" ("Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів" ООН) охоплює значну кількість різних функціональних обмежень, які трапляються серед населення в усіх країнах світу. Люди можуть стати інвалідами внаслідок фізичних, розумових чи сенсорних дефектів, стану здоров'я чи психічних хвороб. Такі дефекти, стани чи захворювання за своїм характером можуть бути постійними або тимчасовими.

Термін "непрацездатність" ("Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів" ООН) означає втрату чи обмеження можливостей участі в житті суспільства нарівні з іншими. Він зумовлює стосунки між інвалідом та його оточенням. Цей термін застосовується з тією метою, щоб підкреслити недоліки оточення і багатьох аспектів діяльності суспільства, зокрема в сфері інформації, зв'язку та освіти, які обмежують можливості інвалідів брати участь в житті суспільства нарівні з іншими.

Таким чином, термінологія, яка використовується в міжнародних правових документах, визнає необхідність розгляду як індивідуальних потреб особистості (реабілітація, надання допоміжних засобів тощо), так і соціальних проблем (різні перешкоди для участі в житті суспільства).

В основі провідних принципів розробки державних програм з проблем інвалідності знаходяться напрямки діяльності з забезпечення інвалідів рівними можливостями. Вперше поняття "створення рівних можливостей для інвалідів" визначається у Всесвітній програмі дій щодо інвалідів (ГА ООН, резолюції № 37/53 від 3 грудня 1982 p.). "Створення рівних можливостей для інвалідів" — "процес, завдяки якому такі загальні системи суспільства, як фізичне і культурне середовище, житлові умови і транспорт, соціальні служби і служби охорони здоров'я, доступ до освіти і праці, культурного і соціального життя, включаючи спорт і створення умов для відпочинку, робляться доступними для всіх" (п. 12).

Керівні принципи організації послуг в інтересах інвалідів із урахуванням завдань створення рівних можливостей визначаються таким чином:

а) інваліди повинні продовжувати жити у своїх общинах і вести, за необхідної підтримки, звичайний спосіб життя;

б) інваліди мають брати участь у прийнятті рішень на всіх рівнях, що стосуються, як загальних справ общини, так і всіх справ, які мають для них як людей з фізичними недоліками особливе значення;

в) інваліди повинні отримувати необхідну допомогу в межах звичайних систем освіти, охорони здоров'я, соціальних служб тощо;

г) інваліди мають брати активну участь в загальному соціальному й економічному розвитку суспільства, а їхні потреби повинні враховуватися у

національних планах розвитку. Інвалідам повинна бути надана рівна можливість брати участь у національному розвитку.

Створення рівних можливостей означає також, що державна політика має використовувати "всі засоби таким чином, щоб кожний індивід мав рівні можливості для участі в житті суспільства. Після досягнення інвалідами рівних прав у них повинні бути також рівні обов'язки. У міру отримання інвалідами рівних прав суспільство вправі очікувати від них більшого. У рамках процесу забезпечення рівних можливостей необхідно створювати умови для надання допомоги інвалідам для того, щоб вони могли повною мірою виконувати свої обов'язки як члени суспільства" ("Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів".)

## ІНВАЛІДНІСТЬ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Термін "інвалід" сходить до латинського кореня ("valid" - дієвий, повноцінний, що може) і в буквальному перекладі може означати "непридатний", "неповноцінний". У російському слововживанні, починаючи з часів Петра I, таку назву отримували військовослужбовці, які внаслідок захворювання, поранення або каліцтва були нездатні нести військову службу і яких направляли для роботи на цивільні посади. Петро намагався раціонально використовувати потенціал відставних військових - у системі державного управління, міський охорони та ін.

Характерно, що в Західній Європі дане слово мав такий самий відтінок, тобто відносилося в першу чергу до калікам воїнам. З другої половини XIX ст. термін поширюється і на цивільних осіб, також стали жертвами війни, - розвиток озброєнь і розширення масштабів воєн все більш піддавали всім небезпекам військових конфліктів мирне населення. Нарешті, після Другої світової війни, в руслі загального руху по формулюванню і захисту прав людини в цілому та окремих категорій населення зокрема, відбувається переосмислення поняття "інвалід", що відноситься до всіх осіб, які мають фізичні, психічні або інтелектуальні обмеження життєдіяльності.

Сьогодні за різними підрахунками, в середньому, практично кожен десятий житель в розвинених країнах має ті чи інші обмеження здоров'я. Віднесення до числа інвалідів конкретних видів обмежень або дефектів залежить від національного законодавства; отже, чисельність інвалідів та їх частка в населенні кожної конкретної країни можуть значно відрізнятися, при тому що рівень захворюваності, втрати тих чи інших функцій в країнах, що досягли певного рівня розвитку, є цілком порівнянними.

**Інвалід** - це особа, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводить до обмеженої життєдіяльності та викликає необхідність її соціального захисту.

Обмеження життєдіяльності виражається в повній або частковій втраті особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю.

Таким чином, відповідно до міжнародне визнаними критеріями, інвалідність визначається відхиленнями або розладами в наступних сферах.

Сліпі, глухі, німі, люди з дефектами кінцівок, порушення координації рухів, повністю або частково паралізовані визнаються інвалідами в силу очевидних відхилень від нормального фізичного стану людини. Інвалідами визнаються також особи, які не мають зовнішніх відмінностей від звичайних людей, але страждають захворюваннями, що не дозволяють їм функціонувати в різноманітних сферах життєдіяльності так, як це роблять здорові люди. Наприклад, людина, що страждає на ішемічну хворобу серця, нездатний виконувати важкі фізичні роботи, але розумова діяльність може бути йому цілком під силу. Хворий на шизофренію може бути фізично повноцінним, у багатьох випадках він здатний виконувати також роботу, пов'язану з розумовими навантаженнями, проте в період загострення він не здатний контролювати свою поведінку і спілкування з іншими людьми.

При цьому більшість інвалідів не потребують ізоляції, вони здатні самостійно (або з деякою допомогою) вести незалежне життя, багато з них - працювати па звичайних або пристосованих робочих місцях, мати сім'ї і самостійно утримувати їх.

Соціальні зміни, об'єктивно відбуваються в сучасному суспільстві і відбиваються у свідомості людей, виражаються в прагненні розширити зміст термінів "інвалід", "інвалідність".

Так, ВООЗ прийняті в якості стандартів для світового співтовариства такі ознаки поняття "інвалідність":

• будь-яка втрата або порушення психологічної, фізіологічної або анатомічної структури або функції;

• обмеженість або відсутність (через зазначених вище дефектів) здатності виконувати функції так, як вважається нормальним для середньої людини;

• утруднення, що випливає із зазначених вище недоліків, яке повністю або частково заважає людині виконувати якусь роль (враховуючи вплив віку, статі та культурної приналежності)

При цьому, враховуючи складність і суперечливість розуміння і визначення таких понять, як "здоров'я", "норма здоров'я", "відхилення", більш інформативними є функционалистские концепції трактування інвалідності, засновані на оцінці відхилень і дефектів у декількох шкалах, що відносяться до біофізичними, психічним , соціальним і професійним аспектам життєдіяльності інваліда

При цьому важливість розробки інвалідних критеріїв і методик оцінки та регламентування статусу інваліда визначається тим, що в суспільстві, в якому принцип рівності прав є фундаментальним, інвалідність відноситься до числа механізмів, які зумовлюють нерівність і можуть стати джерелом маргіналізації людей з обмеженими можливостями та сімей, в яких вони проживають.

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила Міжнародну класифікацію каліцтв, відхилень і ущербності (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), в якій за вихідний пункт визначення інвалідності прийнято каліцтво, дефект, під якими розуміється психічна, фізіологічна і (або) анатомічна неповноцінність структури організму. Втрати можуть бути глобальними (загальними) або частковими; каліцтво може мати різний рівень і глибину, може бути постійним або підметом зціленню, вродженим або набутим, стабілізувати або прогресуючим (при якому стан людини погіршується).

Ущербність (handicap), що є наслідком травми (каліцтва) та інвалідності, визначає для людини менш сприятливі суспільні умови, оскільки можливість виконання стандартних для даного соціуму функцій, рольової ідентифікації в ньому або блокується повністю, або значно обмежується. Вагався також здійснення власних життєвих цілей, що співвідносяться з віком, статтю і культурними традиціями .

Ступінь рольової ущербності може проявлятися в труднощах у виконанні соціальних ролей; у виникаючих обмеженнях (не всі бажані ролі можна виконувати на задовільному рівні); в повній відсутності можливостей адекватного рольової поведінки.

Системне розуміння інвалідності, представлене ВООЗ, відходить від її вузького трактування, яка робила акцент на професійних обмеженнях і на здатності (нездатності) до праці. Наявність інвалідності і ступінь ущербності розглядається як показник розладів в регулюванні взаємин інваліда з його соціальним оточенням. При цьому аналіз соціальної практики показує, що є люди, у яких розлад спілкування і соціальної поведінки, дезадаптація і соціальна маргіналізація не пов'язані з порушеннями здоров'я. Такі індивіди (девіантної поведінки) також потребують соціальної реабілітації, однак з метою організації спеціалізованої допомоги необхідно розрізняти маргіналів, що мають труднощі в області соціальної адаптації, на основі соціопатії або розладів поведінки, і людей з психосоматичними відхиленнями.

Багатофакторний аналіз соціального стану інвалідності дозволяє зробити висновок, що:

***• з економічної точки зору -*** це обмеженість і залежність, яка випливає з слабкою працездатності або з непрацездатності;

***• медичної точки зору*** - тривалий стан організму, що обмежує або блокуючи виконання ним звичайних функцій;

***• правової точки зору -*** статус, що дає право на компенсаційні виплати, інші заходи соціальної підтримки, регламентовані нормами національного або регіонального законодавства;

***• професійної точки зору -*** стан утрудненою, обмеженої можливості працевлаштування (або стан повної непрацездатності);

***• психологічної точки зору -*** це, з одного боку, поведінковий синдром, а з іншого - стан емоційного стресу;

***• соціологічної точки зору -*** втрата колишніх соціальних ролей, неможливість брати участь у реалізації стандартної для даного суспільства сукупності соціальних ролей, а також стигматизація, наклеювання ярлика, розпорядчого інваліду певне, обмежене соціальне функціонування.

Якщо звернути увагу на два останні положення, то можна зробити висновок, що соціальні обмеження і бар'єри для осіб з обмеженими можливостями частково формуються не тільки фізичними бар'єрами, але також суб'єктивними соціальними обмеженнями і самообмеженнями. Так, стигматизація інвалідів в суспільній свідомості наказує їм роль нещасних, гідних жалю, які потребують постійного заступництві, хоча багато самодостатні інваліди підкреслюють свою равносуб'ектность всім іншим людям. У той же час деякі інваліди засвоюють менталітет і поведінкові стандарти жертви, нездатною самостійно вирішити хоча б частину власних проблем, і покладають відповідальність за свою долю на інших - родичів, співробітників медичних і соціальних установ, на державу в цілому.

Такий підхід, що відбиває специфіку соціальної позиції інвалідів в різних сферах, дозволяє сформулювати нове уявлення: ***особа з відхиленнями -*** це індивід, що володіє всіма правами людини, який знаходиться в положенні нерівноправності, сформованому бар'єрними обмеженнями середовища, які він не може подолати внаслідок обмежених можливостей свого здоров'я .

На конференції, організованій Секретаріатом ООН в 2006 р і присвяченій проблемам інвалідності, було відзначено, що Конвенція ООН про права інвалідів визнає динамічний розвитку поняття інвалідності номері розвитку суспільної ідеології, що обумовлює необхідність регулярної і своєчасної адаптації інструментів соціального захисту інвалідів . В даний час визнаються наступні маркери інвалідності: біологічні (організменние дефекти внаслідок захворювань, травм або їх наслідків, стійкі функціональні порушення); соціальні (порушення взаємодії окремої людини і суспільства, особливі соціальні потреби, обмеження свободи вибору, особливий соціальний статус, потреба в соціальному захисті); психологічні (особливі колективні особистісні установки, особлива поведінка в соціальному середовищі, особливі взаємини всередині популяції і з іншими соціальними групами населення); економічні (обмеження свободи економічної поведінки, економічна залежність); фізичні (бар'єри доступності). Всі ці маркери, або фактори, формують соціальну специфічність стану інвалідності, що перешкоджає нормальному для даного середовища, тобто соціально визнаному, набору моделей функціонування.

Всі інваліди але різними підставами діляться на кілька груп:

***• за віком -*** діти-інваліди, інваліди-дорослі;

***• походженням інвалідності -*** інваліди з дитинства, інваліди війни, інваліди праці, інваліди загального захворювання;

***• загальному стану -*** інваліди мобільних, мало мобільних і нерухомих груп;

***• ступеня працездатності -*** інваліди працездатні і непрацездатні, інваліди I групи (непрацездатні), інваліди II групи (тимчасово непрацездатні або працездатні в обмежених сферах), інваліди III групи (працездатні у сприятливих умовах праці).

Критерієм для визначення ***першої групи інвалідності*** є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги внаслідок порушення здоров'я зі стійким значно вираженим розладом функцій організму, зумовленим захворюваннями, наслідки ми травм або дефектами, що призводять до різко вираженого обмеження будь-якої категорії життєдіяльності або їх поєднанню.

Критерієм для встановлення ***другої групи інвалідності*** є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги внаслідок порушення здоров'я зі стійким вираженим розладом функцій організму, зумовленим захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводять до вираженого обмеження будь-якої категорії життєдіяльності або їх поєднанню.

Критерієм для визначення ***третьої групи інвалідності*** є соціальна недостатність, що вимагає соціального захисту або допомоги внаслідок порушення здоров'я зі стійким незначно або помірно вираженим розладом функцій організму, зумовленим захворюваннями, наслідками травм або дефектами, що призводять до не різко або помірно вираженого обмеження будь-якої категорії життєдіяльності або їх поєднанню.

До основних категорій життєдіяльності, визначальним встановлення відповідної групи інвалідності, відносяться:

***• здатність до самообслуговування -*** здатність самостійно задовольняти основні фізіологічні потреби, виконувати повсякденну побутову діяльність і навички особистої гігієни;

***• здатність до пересування -*** здатність самостійно переміщувати у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в рамках виконуваної побутовій, суспільній, професійній діяльності;

***• здатність до трудової діяльності -*** здатність здійснювати діяльність відповідно до вимог до змісту, обсягу і умовами виконання роботи;

***• здатність до орієнтації -*** здатність визначатися в часі і просторі;

***• здатність до спілкування*** - здатність до встановлення контактів між людьми шляхом сприйняття, переробки і передачі інформації;

***• здатність контролю за своєю поведінкою -*** здатність до усвідомлення себе до адекватної поведінки з урахуванням соціально-правових норм.

Виділяють також ***здатність до навчання,*** обмеження якої може бути підставою для встановлення другої групи інвалідності, при поєднанні з однією або декількома іншими категоріями життєдіяльності. Здатність до навчання - це здатність до сприйняття і відтворення знань (загальноосвітніх, професійних та інших), оволодінню навичками і вміннями (соціальними, культурними і побутовими).

Розглядаючи дитячу інвалідність, зазвичай виділяють 10 категорій дітей з відхиленнями у розвитку. До їх числа відносяться діти з порушеннями одного з аналізаторів: з повною (тотальної) або частковою (парционального) втратою слуху чи зору; нечуючі (глухі), слабочуючі або зі специфічними мовними відхиленнями; з порушеннями опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта або перенесеного поліомієліту); з розумовою відсталістю та з різним ступенем вираженості затримки психічного розвитку (різні форми психічного недорозвинення з переважною не сформованістю інтелектуальної діяльності); з комплексними порушеннями (незрячі розумово відсталі, слепоглухие, слепоглухие з розумовою відсталістю, сліпі з порушенням мови); аутичні (що мають хворобливий розлад спілкування і уникають спілкування з оточуючими людьми).

Незважаючи на все більш вражаючі успіхи медицини, чисельність інвалідів не тільки не скорочується, але неухильно зростає, причому практично за всіма типами суспільств і всім соціальним категоріям населення.

В основі виникнення інвалідності лежить безліч різних причин.

***Залежно від причини виникнення*** умовно можна виділити три групи:

1) спадково обумовлені форми:

2) форми, пов'язані з внутрішньоутробним положенням плоду, пошкодженням плода під час пологів і в найбільш ранні терміни життя дитини;

3) форми, набуті в процесі розвитку інваліда в результаті захворювань, травм, інших подій, які спричинили стійкий розлад здоров'я. ***Придбана інвалідність*** поділяється на такі форми:

а) інвалідність внаслідок загального захворювання;

б) інвалідність, придбана в процесі трудової діяльності, - внаслідок трудового каліцтва або професійного захворювання;

в) інвалідність внаслідок військової травми;

г) інвалідність, пов'язану з надзвичайними ситуаціями природного та техногенного характеру - радіаційні впливи, землетруси та інші катастрофи.

Існують форми інвалідності, в походженні яких взаємодіють спадкові та інші (інфекційні, травматичні) чинники. Крім того, нерідко інвалідом людини робить не так об'єктивний стан його здоров'я, скільки нездатність (в силу різних причин) його самого і суспільства в цілому організувати повноцінний розвиток і соціальне функціонування в умовах саме такого стану здоров'я.

Розглядаючи порушення опорно-рухового апарату, необхідно відзначити, що патологія опорно-рухового апарату може бути наслідком вродженого дефекту, наслідків травм, дегенеративно-дистрофічних змін у кістково-м'язовій системі.

Відповідно до Міжнародної номенклатурою порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності рухові порушення видаються досить диференційовано. Виділяють рухові розлади:

• внаслідок повної або часткової відсутності однієї або більше кінцівок, включаючи ампутації;

• внаслідок відсутності однієї або більше дистальних частин кінцівок (палець, кисть, стопа);

• у зв'язку з відсутністю або порушенням довільної рухливості чотирьох кінцівок (Квадріплегія, тетрапарез);

• внаслідок відсутності або порушення рухливості нижніх кінцівок (параплегія, пара парез);

• у зв'язку з порушенням довільної рухливості верхньої та нижньої кінцівки на одній стороні (геміплегія);

• внаслідок порушення м'язової сили нижніх кінцівок;

• у зв'язку з порушенням рухових функцій однієї або обох нижніх кінцівок.

Наслідком цих порушень є обмеження життєдіяльності у сфері самообслуговування і пересування.

Всі причини інвалідності (і вроджені, і придбані) можна розділити на медико-біологічні, соціально-психологічні, економіко-правові.

***Медико-біологічні причини*** полягають у формуванні патології. Серед них основні місця займають:

• патологія вагітності;

• наслідки травм (у тому числі родових);

• отруєння;

• нещасні випадки;

• спадково обумовлені хвороби.

До причин формування патології також відносять і погану організацію медичного обслуговування:

• нерегулярність проходження оглядів у фахівців;

• частіше за все не охоплюються диспансеризацією інваліди внаслідок психічних і нервових захворювань;

• відсутня систематичне спостереження лікарями;

• відсутні спеціалізовані медичні установи - відділення відновного лікування, реабілітаційні центри;

• тяжкість патології.

Серед біологічних причин в першу чергу має значення вік батьків, особливо матері при народженні дитини. Серед соціально-психологічних причин інвалідності можна виділити:

а) низький освітній рівень батьків, їх невисоку грамотність в питаннях виховання і навчання;

б) погані житлові умови (відсутність достатніх комунальних зручностей в повсякденної життєдіяльності, погані санітарно-гігієнічні умови).

***Соціально-психологічні причини*** можуть бути сімейними, педагогічними, побутовими та ін.

Серед ***економіко-правових причин*** інвалідності істотне значення мають низький матеріальний достаток сім'ї, незнання і практичне невикористання своїх прав на отримання того чи іншого виду пільг, допоміг, подання закладами охорони здоров'я та соціального захисту населення в необхідному обсязі медико-соціальної допомоги інвалідам.

Відставання рівня доходів від зростання вартості життя, зниження стандартів споживання, випробовуваний певними колами населення білково-вітамінний дефіцит в прямую впливають як на здоров'я дорослих, так і особливо на здоров'я дітей, ускладнюють можливості коригувати розвиток тих, хто потребує посиленого догляду, додаткової допомоги для своєї медичної, психологічної, педагогічної та соціальної реабілітації. Відсутність навичок здорового способу життя, незадовільні стандарти харчування, вживання сурогатів спиртних напоїв також несприятливо впливають на здоров'я. Є пряма і значуща кореляція між соціально-економічними труднощами і зростанням інвалідизації.

У результаті транспортних травм гине безпрецедентну кількість жителів, при цьому число втратили здоров'я багаторазово вище. Військові конфлікти також мають своїм результатом масову інвалідизацію як безпосередніх учасників військових дій, так і цивільного населення.

Таким чином, для нашої країни проблема надання допомоги особам з обмеженими можливостями належить до числа найбільш важливих і актуальних, так як зростання чисельності інвалідів виступає як стійкої тенденції нашого соціального розвитку, і поки немає даних, що свідчать про стабілізацію становища або про зміну цієї тенденції.

Положення про захист прав інвалідів містяться також у багатьох міжнародних документах. Інтегративним з них, що охоплює всі сторони життєдіяльності інвалідів, є Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, затверджені ООН в 1994 р

Ідеологія цих правил заснована на принципі забезпечення рівних можливостей, який передбачає, що інваліди є членами суспільства і мають право залишатися жити у своїх громадах. Вони повинні отримувати підтримку, якої потребують в рамках звичайних систем охорони здоров'я, освіти, зайнятості та соціальних послуг. Усього таких правил 20.

***Правило 1 -*** поглиблення розуміння проблем - передбачає для держав зобов'язання розробляти і заохочувати здійснення програм, спрямованих на поглиблення розуміння інвалідами їх прав і можливостей. Підвищення самозабезпечення і розширення прав дозволить інвалідам скористатися наданими їм можливостями. Поглиблення розуміння проблем має стати важливою частиною освітніх програм для дітей-інвалідів та програм реабілітації. Інваліди могли б надавати допомогу в поглибленні розуміння проблеми в рамках заходів своїх власних організацій.

***Правило 2 -*** медичне обслуговування - наказує вживання заходів для розробки програм раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів. До здійснення цих програм залучаються дисциплінарні групи фахівців, що дозволить попереджати і скорочувати масштаби інвалідності або усувати се наслідки; забезпечити всебічну участь у таких програмах інвалідів та членів їх сімей на індивідуальній основі, а також організацій інвалідів у процесі планування та оцінки діяльності.

***Правило 3 -*** реабілітація - припускає надання інвалідам послуг з реабілітації з тим, щоб дозволити їм досягти і підтримати оптимальний рівень самостійності і життєдіяльності. Держави зобов'язані розробляти національні програми реабілітації для всіх груп інвалідів. В основі таких програм повинні лежати фактичні потреби інвалідів та принципи їх всебічного участі в житті суспільства та рівноправності. Подібні програми повинні включати в себе, зокрема, базову підготовку для відновлення або компенсації втраченої функції, консультування інвалідів та членів їх сімей, розвиток самозабезпечення і надання, у міру необхідності, таких послуг, як здійснення експертизи та надання рекомендацій. Інваліди та їх сім'ї повинні мати можливість брати участь у розробці програм, спрямованих на зміну їх положення.

Державам слід визнати, що всі інваліди, які потребують допоміжних пристроях, повинні мати можливості, в тому числі фінансові, щоб ними користуватися. Це може означати, що допоміжні пристрої повинні надаватися безкоштовно або за такою низькою ціною, яка буде доступна інвалідам та їхнім родинам.

Наступні правила формують стандарти, що стосуються усунення бар'єрів між інвалідом та суспільством, надання особам з обмеженими можливостями додаткових послуг, які дозволили б їм та їхнім сім'ям реалізувати свої права.

Так, в галузі освіти державами визнано принцип рівних можливостей в галузі початкової, середньої та вищої освіти для дітей, молоді та дорослих, що мають інвалідність, в інтегрованих структурах. Освіта для інвалідів є невід'ємною частиною системи загальної освіти. До процесу освіти на всіх рівнях повинні залучати батьківські групи й організації інвалідів.

Спеціальне правило присвячено ***зайнятості -*** державами визнано принцип, відповідно до якого інваліди повинні отримувати можливість здійснювати свої права, особливо в області зайнятості. Держави повинні активно підтримувати включення інвалідів у вільний ринок праці. Така активна підтримка може здійснюватися за допомогою різних заходів, включаючи професійну підготовку, установку стимулюючих квот, резервовану або цільове працевлаштування, надання позичок або субсидій дрібним підприємствам, укладення спеціальних контрактів і надання переважних прав на виробництво, податкові пільги, гарантію дотримання контрактів або надання інших видів технічної або фінансової допомоги підприємствам, які наймають робітників-інвалідів. Держави повинні спонукати наймачів здійснювати розумні заходи для створення інвалідам відповідних умов, вживати заходів для залучення інвалідів в розробку програм підготовки кадрів і програм зайнятості в приватному і неофіційному секторах.

Відповідно до правила підтримки доходів і соціального забезпечення держави несуть відповідальність за надання соціального забезпечення інвалідам та підтримку їхніх доходів. Держави повинні враховувати при наданні допомоги витрати, які часто несуть інваліди та їхні родини внаслідок інвалідності, а також забезпечувати матеріальну підтримку та соціальний захист особам, які взяли на себе турботу про інваліда. Програми соціального забезпечення повинні також стимулювати зусилля самих інвалідів, спрямовані на пошук роботи, яка приносила б дохід або відновлювала їх доходи.

Стандартними правилами в області сімейного життя і свободи особистості передбачається забезпечення можливості інвалідам проживати спільно зі своїми сім'ями. Держави повинні сприяти тому, щоб консультативні послуги з питань сім'ї включали в себе відповідні послуги, пов'язані з інвалідністю та її впливом на сімейне життя. Сім'ї, які мають інвалідів, повинні мати можливість користуватися патронажними послугами, а також мати додаткові можливості для догляду за інвалідами. Держави повинні усувати всі невиправдані перешкоди для осіб, які бажають або усиновити дитину-інваліда, або забезпечити догляд дорослому інваліду.

Правилами передбачена вироблення стандартів, забезпечують залучення інвалідів в культурне життя і участь у ній на рівній основі. Стандарти передбачають вжиття заходів для забезпечення інвалідам рівних можливостей для відпочинку і занять спортом. Зокрема, держави повинні вживати заходів для забезпечення доступу інвалідів до місць відпочинку і занять спортом, готелям, пляжам, спортивних арен, залам і т.п. Такі заходи передбачають надання підтримки персоналу, який здійснює організацію відпочинку та занять спортом, а також проекти, що передбачають розробку методики доступу і участі в цих заходах інвалідів, забезпечення інформації та розробку навчальних програм, заохочення спортивних організацій, що розширюють можливості для залучення інвалідів до участі у спортивних заходах . У деяких випадках для такої участі достатньо лише забезпечити доступ інвалідів до цих заходів. В інших випадках необхідно приймати спеціальні заходи або організовувати спеціальні ігри. Держави повинні підтримувати участь інвалідів у національних та міжнародних змаганнях.

В області релігії стандартні правила припускають заохочення заходів, спрямованих на забезпечення рівної участі інвалідів в релігійному житті їх загальним.

В області інформації та досліджень держави зобов'язані регулярно збирати статистичні дані про умови життя інвалідів. Збір таких даних може здійснюватися паралельно з проведенням національних переписів населення та обстежень домашніх господарств і, зокрема, проводитися в тісній співпраці з університетами, науково-дослідними інститутами та організаціями інвалідів. Ці дані повинні включати в себе питання про програми, послуги та про їх використання.

У ході розгляду питання про створення банків даних про інвалідів, в яких містилися б статистичні дані про наявні службах і програмах, а також про різні групи інвалідів, необхідно враховувати необхідність захисту недоторканності особистого життя і свободи особистості. Слід розробляти і надавати підтримку програмам вивчення соціальних і економічних питань, які зачіпають життя інвалідів та їх сімей. Такі дослідження повинні включати в себе аналіз причин, видів і масштабів інвалідності, наявності та ефективності існуючих програм і необхідності в розвитку й оцінці служб та заходів з надання допомоги. Потрібно розробляти й удосконалювати технологію і критерії проведення обстежень, вживаючи заходів для сприяння участі самих інвалідів у збиранні та вивченні даних. Інформація та знання з питань, що стосуються інвалідів, повинні поширюватися серед усіх політичних і адміністративних органів на національному, регіональному та місцевому рівнях. Стандартними правилами визначаються вимоги щодо розроблення політики і планування заходів в інтересах інвалідів на національному, регіональному та місцевому рівнях. На всіх етапах прийняття рішень організації інвалідів повинні залучатися до участі в розробці планів і програм, що стосуються інвалідів або зачіпають їх економічне і соціальне становище; потреби та інтереси інвалідів по можливості слід включати в загальні плани розвитку, а не розглядати окремо.

Стандартні правила визначають, що держави несуть відповідальність за створення і зміцнення національних координаційних комітетів або аналогічних органів для використання їх в якості національних координаційних центрів з питань, що стосуються інвалідів.

Стандартними правилами рекомендується економічно та іншими способами заохочувати і підтримувати створення і зміцнення організацій інвалідів, членів їх сімей та (або) осіб, що захищають їх інтереси, а також забезпечити консультативну роль організацій інвалідів у прийнятті рішень з питань, що стосуються інвалідів.

Держави несуть відповідальність за забезпечення належної підготовки на всіх рівнях персоналу, який бере участь у розробці і здійсненні програм та наданні послуг, що стосуються інвалідів.

Спеціальні аспекти стандартних правил присвячені відповідальності за постійний контроль і оцінку виконання національних програм та за надання послуг, спрямованих на забезпечення рівних можливостей для інвалідів, а також іншим положенням.

Роки, що минули після прийняття стандартних правил, аналіз досвіду їх застосування, досягнення демократичного, гуманістичного розвитку дозволили підняти міжнародне законодавство з прав осіб з обмеженими можливостями на новий рівень.

На основі указаний документів Радою Європи прийнято План дій щодо сприяння правам і повній участі людей з обмеженими можливостями в суспільстві: покращення якості життя людей з обмеженими можливостями в Європі, 2006-2015 роки. У ньому підтверджується універсальний, неподільний і взаємопов'язаний характер всіх прав людини та основних свобод і підкреслюється необхідність того, щоб людям з обмеженими можливостями була забезпечена можливість користуватися ними (правами і свободами) без будь-якої дискримінації. Частка людей з обмеженими можливостями в населенні Європи оцінюється в 10-15%, при цьому зазначено, що основними причинами інвалідності є захворювання, нещасні випадки і ведучі до інвалідності умови життя літніх людей. Прогнозується, що кількість людей з обмеженими можливостями буде постійно зростати, в тому числі і через збільшення середньої тривалості життя.

В якості основних напрямків діяльності виділені: участь інвалідів в політичному і громадському житті, у культурному житті; інформація та комунікації; освіта; зайнятість, професійна орієнтація та навчання; архітектурна навколишнє середовище; транспорт; життя в місцевому співтоваристві; охорона здоров'я; реабілітація; соціальний захист; юридичний захист; захист від насильства та жорстокого поводження; дослідження і розробки, підвищення рівня інформованості.

Основне завдання плану дій з питань інвалідності полягає в тому, щоб служити практичним інструментом для розробки і здійснення ефективних стратегій для забезпечення повної участі людей з обмеженими можливостями в житті суспільства.

Аналізуючи зміст сучасних документів, що регламентують зобов'язання і технології діяльності держав для реалізації рівних прав та можливостей інвалідів (осіб з обмеженими можливостями здоров'я), можна зробити висновок про те, що результатом найбільших політичних, економічних, соціальних і технологічних змін останніх років є кардинальна трансформація суспільної свідомості і одночасно - глобальна зміна парадигми соціальної політики щодо інвалідів: перехід від поняття "пацієнт" до поняття "громадянин".

Розвиток інформаційних і комунікаційних технологій, зміни у сфері демографії та соціальних відносин, законодавчої бази та менталітету населення призводять до того, що процеси соціального виключення, воздействовавшие на людей з обмеженими можливостями (як і на представників національних меншин, мігрантів, будинків і т.п. ), розглядаються як оборотні. Інтеграція інвалідів тепер трактується не як включення якоїсь окремої частини в єдине ціле, а як інтеграція інвалідів та суспільства. Розуміння діяльності з надання інвалідам заходів соціальної підтримки як односпрямованої громадської благодійності, нехай і всебічно регламентованої законодавством, поступово долається, і завданням держави тепер вважається створення умов для того, щоб всі категорії людей, з усіма особливими потребами, могли вільно і рівноправно реалізовувати свої універсальні права .

Ставлення до людей з обмеженими можливостями змінюється: тепер їх сприймають не як пацієнтів, які потребують догляду, які не вносять свого вкладу у суспільний розвиток, а як людей, які мають потребу в тому, щоб були усунуті бар'єри, що перешкоджають заняттю ними гідного місця в суспільстві. Ці перешкоди - не тільки соціального, юридичного характеру, але також і існуючі ще в суспільній свідомості рудименти ставлення до інвалідів тільки як до жертв біологічної та соціальної ущербності. Характерно, що європейські парламентарії, незважаючи на розвинуті уявлення та ефективні технології комплексної соціальної реабілітації, які довели свою результативність протягом другої половини XX ст., Як і раніше вважають актуальним стимулювати перехід від застарілої медичної моделі інвалідності до моделі, пов'язаної з реалізацією комплексу соціальних прав людини . Можна коротко сформулювати, що стратегія ізоляції та сегрегації змінюється стратегією соціального включення - це передбачає не тільки інклюзивне навчання, але в цілому інклюзивна соціальне функціонування.

Трансформація парадигми пацієнта в парадигму громадянина припускає, що в основі діяльності з надання всіх необхідних видів підтримки лежить не діагноз, не перелік існуючих порушень і способів їх медичної корекції, а цілісна людина, права і гідності якого не підлягають применшення. У результаті з останніх років XX ст. до теперішнього часу в багатьох країнах Європи відбувається така трансформація соціальної політики щодо інвалідів, яка дозволяє людині з обмеженими можливостями самому контролювати своє життя і виступати основним експертом в оцінці заходів соціальної підтримки і соціального обслуговування, що організовуються органами державного управління та місцевого самоврядування.

План дій виділяє групи осіб з обмеженнями здоров'я, особливо потребують послуг із забезпечення рівних можливостей: це жінки (а також дівчатка і дівчата) з обмеженими можливостями; люди з комплексними і складними порушеннями, потребують високому рівні підтримки; літні люди з обмеженими можливостями.

Основними принципами, якими покликані керуватися всі органи прийняття рішень і розробники програм але соціальної інтеграції людей з обмеженими можливостями, є:

• заборона на дискримінацію;

• рівність можливостей, повноцінну участь всіх людей з обмеженими можливостями в житті суспільства;

• повагу відмінностей і ставлення до інвалідності як до частини притаманного людству різноманіття;

• гідність і особиста автономія інвалідів, включаючи свободу у прийнятті власних рішень;

• рівність між чоловіками і жінками;

• участь людей з обмеженими можливостями у всіх рішеннях, які зачіпають їх життя як на індивідуальному рівні, так і на рівні всього суспільства, через що їх представляють.

Величезне значення для здійснення прав інвалідів належить Конвенції про права інвалідів, прийнятої Генеральною асамблеєю ООП 6 грудня 2006, а також Європейська соціальна хартія, переглянута 3 травня 1996, до яких приєдналася і Росія.

Обидва цих міжнародних документа підкреслюють важливість проблем інвалідності як складової частини відповідних стратегій сталого розвитку.

Для нашої країни проблема надання допомоги особам з обмеженими можливостями належить до числа найбільш важливих і актуальних, так як зростання чисельності інвалідів виступає як стійкої тенденції соціального розвитку, і поки немає даних, що свідчать про стабілізацію становища або про зміну цієї тенденції.

Крім того, загальна негативна характеристика процесів відтворення населення, депопуляційні процеси, зниження народжуваності висувають високі вимоги до соціальних і трудових ресурсів майбутнього. Інваліди є не тільки особами, які потребують особливої соціальної допомоги, але також можливим значним резервом розвитку суспільства. Вважається, що в першій половині XXI ст. вони будуть становити не менше 10% всієї робочої сили в промислово розвинених країнах, причому аж ніяк не тільки на примітивних ручних операціях і процесах. Необхідно максимально реалізувати індивідуальний реабілітаційний потенціал всіх осіб з обмеженими можливостями, дозволити їм забезпечити себе матеріально, найбільш повно брати участь в соціальному житті, само реалізуватися.

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ІНВАЛІДАМИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Міністерство соціальної політики є головним державним органом, що забезпечує та координує роботу щодо виконання [Закону України Про соціальні основи захищеності інвалідів в Україні](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/875-12).

У законі визначаються цільові сфери створення умов для нормальної життєдіяльності інвалідів, такі як: діяльність державних органів влади, освіта, профорієнтація і працевлаштування, участь інвалідів у прийнятті рішень, матеріальне і соціальне оточення, фінансування соціальних проектів і програм із соціального захисту інвалідів. На виконання закону були прийняті ряд підзаконних і правових актів, національні програми, які регулюють механізм його реалізації.

Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Для України соціальний захист осіб з інвалідністю є серед державних пріоритетів.

За даними Міністерства соціальної політики України, на початку 90-х років минулого століття загальна кількість осіб з інвалідністю становила майже 3% усього населення країни, а на сьогодні – це майже 6% жителів України. Зважаючи на таку сумну статистику, державна соціальна політика спрямована на розширення соціального захисту осіб з інвалідністю, а саме: на поліпшення не лише фінансово-матеріальної підтримки, а й створення сприятливих умов для повної реалізації прав людей з обмеженими можливостями, враховуючи їхні потреби та інтереси при прийнятті державних рішень.

Так, відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» № 875-12 від 21 березня 1991 року (далі — Закон № 875) людям з особливими потребами гарантовано рівні з усіма іншими громадянами права для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства. Роботодавці зобов’язані надавати роботу інвалідам згідно зі ст. 172 КЗпП. Законодавство гарантує створення для інвалідів потрібних умов, які дають можливість вести повноцінний спосіб життя, враховуючи їх особливості, індивідуальні можливості та інтереси. Крім того, працевлаштування інвалідів — це також обов’язок роботодавців, що передбачено ст.12 Закону України «Про охорону праці» від 14 жовтня 1992 року № 2694-XII (далі — Закон № 2694-XII) та ст.18 Закону № 875.

Для того щоб працевлаштуватися, людина з особливими потребами повинна звернутися до підприємства, установи, організації чи до державної служби зайнятості. Роботодавці мають створювати для працевлаштування інвалідів робочі місця, забезпечувати такі умови праці, які відповідали б вимогам їх індивідуальних програм реабілітації, та надавати інші соціально-економічні гарантії, передбачені законодавством.

Особливо слід зазначити, що згідно зі ст. 19 Закону № 875 для всіх роботодавців (підприємств, зокрема неприбуткових, а також підприємств, громадських організацій інвалідів, фізичних осіб — підприємців, які використовують найману працю) встановлено норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів. Він становить 4% середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу роботодавця за рік. Наприклад, якщо в роботодавця працює від 8 до 25 осіб, він має працевлаштувати одну особу з особливими потребами. Головне, що цей норматив вважатиметься для роботодавця виконаним, якщо для інваліда це робоче місце є основним. Робота людини з особливими потребами за сумісництвом не вважатиметься такою, що входить до нормативу по підприємству. Група інвалідності працівника у цьому разі значення не має. Інваліди-надомники теж зараховуватимуться до виконання нормативу працевлаштування інвалідів, оскільки вони є штатними працівниками підприємства.

Уряд теж вносить зміни до трудового законодавства, якими впроваджуються стимулюючі механізми для роботодавців з метою забезпечення ними реалізації прав осіб з інвалідністю на працю, зокрема шляхом дії альтернативних варіантів виконання нормативу робочих місць.

За інформацією Міністерства соціальної політики, нині в державі діє 152 реабілітаційні установи, у тому числі вісім з них безпосередньо підпорядковані Мінсоцполітики. У цих установах отримують реабілітаційні послуги особи з усіх регіонів України. За минулий рік у реабілітаційних установах реабілітаційні послуги отримали 17 033 особи з інвалідністю.

**Соціальний захист осіб з інвалідністю**

Протягом 2017 року Мінсоцполітики проводилася робота щодо забезпечення інтеграції осіб з інвалідністю у суспільство та створення таких умов, за яких вони зможуть вести активний і незалежний спосіб життя.

З метою приведення чинного законодавства в частині соціального захисту осіб з інвалідністю у відповідність до офіційного перекладу Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї та запровадження європейських стандартів у цій сфері Верховною Радою України ухвалено Закон України від 19.12.2017 № 2249-VIII „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України”. Законом внесено зміни до 37 законів України щодо заміни термінів „інвалід”, „дитина-інвалід”, „інвалід війни” на „особа з інвалідністю”, „дитина з інвалідністю” та „особа з інвалідністю внаслідок війни” відповідно.

У 2017 році на забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації затверджено видатки у сумі 1 629,4 млн грн, що на 582,2 млн гривень більше, ніж у попередньому році.

На зазначені видатки було виготовлено та видано 595 тис. одиниць технічних та інших засобів реабілітації, зокрема:

* протезно-ортопедичних виробів – 138,7 тис. одиниць;
* ортопедичного взуття – 201,1 тис. одиниць;
* протезів молочної залози – 181,7 тис. одиниць;
* засобів пересування – 17,9 тис. одиниць;
* засобів реабілітації – 50,8 тис. одиниць;
* здійснено ремонт технічних засобів реабілітації – 4,8 тис. одиниць.

Чисельність працюючих осіб з інвалідністюстаном на 01.01.2018 становила 670,2 тис. осіб, у тому числі 530,4 тис. працездатного віку.

Державною службою зайнятості протягом 2017 року працевлаштовано більше 13,0 тис. осіб з інвалідністю.

Фондом соціального захисту інвалідів в межах компетенції здійснювалась реалізація заходів щодо забезпечення зайнятості та працевлаштування осіб з інвалідністю. Зокрема, на кінець 2017 року в Україні навчалось 1 300 осіб, з них:

- 1 208 осіб у вищих навчальних закладах;

- 92 особи в інших закладах.

З метою забезпечення реалізації прав осіб з інвалідністю на працю на розгляд Верховної Ради України подано розроблений Мінсоцполітики проект Закону України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо зайнятості інвалідів” (реєстр. № 4578 від 04.05.2016), яким передбачено:

- впровадження стимулюючих механізмів для роботодавців шляхом встановлення альтернативних варіантів виконання нормативу робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів;

- впровадження диференційного підходу щодо праці інвалідів з урахуванням міри втрати здоров’я;

- надання дотацій роботодавцям на створення звичайних робочих місць для інвалідів, а не лише спеціальних;

- надання децентралізовано підприємствам громадських організацій інвалідів цільових позик та дотацій на створення нових робочих місць для людей з інвалідністю на загальних підставах, як для звичайних роботодавців;

- здійснення виплати роботодавцям за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів компенсацій фактичних витрат, пов’язаних із сплатою єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування.

З метою підвищення ефективності державного нагляду (контролю) за додержанням законодавства про зайнятість та працевлаштування осіб з інвалідністю шляхом відновлення втраченої державної функції контролю за розрахунком і сплатою роботодавцями сум адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів, розроблено проект Закону України „Про внесення змін до статей 19 і 20 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” щодо адміністративно-господарських санкцій”.

З метою забезпечення своєчасності, комплексності і безперервності реабілітаційного процесу, а також для запобігання погіршення стану здоров’я особи з інвалідності та посилення незалежності людей з обмеженими можливостями сформована мережа реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю.

Станом на 01.01.2018 в сфері управління Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення налічувалось 152 реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, у тому числі 8 безпосередньо підпорядковані Міністерству (державна власність). За минулий рік в таких установах проходили реабілітацію понад 23,0 тис. осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та дітей, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, зокрема у державних реабілітаційних установах – 4,1 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю.

З метою осучаснення надання послуг з реабілітації, забезпечення реабілітації, адаптації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, компенсації обмежень життєдіяльності та їх інтеграції в суспільство, удосконалення роботи реабілітаційних установ сфери управління Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення протягом 2017 року прийнято:

- Закон України від 06.06.2017 № 2078-VIII „Про внесення змін до статті 31 Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні” щодо транспортного обслуговування осіб з інвалідністю.

- наказ Мінсоцполітики від 03.10.2017 № 1576 „Про затвердження Примірних штатних нормативів чисельності працівників центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю”;

- наказ Мінсоцполітики від 10.01.2017 № 25 „Про затвердження Примірних штатних нормативів чисельності працівників реабілітаційної установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень”.

У 2017 році у Державному бюджеті України для надання фінансової підтримки громадським об'єднанням осіб з інвалідністю, які мають статус всеукраїнських, було передбачено 77 205,5 тис. гривень. Дана фінансова підтримка надана 23 всеукраїнським громадським об’єднанням.

Незважаючи на складну соціально-економічну ситуацію у 2017 році, збережені соціальні гарантії підприємствам громадських організацій осіб з інвалідністю у вигляді пільг з оподаткування (податку на прибуток підприємств, податку на додану вартість, земельного податку). У 2017 році близько 300 підприємств отримали таку підтримку на суму 239,2 млн грн (станом на 01.10.2017), що надало можливість покращити умови роботи 10 358 працюючим, з них 6 543 особам з інвалідністю.

На розгляді у Верховній Раді України знаходиться розроблений Мінсоцполітики проект Закону України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України” (реєстр. № 5546 від 16.12.2016) щодо забезпечення безперешкодного середовища для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, яким, зокрема, передбачено установлення відповідальності за незабезпечення обстеження та паспортизації об’єкта, що підлягає обов’язковому обстеженню, порушення порядку проведення такого обстеження та нереалізації заходів щодо забезпечення надійності та безпеки під час його експлуатації.

Мінcоцполітики спільно з громадськими організаціями осіб з інвалідністю розроблено проект Закону України ,,Про внесення змін до деяких законів України щодо створення умов для забезпечення виборчих прав осіб з інвалідністю” (реєстр. № 5559 від 20.12.2016), яким передбачено подолати існуючі перешкоди, що стають на заваді реалізації виборчого права особами з інвалідністю, зокрема з порушеннями зору, слуху та опорно-рухового апарату у виборчому законодавстві, а також ефективної участі та врахування їхньої думки у місцевих формах безпосередньої демократії.

Чисельність повнолітніх недієздатних осіб та осіб, цивільна дієздатність яких обмежена, станом на 01.01.2018 склала 41 533 особи, з яких 94 % мають інвалідність.

31 733 недієздатним особам та 1 061 особі, цивільна дієздатність якої обмежена, призначено опікунів та піклувальників, з яких 31 319 осіб (96 %) перебувають у родинних стосунках зі своїми підопічними.

5 651 недієздатну особу, якій призначено опікуна, влаштовано до закладів соціального захисту сфери управління Мінсоцполітики.

8 107 недієздатних осіб та 192 особи, цивільна дієздатність яких обмежена, опікунів та піклувальників яким не призначено, перебувають під опікою чи піклуванням закладів соціального захисту сфери управління Мінсоцполітики.

**Соціальний захист громадян, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи**

Законом України „Про Державний бюджет України на 2017 рік” передбачено видатки на соціальний захист громадян, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи у загальному обсязі 1,9 млрд гривень.

Станом на 01.01.2018 відповідно до інформації регіональних управлінь соціальна підтримка держави надавалася 1 868 228 особам,серед них:

- 199 006 учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (питома вага у загальній чисельності – 10,7%);

- 1 666 387 потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС (89,2%), у тому числі 377 589 потерпілих дітей;

***-*** 2 835 осіб, які брали участь у ліквідації наслідків інших ядерних аварій та їх наслідків, у ядерних випробуваннях, у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, у складанні ядерних зарядів та здійсненні на них регламентних робіт (0,1%).

На сьогодні існує тенденція до зменшення загальної кількості постраждалих громадян. Так, станом на кінець 2017 року порівняно з початком 2017 року чисельність постраждалих громадян зменшилась більш, ніж на 44 тисячі осіб, у тому числі дітей на 20,5 тисяч, або на 2,3%.



Законом України від 13.04.2017 № 2015-VIII „Про внесення зміни до статті 54 Закону України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” внесено зміни до статті 54 Закону України „Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” в частині надання права дружинам (чоловікам) померлих осіб, із числа учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (категорія 1) на отримання пенсії у зв’язку з втратою годувальника незалежно від причинного зв’язку смерті з Чорнобильською катастрофою.

Удосконалено механізми виплати окремих видів компенсацій та допомоги на оздоровлення особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, інших ядерних аварій, ядерних випробувань, військових навчань із застосуванням ядерної зброї (*постанова Кабінету Міністрів України від 06.12.2017 № 924 „Про внесення змін до порядків, затверджених постановами Кабінету Міністрів України від 20 вересня 2005 р. № 936 і від 26 жовтня 2016 р. № 760”).*

У 2017 році урегульовано питання, пов’язані з отриманням пільг та компенсацій громадянам, які постраждали внаслідок ядерних аварій, ядерних випробувань, військових навчань із застосуванням ядерної зброї *(постанова Кабінету Міністрів України від 11.01.2017 № 6 „Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 2 грудня 1992 р. № 674 і від 20 січня 1997 р. № 51”).*

Протягом 2017 року забезпечено безоплатним харчуванням 52 990 потерпілих дітей у Волинській, Київській, Житомирській, Рівненській, Чернігівській, Чернівецькій та частково у Черкаській областях відповідно до укладених договорів на закупівлю послуг з харчування потерпілих дітей за результатами проведених конкурсних торгів місцевими органами влади.

За період відсутності безоплатного харчування у навчальних закладах, батькам дітей, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи, у 2017 році було вдвічі збільшено розміри виплати грошової компенсації *(постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2017 № 284 „Про внесення змін до пункту 1 постанови Кабінету Міністрів України від 8 лютого 1997 р. № 155”)*.

У 2017 запроваджено принципово новий механізм оплати послуг із санаторно-курортного лікування громадянам, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи. Зокрема, укладання тристоронньої угоди між постраждалою особою, управлінням соціального захисту населення та санаторно-курортним закладом. При цьому постраждалій особі забезпечено право самостійного вибору санаторно-курортного закладу для оздоровлення *(постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2016 № 854).*

Також Урядом на 2017 рік встановлено розміри відшкодування санаторіям за надане лікування *(постанова Кабінету Міністрів України від 28.12.2016 № 1029)*, які складають:

- для осіб, віднесених до категорії 1 – 5 250 грн;

- для осіб, віднесених до категорії 1, із захворюваннями нервової системи (з наслідками травм і захворюваннями хребта та спинного мозку), – 17 390 грн;

- для дітей з інвалідністю, інвалідність яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою, – 10 840 гривень*.*

Для забезпечення санаторно-курортним лікуванням постраждалих громадян у 2017 році Мінсоцполітики було доведено обсяг асигнувань для кожного регіону окремо у сумі 123,5 млн грн, який дозволяв охопити оздоровленням 80 % постраждалих осіб по всій Україні, які перебували на відповідному обліку.

Оздоровлено 23 067 осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, у тому числі 578 потерпілих дітей з інвалідністю, інвалідність яких пов’язана з Чорнобильською катастрофою.

Мінсоцполітики забезпечено проведення 11 засідань Комісії зі спірних питань визначення статусу осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, на яких розглянуто 98 справ, з них:

- підтверджено і визначено статус 22 особам;

- відмовлено у встановленні статусу або визнано видачу посвідчень безпідставною 14особам;

- 47 справ направлено на доопрацювання;

- 15 рішень Комісії було скасовано судовими органами.

Також забезпечувалась робота центральної комісії з визначення даних про заробітну плату працівників за роботу в зоні відчуження в 1986–1990 роках, зокрема проведено 6 засідань на яких розглянуто 19 справ учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, щодо яких прийнято наступні рішення:

- підтверджено рішення регіональних комісій з визначення даних про заробітну плату працівників за роботу в зоні відчуження в 1986–1990 щодо видачі довідок про заробітну плату – 5 громадянам;

- повернуто на доопрацювання – 9 справ;

- підтверджено відмову регіональних комісій про видачу довідки – 5 особам.

**Соціальний захист учасників антитерористичної операції**

Протягом 2017 року здійснювались заходи, спрямовані на підвищення рівня соціальних і правових гарантій учасників АТО.

Зокрема, для посилення соціального захисту учасників АТО прийнято низку законодавчих актів, які передбачають:

- затвердження Порядку організації соціальної та професійної адаптації учасників АТО (*постанова Кабінету Міністрів України від 21.06.2017 № 432*);

- делегування з центрального на місцевий рівень повноважень щодо закупівлі послуг із психологічної реабілітації для учасників АТО (*постанова Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 497*);

- затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників АТО (*постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1057*);

- розширення кола отримувачів соціальної та психологічної допомоги, що надається центрами соціально-психологічної реабілітації населення, які належать до сфери управління Служби, зокрема надання послуг найближчому соціальному оточенню учасників АТО (*постанова Кабінету Міністрів України від 18.05.2017 № 343*);

- делегування з центрального на місцевий рівень повноважень щодо закупівлі послуг із санаторно-курортного лікування для постраждалих учасників АТО і надання можливості особі самостійно обирати санаторій для оздоровлення(*постанова Кабінету Міністрів України від 01.03.2017 № 110*).

- відкритий конкурсний відбір програм (проектів, заходів) для надання фінансової підтримки всеукраїнським громадським об’єднанням ветеранів *(постанова Кабінету Міністрів України від 14.02.2018 № 156).*

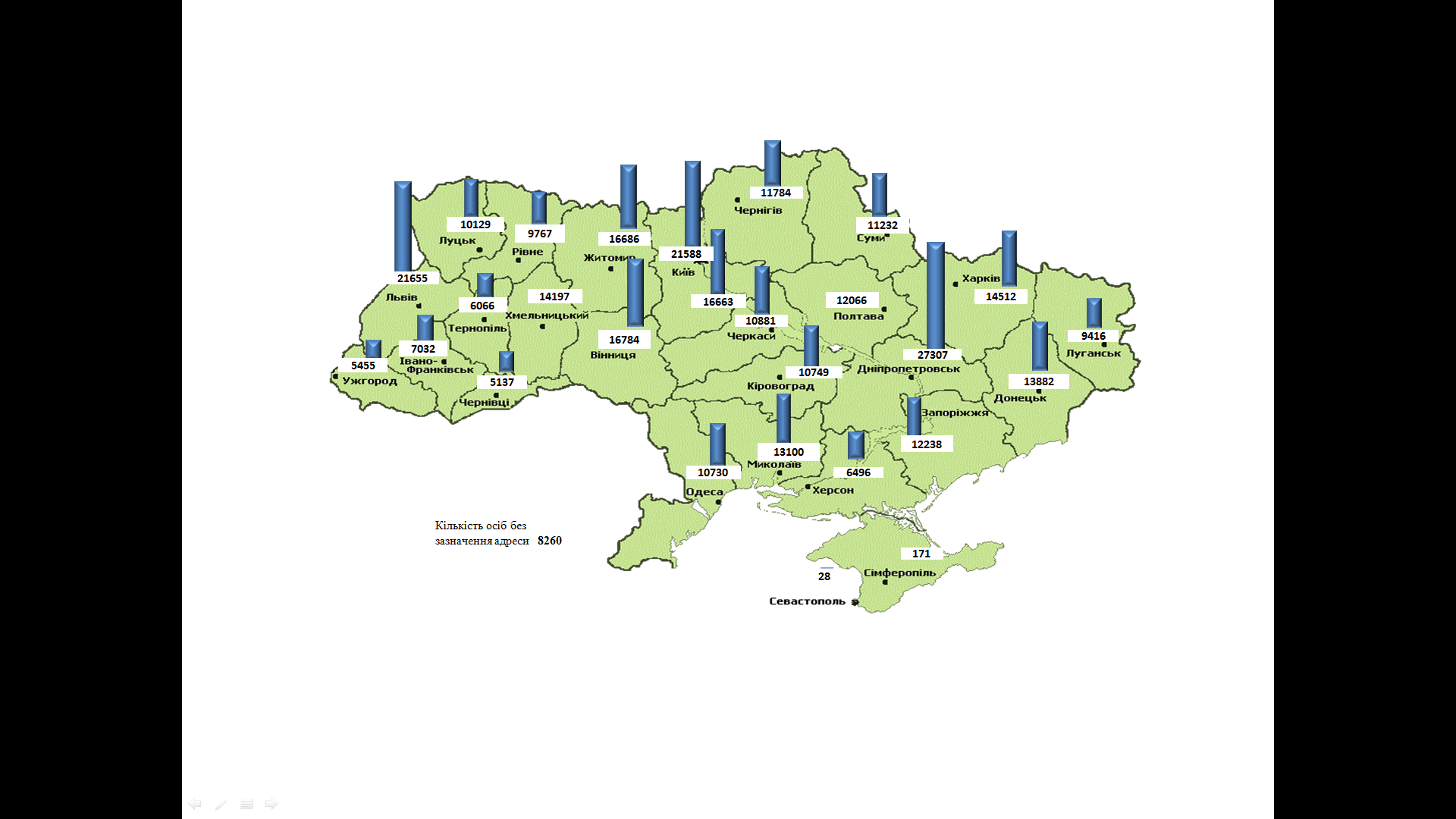
- створення та повноцінне функціонування цілісної системи реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції шляхом схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції на період до 2022 року *(розпорядження Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 475-р).*

**Надання статусу учасника бойових учасників АТО**

При Державній службі у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції (далі – Служба) утворено міжвідомчу комісією з питань розгляду матеріалів про визнання учасниками бойових дій та виплати одноразової грошової допомоги в разі загибелі (смерті) або інвалідності волонтера і деяких інших категорій осіб відповідно до Закону України „Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”.

До Єдиного реєстру учасників антитерористичної операції станом на 31.12.2017 було внесено інформацію про надання статусу учасника бойових дій понад 324 тис. осіб, які брали участь у проведенні АТО.

У 2017 році призначено одноразову грошову допомогу у зв’язку із загибеллю 24 учасників АТО та 58 особам у зв’язку із встановленням інвалідності на загальну суму 30, 3 млн гривень.



**Протезування (ортезування) та забезпечення іншими видами технічних засобів реабілітації учасників антитерористичної операції**

Необхідною допомогою забезпечуються постраждалі учасники АТО, які потребують протезування (ортезування) та забезпечення іншими видами технічних засобів реабілітації.



Протезування учасників АТО в Україні за рахунок коштів державного бюджету здійснюється у першочерговому порядку незалежно від встановлення інвалідності на підставі рішень військово-лікарських комісій.

Протезування учасників АТО за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, здійснюється за кордоном.

Усього забезпечено протезуванням 446 учасників АТО, з яких у 2017 році – 95 осіб.

Станом на 31.12.2017 розпочато протезування 57 учасників АТО, 94 особи перебувають на лікуванні або потребують здійснення первинного протезування.

**Забезпечення санаторно-курортним лікуванням постраждалих учасників АТО**

Учасники АТО (учасники бойових дій та інваліди війни) мають право на безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників АТО санаторно‑курортним лікуванням *(постанова Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 200)*.

Кількість учасників АТО, охоплених санаторно-курортним лікуванням, з року в рік суттєво зростає. Так у 2017 році санаторно-курортне лікування пройшли 7,9 тис. осіб, що більше ніж за два попередні роки. При цьому бюджетні призначення за даним напрямом видатків було збільшено у порівнянні з початком звітного року у 2,2 рази: з 22,5 до 49,6 млн гривень.

Інваліди війни з числа учасників АТО були забезпечені на 100 % від потреби, решта учасників АТО – на 47 %.

**Забезпечення житлом учасників АТО**

У 2017 році державним бюджетом України передбачено видатки у розмірі 493 625,0 тис. гривень для поліпшення житлових умов учасників АТО та їхніх сімей (бюджетна програмою КПКВК 2511120 „Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на виплату грошової компенсації за належні для отримання жилі приміщення для сімей загиблих осіб, визначених абзацами 5‑8 пункту 1 статті 10, а також для осіб з інвалідністю І–ІІ групи, визначених пунктами 11–14 частини другої статті 7 Закону України „Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, та осіб, які втратили функціональні можливості нижніх кінцівок, інвалідність яких настала внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, одержаних під час безпосередньої участі в антитерористичній операції, та потребують поліпшення житлових умов”).

Крім того, додатково з видатків Державного бюджету України на 2017 рік було профінансовано 7 016,1 тис грн на виплату грошової компенсації за 2016 рік, для придбання квартир 15 родинам.

Перераховано на рахунки в АТ „Ощадбанк” 586 отримувачам грошової компенсації на суму 483 746,2 тис. гривень.

За рахунок Субвенції 2016 року придбано житла 609 сім’ям інвалідів   
I–II групи з числа військовослужбовців, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції, і членам сімей загиблих військовослужбовців.

За рахунок Субвенції 2017 року придбано житла 420 сім’ям інвалідів  
I–II групи з числа військовослужбовців які брали безпосередню участь в антитерористичній операції і членам сімей загиблих військовослужбовців, процес придбання житла триває.

Державною службою України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції протягом 2017 року здійснювався моніторинг ветеранів війни, які перебувають на квартирному обліку щодо поліпшення житлових умов.

Станом на 31.12.2017 на обліку перебували:

- 13887 – учасників бойових дій в АТО;

- 810 – інвалідів війни за наслідками участі в бойових діях АТО;

- 6822 – учасників бойових дій на території інших держав;

- 1562 – інвалідів війни з числа учасників бойових дій на території інших держав.

З метою сприяння у працевлаштуванні та соціальній інтеграції учасників АТО державною службою зайнятості забезпечується надання їм повного комплексу послуг, у тому числі шляхом організації громадських робіт, профорієнтаційних, з професійного навчання (професійної підготовки або перепідготовки, підвищення кваліфікації), надання ваучера на навчання для підтримання конкурентоспроможності на ринку праці.

У 2017 році послугами державної служби зайнятості скористалися 43,8 тис. безробітних з числа військовослужбовців, які брали участь в АТО. Допомогу по безробіттю отримували 41,0 тис. учасників АТО.

Кожному учаснику АТО було здійснено підбір вакансій та запропоновано роботу. За сприяння державної служби зайнятості отримали роботу 11,6 тис. учасників АТО. Із загальної чисельності працевлаштованих учасників АТО 228 осіб працевлаштовані на нові робочі місця з компенсацією витрат роботодавцю єдиного соціального внеску, 589 учасникам АТО здійснено виплату допомоги по безробіттю одноразово для започаткування власної справи.

До громадських та інших робіт тимчасового характеру залучено 3,5 тис. учасників АТО. Для забезпечення відповідності професійно-кваліфікаційного рівня вимогам роботодавців професійне навчання за направленням державної служби зайнятості проходили 3,3 тис. учасників АТО, у тому числі 68 осіб з інвалідністю.

Міністерство соціальної політики, разом з Державною служба України у справах ветеранів та учасників антитерористичної операції, Фонд соціального захисту інвалідів, місцеві органи соціального захисту відповідальні органи щодо дотримання виконання постанови Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 "Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів"

До технічних та інших засобів реабілітації належать: протезні вироби (включаючи протезно-ортопедичні вироби (ортези, протези), ортопедичне взуття); засоби для пересування (крісла колісні);

спеціальні засоби для самообслуговування та догляду (допоміжні засоби для особистого догляду та захисту: наколінники, налокітники, рукавиці на протез, чохли для кукс верхніх та нижніх кінцівок, вкладиші із силіконової або селевої композиції для кукс верхніх та нижніх кінцівок, подушки проти пролежневі та інші);

допоміжні засоби для особистої гігієни: крісла-стільці, сидіння на унітаз, сидіння-надставки на унітаз, щипці для туалетного паперу, стільці, табурети, сидіння для ванни та душу, східці, підставки для ванни, умивальники);

допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому(палиці, милиці, ходуни, поручні);

меблі та оснащення (столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци проти пролежневі, перила та поручні, брусся, опори);

спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (магнітофони, диктофони, годинники, мобільні телефони для письмового спілкування).

Урядом прийнята постанова Кабінету Міністрів України від 14.03.2018 № 238 „Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України”, якою передбачено впровадження нової системи забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю.

Даним нормативно-правовим актом передбачені зміни порядку перерахування коштів підприємствам, що виконали індивідуальні заявки осіб з інвалідністю; запровадження оплати підприємству „за фактом”; покращення процесу забезпечення особи ТЗР шляхом реалізації визначеного законом права на вибір виробу, отримання виробу в чітко встановлений термін та забезпечення соціального супроводу людини, що користується ТЗР; компенсація за бажанням особи з деяких засобів реабілітації; зменшення часу в процесі забезпечення ТЗР особи.

Міністерством юстиції 04.05.2018 за № 549/32001 зареєстровано наказ Мінсоцполітики від 12.04.2018 № 506 «Про затвердження типових форм договорів про забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з їх ремонту»

**Соціальний захист внутрішньо переміщених осіб**

На кінець 2017 року на обліку перебувало 1 493 536 внутрішньо переміщених осіб (1 219 190 сімей переселенців)

Найбільша кількість внутрішньо переміщених осіб зареєстрована в таких областях:

- Донецька – 541 тис. осіб;

- Луганська – 296,6 тис. осіб;

- Харківська – 121,5 тис. осіб;

- м. Київ – 158 тис. осіб.

Серед загальної кількості внутрішньо переміщених осіб 777 тис. пенсіонерів, 49,4 тис. осіб з інвалідністю та майже 228 тис. дітей.

За бюджетною програмою 2501480 „Надання щомісячної адресної допомоги особам, які переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції, для покриття витрат на проживання, в тому числі на оплату житлово-комунальних послуг” на 2017 рік передбачені кошти для виплати щомісячної адресної допомоги в сумі 2 814,5 млн грн для виплати вказаної допомоги.

Грошову допомогу для покриття витрат на проживання, у тому числі на оплату житлово-комунальних послуг, виплачено на загальну суму 2,8 млрд гривень. Середньомісячна кількість сімей, яким виплачено зазначену допомогу, складає 169,4 тис сімей.

Починаючи з 2017 року за ініціативи Мінсоцполітики Урядом прийнято низку рішень, якими підвищено розмір зазначеної допомоги окремим категоріям громадян, зокрема:

- з липня 2017 року – дітям з інвалідністю з числа внутрішньо переміщених осіб (постанова Кабінету Міністрів України від 04.07.2017 № 453);

- з вересня 2017 року: особам з інвалідністю І групи та дітям з інвалідністю до 130 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; особам з інвалідністю ІІ групи до 115 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; підвищено граничний розмір загальної суми грошової допомоги, що виплачується на сім’ю, до складу якої входять особи з інвалідністю або діти з інвалідністю, до 3400 грн *(постанова Кабінету Міністрів України від 13.09.2017 № 689)*;

- з січня 2018 року: дітям та особам, які отримують пенсії, – до 1 000 грн; підвищено граничний розмір загальної суми грошової допомоги, що виплачується на сім’ю, – з 2400 грн до 3000 грн та до 5 000 гривень багатодітним сім’ям *(постанова Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 № 15)*.

Удосконалено нормативно-правову базу захисту прав внутрішньо переміщених дітей, зокрема щодо:

- забезпечення захисту житлових прав дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, та осіб з їх числа, які є внутрішньо переміщеними особами *(Закон України „Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо захисту житлових прав дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, та осіб з їх числа”)*;

- надання статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройного конфлікту”, що дало можливість провести оцінку потреб кожної вимушено переселеної дитини, здійснити її соціальний супровід у випадку перебування в складних життєвих обставинах та сприяти в отриманні статусу дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройного конфлікту *(постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2017 № 268).*

Аналізуючи зміст сучасних документів, що регламентують зобов'язання і технології діяльності держав для реалізації рівних прав та можливостей інвалідів (осіб з обмеженими можливостями здоров'я), можна зробити висновок про те, що результатом найбільших політичних, економічних, соціальних і технологічних змін останніх років є кардинальна трансформація суспільної свідомості і одночасно - глобальна зміна парадигми соціальної політики щодо інвалідів: перехід від поняття "пацієнт" до поняття "громадянин".

Розвиток інформаційних і комунікаційних технологій, зміни у сфері демографії та соціальних відносин, законодавчої бази та менталітету населення призводять до того, що процеси соціального виключення, воздействовавшие на людей з обмеженими можливостями (як і на представників національних меншин, мігрантів, будинків і т.п. ), розглядаються як оборотні. Інтеграція інвалідів тепер трактується не як включення якоїсь окремої частини в єдине ціле, а як інтеграція інвалідів та суспільства. Розуміння діяльності з надання інвалідам заходів соціальної підтримки як односпрямованої громадської благодійності, нехай і всебічно регламентованої законодавством, поступово долається, і завданням держави тепер вважається створення умов для того, щоб всі категорії людей, з усіма особливими потребами, могли вільно і рівноправно реалізовувати свої універсальні права .

Ставлення до людей з обмеженими можливостями змінюється: тепер їх сприймають не як пацієнтів, які потребують догляду, які не вносять свого вкладу у суспільний розвиток, а як людей, які мають потребу в тому, щоб були усунуті бар'єри, що перешкоджають заняттю ними гідного місця в суспільстві. Ці перешкоди - не тільки соціального, юридичного характеру, але також і існуючі ще в суспільній свідомості рудименти ставлення до інвалідів тільки як до жертв біологічної та соціальної ущербності.

За словами міністра соціальної політики України Андрія Реви, Україна свідомо взяла на себе міжнародні зобов’язання щодо матеріального забезпечення осіб з інвалідністю, створення для них необхідних соціально-побутових умов. Адже Конституція і законодавство України гарантує людям з обмеженими можливостями рівні права з іншими громадянами.

Додаток А

Таблиця А.1

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика джерела | Приклад оформлення |
| Книги:  Один автор | 1. ***Жулковская, Т.*** Соціалізація людей з обмеженими інтелектуальними можливостями: співвідношення інститутів і процесів / Т. Жулковская // Дисс .... доктора соціологічних наук. - І., 2002. - С. 29. |
| Два автори | 1. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота: Теорія і практика | Рік видання: 2004 | Видавець: Київ: ВМУРОЛ «Україна» | Кількість сторінок: 408 |
| Законодавчі та нормативні документи | 1. Конвенція про права осіб з інвалідністю ;  2. Закон України „Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”;  3. Закон України „Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”;  4. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 № 1686 „Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів”;  5. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 № 80 „Про затвердження Порядку надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг”;  6. Наказ Мінсоцполітики від 28.07.2015 № 825 „Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах”;  7. Наказ Мінсоцполітики від 09.08.2016 № 855 „Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю”;  8. Наказ Мінпраці від 06.09.2010 № 270 „Про затвердження Інструкції з надання фінансової допомоги на поворотній і безповоротній основі та цільової позики за рахунок сум адміністративно-господарських санкцій та пені, що надходять до державного бюджету за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів”.  9. Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.10.2017 р. № 1576 "Про затвердження Примірних штатних нормативів чисельності працівників центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю"  10. Сайт МСПУ: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-deyakih-postanov-kabinetu-mini |