

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Гришина Е.Е., Тындик А.О., Цацура Е.А.

**Региональные особенности политики в отношении
инвалидов с учетом бюджетной обеспеченности**

Москва 2016

Аннотация. В настоящей работе в фокусе внимания находится региональная политика в отношении инвалидов, она рассматривается в контексте соответствия принципам Конвенции ООН о правах инвалидов и реальных запросов семей с инвалидами, оцененных на основе социологического опроса. С учетом бюджетной обеспеченности шести пилотных регионов и объемов затрат на социальную политику проведен анализ их сильных и слабых сторон, представлены риски и возможности совершенствования региональной политики.

Гришина Е.Е., заведующая лабораторией исследований пенсионных систем и актуарного прогнозирования социальной сферы ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Тындик А.О., заведующая лабораторией исследований демографии, миграции и рынка труда ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Цацура Е.А. старший научный сотрудник лаборатории исследований уровня жизни и социальной защиты ИНСАП Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2015 год.

Содержание

Введение.....	4
1 Критерии оценки соответствия российских программ в отношении инвалидов положениям Конвенции ООН о правах инвалидов.....	5
1.1 Оценка реальных запросов инвалидов и домохозяйств с инвалидами	8
1.2 Перечень предложенных показателей оценки	14
2 Результаты оценки программ в отношении инвалидов.....	20
3 Анализ бюджетных затрат на меры социальной поддержки, социальной реабилитации и абилитации инвалидов.....	35
4 SWOT-анализ региональной политики в отношении инвалидов.....	55
Заключение.....	89

Введение

Ратификация Российской Федерацией в 2012 году Конвенции о правах инвалидов¹ накладывает на страну ряд международных обязательств, в рамках которых Россия в 2014 году впервые подготовила и представила в ООН доклад о соблюдении прав инвалидов в Российской Федерации. Мониторинг положения инвалидов начинается с всестороннего анализа законодательства и правоприменительной практики в отношении соблюдения прав инвалидов. В настоящей работе выполнена оценка одного из аспектов этой области – а именно, региональной политики, представленной через общие социальные и специализированные программы в отношении инвалидов.

Проведение анализа того, насколько федеральные и региональные государственные программы учитывают реальные запросы инвалидов и домохозяйств с инвалидами и положения Конвенции ООН о правах инвалидов необходимо начать с выбора критериев оценки. Для этого нужно, во-первых, выделить в Конвенции ООН ряд параметров, на соответствие которым можно оценивать государственные программы. Во-вторых, определить реальные запросы инвалидов и домохозяйств с инвалидами по результатам социологических исследований, проведенных Институтом социального анализа и прогнозирования РАНХиГС в 2014 году. Результаты анализа всех программ сгруппированы и представлены в сводной таблице во втором разделе работы. Третий раздел посвящен анализу динамики бюджетных расходов по статьям, связанным с социальной защитой инвалидов и реализацией их прав. В последнем разделе работы представлен SWOT-анализ региональной политики в отношении инвалидов. Он опирается на макроэкономический и социальный контекст реализации региональной политики. Отдельное внимание уделяется выявленным несоответствиям региональных программ, как ключевого механизма реализации политики, принципам Конвенции ООН и программно-целевому подходу. Через устранение этих несоответствий представлены возможности совершенствования политики в отношении инвалидов.

¹ Ратифицирована Федеральным законом от 03.05.2012 N 46-ФЗ "О ратификации Конвенции о правах инвалидов"

1 Критерии оценки соответствия российских программ в отношении инвалидов положениям Конвенции ООН о правах инвалидов

Конвенцией ООН о правах инвалидов предусматривается, что государства-участники должны предпринимать все надлежащие меры (в том числе законодательные) для обеспечения достаточного жизненного уровня инвалидов и их социальной защиты. К таким мерам могут быть отнесены: освоение инвалидами жизненных и социальных навыков; обучение в системе общего образования; установление благоприятных условий на рынке труда; создание доступной для инвалидов среды и адаптация в этих целях градостроительной, транспортной, коммуникационной и иной инфраструктуры; доступ инвалидов к информации (включая содействие использованию жестового языка, азбуки Брайля и иных способов и форматов общения); реабилитация и другие меры. Ст. 4 Конвенции указывает, что государства должны учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека с инвалидностью. Оценка покажет, соблюдается ли данное требование в России. Каждая статья Конвенции посвящена определенному аспекту реализации прав инвалидов. Кратко можно выделить основные темы, которые затрагивает Конвенция, чтобы проследить, насколько они учитываются в государственных программах:

- государства-участники тесно консультируются с инвалидами, включая детей-инвалидов, и активно привлекают их через представляющие их организации (ст. 4);
- особое внимание правам девочек и женщин с инвалидностью (ст.6);
- права детей-инвалидов, высшие интересы ребенка (ст.7);
- просвещение общества, укрепление уважения прав и достоинства инвалидов (ст.8);
- обеспечение доступности окружения, транспорта, информации и связи и других объектов и услуг, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах (ст. 9);
- обеспечение доступа к информации; к новым информационно-коммуникационным технологиям и системам, включая Интернет (ст.10);
- необходимые меры для обеспечения защиты и безопасности инвалидов в ситуациях риска, включая вооруженные конфликты, чрезвычайные гуманитарные ситуации и стихийные бедствия (ст.11);
- равенство перед законом (ст.12) и доступ к правосудию (ст.13);

- обеспечение равных прав инвалидов на владение имуществом и его наследование, на управление собственными финансовыми делами, а также на равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам и другим формам финансового кредитования (ст.12);
- защита от унижающих достоинство видов обращения (ст.15);
- предотвращение и защита от эксплуатации и насилия как дома, так и вне его (ст. 16);
- самостоятельный образ жизни: возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и отсутствие обязательств проживать в каких-то определенных жилищных условиях; доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации (ст.19);
- индивидуальная мобильность (ст.20);
- свобода выражения мнения и убеждений (ст. 21);
- устранение дискриминации в отношении инвалидов во всех вопросах, касающихся брака, семьи, отцовства, материнства и личных отношений, наравне с другими (в том числе права и обязанности инвалидов в отношении опекунов, попечительства, опеки, усыновления детей); снабжение детей-инвалидов и их семей всесторонней информацией, услугами и поддержкой (ст. 23);
- право на образование, обеспечение того, чтобы инвалиды не исключались по причине инвалидности из системы общего образования, а дети-инвалиды — из системы бесплатного и обязательного начального образования или среднего образования; обеспечивалось разумное приспособление, учитывающее индивидуальные потребности; доступ к общему высшему образованию, профессиональному обучению, образованию для взрослых и обучению в течение всей жизни без дискриминации и наравне с другими (ст.24);
- право на здоровье: обеспечение того же набора, качества и уровня бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам; предоставление услуг в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в подходящих случаях — коррекцию и услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, в том числе среди детей и пожилых; организация этих

- услуг в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах; обучение врачей правам инвалидов и принятие этических стандартов для государственного и частного здравоохранения (ст. 25);
- укрепление и расширение комплексных абилитационных и реабилитационных услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания, таким образом, чтобы эти услуги и программы: начинали реализовываться как можно раньше и были основаны на многопрофильной оценке нужд и сильных сторон индивида; способствовали вовлечению и включению в местное сообщество и во все аспекты жизни общества, имели добровольный характер и были доступны для инвалидов как можно ближе к местам их непосредственного проживания, в том числе в сельских районах (ст.26);
 - право инвалидов на труд наравне с другими, принятие мер, направленных на реализацию инвалидами права на труд (ст.27);
 - право на достаточный жизненный уровень и соцзащиту; обеспечение инвалидам равного доступа к получению чистой воды, к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью; обеспечение инвалидам, в частности женщинам, девочкам и пожилым лицам с инвалидностью, доступа к программам социальной защиты и программам сокращения масштабов нищеты; обеспечение инвалидам и их семьям, живущим в условиях нищеты, доступа к помощи со стороны государства с целью покрытия связанных с инвалидностью расходов, включая надлежащее обучение, консультирование, финансовую помощь и временный патронажный уход; обеспечение доступа к программам государственного жилья, к пенсионным пособиям и программам (ст. 28);
 - участие в политической и общественной жизни; доступ к выборам и поощрение участия в НПО (ст. 29);
 - участие в культурной жизни, проведение досуга и отдыха и занятия спортом (ст. 30);
 - государства-участники обязуются производить сбор надлежащей информации,
 - включая статистические и исследовательские данные, позволяющие им разрабатывать и осуществлять стратегии в целях выполнения настоящей Конвенции (ст. 31);
 - поощрение международного сотрудничества (ст. 32).

1.1 Оценка реальных запросов инвалидов и домохозяйств с инвалидами

Для выявления реальных запросов и потребностей инвалидов и домохозяйств с инвалидами были кратко проанализированы ответы на следующие вопросы анкеты:

1) *«Легко ли вам было устроиться на работу с имеющимися ограничениями по здоровью?»*

Примерно каждый десятый работник с инвалидностью или с плохим здоровьем указал на трудности при устройстве на работу. Остается низкой занятость инвалидов, особенно, в средних трудоспособных возрастах, по сравнению с занятостью населения в целом уровни занятости лиц с инвалидностью ниже почти в 4 раза.

2) *«Если вам сейчас предложат посильную работу, вы согласитесь работать или нет?»*

При сравнении ответов мужчин и женщин на этот вопрос было обнаружено, что мужчины в большей степени готовы вернуться в занятость, чем женщины. Учитывая, что среди мужчин, имеющих ограничения по здоровью, выше и доля занятых не на пенсии, и доля работающих пенсионеров, как было показано выше, их готовность вернуться к работе является сигналом более высокой восприимчивости данной группы к внедрению специальных программ занятости для инвалидов. Следовательно, упор в этих программах по возможности следует делать на более «мужские» специальности и виды занятий. Кроме того, естественно, что в большей степени желание работать присуще возрастной когорте до 49 лет (более половины незанятых изъявляют желание работать).

3) *«Нужна ли вам посторонняя помощь, чтобы добраться до работы и других общественных мест?»*

В городской местности доля выходящих на улицу каждый день ниже, чем в сельской, выше доля лиц, выходящих несколько раз в неделю (на 8 п.п.), несколько раз в месяц и реже (на 3 п.п.), не выходящих из дома (на 2 п.п.). Большинство респондентов за последние 7 дней выходили из дома в магазин (66%), причем 8% из них нужна помощь, чтобы добраться до магазина. На втором месте среди причин, из-за которых респондент выходил на улицу за последние 7 дней – походы в поликлинику. Около 20% ходивших в поликлинику нуждаются в посторонней помощи, чтобы добраться до нее. Около 3% респондентов, выходивших на улицу, чтоб дойти до работы, и 2% - чтобы добраться до музея, кинотеатра, театра, кафе также ответили, что нуждаются в посторонней помощи.

4) *«Как вы считаете, в целом, приспособлены или не приспособлены общественные места вашего города/села для инвалидов?»*

Большинство респондентов считают, что общественные места не приспособлены для инвалидов или затруднились ответить. Лишь 25% в городе 19% респондентов в селах ответили,

что в целом, общественные места их города/села приспособлены для инвалидов. Таким образом, можно отметить потребность в посторонней помощи и физическом сопровождении, а также развитии безбарьерной среды.

5) *«Почему вы не обращались в органы соцзащиты для получения услуг в рамках программы реабилитации (МСЭ)?»*

Среди причин, по которым респонденты не обращались в органы социальной защиты, были указаны следующие:

- не нуждались;
- не было информации; не знал; никто ничего не сказал;
- нужно сопровождение; не могу самостоятельно; надо нанимать машину;
- не могу доехать из села;
- проще пойти и купить, нет времени (родственнику нужен постоянный уход);
- дорого ездить, полпенсии проеждишь;
- они ничего не могут, ничего не помогают; нет нужных услуг; бесполезно; нет смысла и

т.п.;

- дают неэффективные аппараты;
- не хочу рвать своё сердце, ходишь плачешь, а ничего не делают.

Таким образом, можно выделить следующие потребности инвалидов и их семей:

- Информирование во время прохождения МСЭ;
- Сопровождение, чтобы обратиться в соцзащиту;
- Транспортная доступность органов социальной защиты (мобильные группы в селах);
- Упрощение процедур оформления мер социальной защиты и лекарственного обеспечения;
- Развитие перечня услуг социальной защиты для инвалидов;
- Изменение отношения к инвалидам со стороны сотрудников органов социальной защиты.

6) *«Достаточно ли помощи вы получили или получаете сейчас по индивидуальной программе реабилитации? чего именно не хватает? на ваш взгляд, что еще может сделать государство для поддержки инвалидов?»*

Суммируя ответы на два эти вопроса, можно выделить следующие запросы и потребности инвалидов и членов домохозяйств с инвалидами:

- Улучшение материального положения и социальной защиты: повышение размеров пенсий и пособий, льготы на коммунальные услуги;
- Решение жилищного вопроса, льготная очередь на жилье. Качество жилья, его приспособленность для проживания инвалидов зависят от уровня доходов домохозяйства;
- Доступность путевок в санатории (в том числе, увеличение частоты поездок и возможности получения путевок по профилю заболевания);
- Развитие услуг: юридическая и психологическая помощь;
- Доступность транспорта (бесплатный или льготный проезд, оборудование общественного транспорта, в том числе маршруток, выделение специального транспорта тем, кто не может пользоваться общественным, социальное такси);
- Изменение процедуры оформления и переоформления инвалидности (убрать ежегодность подтверждения, если в этом нет необходимости, упростить процедуру для неходячих, дать возможность проходить на дому; решение коррупционных проблем (приходится "покупать" инвалидность));
- Доступность лекарственного обеспечения (расширение списка, выписывание нужных, а не дешевых лекарств, наличие в аптеках, упрощение процедуры получения, расширение списка тех, кто имеет право на бесплатные лекарства);
- Доступность бесплатного и качественного медицинского обслуживания: доступность поликлиник и больниц с качественной помощью для районов, возможность доехать, отсутствие очередей, упрощение получения разрешения на реабилитацию, помощь в оплате дорогостоящего лечения, доступность реабилитации вне зависимости от возраста (пожилых ограничивают), изменение отношения медработников; возможность попасть к врачам-специалистам на местах. Внимание к потребностям человека в целом, а не к отдельным заболеваниям;
- Медицинское обслуживание на дому, мобильные медицинские бригады, специалисты-реабилитологи, посещающие на дому;
- Доступ к реабилитационным услугам: открытие реабилитационных центров там, где их нет, бесплатные услуги реабилитационных центров; своевременный доступ к реабилитационным мероприятиям, например, занятия с логопедом, массаж (раннее развитие для детей); развитие реабилитационных услуг (развитие службы поводырей, больше внимания редким заболеваниям (аутизм, например));
- Больше средств и специалистов направлять в маленькие города;

- Оснащение оборудованием государственных реабилитационных центров (т.к. в них ничего нет, приходится обращаться в платные), повышение квалификации врачей и реабилитологов;
- Необходимость в дополнительных учреждениях (хосписы, дневные центры для инвалидов, санатории для людей без движения, реабилитационные центры для онкологических больных);
- Помощь на дому, сопровождение, улучшение работы соцработников, снижение нагрузки на соцработников (меньше обслуживаемых на 1 работника), предоставление помощи по хозяйству в сельской местности; обеспечение услуг сиделок;
- Помощь родственникам, ухаживающим за инвалидом – разгрузка на несколько часов (нянечки, сиделки);
- Доступность и качество ИСР: повысить качество подгузников, слуховых аппаратов, колясок и т.д.; сократить время ожидания в очереди на получение ИСР; обеспечение памперсами и пр. при необходимости (сейчас не всем нуждающимся положено);
- Доступная среда: оборудовать общественные и жилые здания, улицы; обеспечить работу оборудования (подъемники, пандусы, лифты, перила, специальные светофоры и т.д.); оборудование учебных заведений, аптек, поликлиник, жилых домов, магазинов в первую очередь;
- Стимулирование занятости инвалидов (создание рабочих мест, налоговые льготы для предприятий);
- Информирование (больше информации о правах, всех льготах и возможностях, лично до каждого доносить информацию, наладить обратную связь между инвалидами и государством);
- Открыть консультационные пункты (одно место, куда можно прийти или позвонить и уточнить всю информацию по всем направлениям поддержки, реабилитации, переосвидетельствования и т.д.);
- Среди детей-инвалидов дошкольного возраста доля посещающих детские дошкольные учреждения ниже, чем по населению в целом. Доступность этих учреждений в России остается достаточно низкой, в особенности ДОО со специальными логопедическими или оздоровительными группами;
- Доступность школьного образования (не закрывать специальные школы, помогать в школах);

- Доступность общения и досуга (специальные кружки, встречи, вечера для инвалидов, клубы по интересам);
- Развитие благотворительных и общественных организаций;
- Изменение отношения в обществе, больше внимания инвалидам;
- Учитывать индивидуальные потребности и помогать в соответствии с ними.

Кроме указанных выше вопросов, в целом, в ходе анализа результатов количественного и качественного исследования были выявлены следующие наиболее острые проблемы:

- В сельской местности снижена возможность доступа к медицинской помощи, образованию и реабилитации, таким образом, формируется глубокая социальная депривация детей-инвалидов на селе.
- Среди семей с детьми-инвалидами выше доля тех, в которых не заняты оба родителя (около 15% против 6% по всему детскому населению) или не занята мать, одна воспитывающая ребенка. Во-первых, по причине отсутствия достаточного числа специализированных или инклюзивных дошкольных и школьных учреждений, во-вторых, из-за непривлекательности для работодателя работника с риском частых больничных, ограничений по командировкам и сверхурочной работе; в-третьих, остается заметной дискриминация работников старших возрастов, а доля женщин предпенсионных и пенсионных возрастов среди матерей детей-инвалидов выше, чем в целом среди женщин с детьми. Отсутствие трудового дохода в сочетании с высоким уровнем расходов на реабилитацию увеличивают риски малообеспеченности семей с детьми-инвалидами. В связи с этим необходимо развивать инфраструктуру сопровождения семей с детьми - инвалидами, чтобы снять возникающие социальные и экономические издержки этих семей.
- Уязвимыми являются одинокие инвалиды трудоспособного возраста, получающие трудовую или социальную пенсию по инвалидности, не имеющие возможности занятости и не имеющие внутрисемейной поддержки, институциональная социальная поддержка этих групп инвалидов также не очень развита.
- Наблюдается очень низкая информированность родителей детей инвалидов о правах их ребенка на программу реабилитации, особенно это заметно в сельской местности и в небольших городах, где нет никакой возможности к исполнению, хотя бы, части ИПР.

Качественное исследование 2014 года подтвердило и расширило результаты количественного опроса. В частности, по результатам анализа интервью с инвалидами и членами их семей были сделаны следующие выводы:

- Оформление и особенно ежегодное переоформление статуса инвалида приводит к значительным временным и психологическим издержкам. Многие не понимают смысла ежегодного повторения экспертизы, так как это никаким образом не связано с корректированием ИПР.
- Результативность самого инструмента ИПР вызывает вопросы, во многих случаях это формальный документ, который люди не могут использовать, так как либо им не объяснили дальнейших действий, либо в месте проживания отсутствуют реабилитационные центры или другие учреждения, где могли бы быть осуществлены реабилитационные мероприятия, либо состояние человека и инфраструктура не позволяют ему доехать до учреждений, где могут быть проведены реабилитационные мероприятия.
- Инвалиды чаще других групп населения взаимодействуют с медицинскими учреждениями. В силу заболеваний они проходят медицинские осмотры, получают лечение, оформляют бесплатные лекарства. При этом возникают проблемы с доступностью медицинского обслуживания, невнимательностью медицинского персонала к нуждам людей с инвалидностью. Не всегда возможно обеспечение нужными лекарствами за счет государства, распространены ситуации, когда нужных лекарственных препаратов нет в списке бесплатных, также отмечаются перебои с поставками лекарств в аптеки. Кроме того, сам процесс оформления этих лекарств затратен по времени.
- Несмотря на заявления о создании доступной и безбарьерной среды, инвалиды в регионах не чувствуют практически никаких изменений. Для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата не доступны не только общественные пространства, но, в первую очередь, непреодолимым барьером становятся лестницы в подъездах домов. Потребность в оборудовании жилых домов пандусами крайне велика.
- Для семей с инвалидами велики риски институционального исключения. Так, семьи сталкиваются с проблемами в доступе к детским дошкольным и школьным учреждениям. Зачастую вопрос получения этих услуг зависит от активности родителя, который смог добиться реализации прав своего ребенка. Выбора наиболее подходящего варианта обучения конкретного ребенка с нарушениями здоровья из набора различных

возможностей нет. Далеко не во всех населенных пунктах есть профильные реабилитационные центры в транспортной доступности, где ребенок или взрослый человек могли бы получить реабилитационные услуги.

- Плохое материальное положение семей с инвалидами становится результатом ограничений в доступе к рынку труда. В каких-то случаях это - объективные ограничения (нетрудоспособность), в других – результат дискриминации людей с инвалидностью, отсутствие рабочих мест, а также недостаточный уровень государственной поддержки родственников, осуществляющих уход за инвалидом.
- Существенная проблема – несовпадение существующих форм государственной поддержки и потребностей семей, отсутствие нужных форм поддержки. Например, в критических ситуациях оказываются родители повзрослевших детей-инвалидов, которым требуется постоянный уход. Как правило, это матери, которые серьезно подрывают своё здоровье в ходе высоких физических нагрузок. Они не могут позволить себе нанять помощников, так как на протяжении многих лет не имеют возможности работать, а со стороны государства такая помощь не предусматривается. Инвалиды и члены их семей зачастую нуждаются в психологической поддержке, так как кроме тяжести проживания с ограничением в здоровье, они постоянно сталкиваются с дискриминацией, как со стороны прохожих на улице, так и в различных инстанциях.

Таким образом, результаты проведенных в 2014 году исследований (количественный опрос и интервью с инвалидами и членами домохозяйств с инвалидами) во многом пересекаются и раскрывают содержание пунктов Конвенции ООН, сформулированных универсально для всех стран, акцентируя внимание именно на тех потребностях и запросах, которые есть у инвалидов в России.

1.2 Перечень предложенных показателей оценки

По итогам изучения результатов опроса инвалидов и членов их семей в 2014 году, а также изучения Конвенции ООН были выделены следующие показатели для анализа программ:

- Наличие показателя, касающегося инвалидов среди целевых индикаторов и показателей программы
- Ожидаемые результаты, связанные с интересами инвалидов
- Перечислить ДРУГИЕ конкретные мероприятия программы (где упомянуты инвалиды, лица с ОВ)
- Образование

- Доступность школьного и дошкольного образования (не закрывать специальные школы, помогать в школах)
 - ДОУ со специальными логопедическими или оздоровительными группами.
- Здоровоохранение
- Доступность лекарственного обеспечения (расширение списка, выписывание нужных, а не дешевых лекарств, наличие в аптеках, упрощение процедуры получения, расширение списка тех, кто имеет право на бесплатные лекарства)
 - Доступность бесплатного и качественного медицинского обслуживания и лечения (доступность поликлиник и больниц с качественной помощью для районов, возможность доехать, отсутствие очередей, упрощение получения разрешения на реабилитацию, помощь в оплате дорогостоящего лечения, доступность реабилитации вне зависимости от возраста (пожилых ограничивают), изменение отношение медработников)
 - Улучшение доступа к врачам-специалистам на местах
 - Внимание к потребностям человека в целом, а не к отдельным заболеваниям (если заболевание суставов, то лечат только суставы, а другие сопряженные заболевания, как раньше, уже не лечат)
 - Медицинское обслуживание на дому, мобильные медицинские бригады, специалисты-реабилитологи, посещающие на дому
 - Доступ к реабилитационным услугам (открытие реабилитационных центров там, где их нет, бесплатные услуги реабилитационных центров)
 - Своевременный доступ к реабилитационным мероприятиям, например, занятия с логопедом, массаж (раннее развитие для детей)
 - Развитие реабилитационных услуг (развитие службы поводырей, больше внимания редким заболеваниям (аутизм, например))
 - Реабилитационные центры для онкологических больных
 - Повышение квалификации врачей и реабилитологов
 - Оснащение оборудованием государственных реабилитационных центров (т.к. в них ничего нет, приходится обращаться в платные)
- Социальная адаптация, досуг
- Участие в культурной жизни, проведении досуга и отдыха и занятии спортом

- Доступность общения и досуга (специальные кружки, встречи, вечера для инвалидов, клубы по интересам)
- Социальная защита и достаточный жизненный уровень
- Повышение пенсий и пособий
 - Льготы на коммунальные услуги
 - Решение жилищного вопроса, льготная очередь на жилье
 - Доступность путевок в санатории (в том числе, увеличение частоты поездок и возможности получения путевок по профилю заболевания)
 - Развитие перечня услуг социальной защиты и социального обслуживания для инвалидов и их семей (в том числе как заказ НКО).
 - Помощь на дому, социальное сопровождение, физическое сопровождение (в том числе для обращения в соцзащиту), улучшение работы соцработников
 - Снизить нагрузку на соцработников (меньше обслуживаемых на 1 работника)
 - Помощь по хозяйству в сельской местности
 - Обеспечение услуг сиделок
 - Помощь родственникам, ухаживающим за инвалидом - разгрузка на несколько часов, нянечки, выделение им больших средств
 - Транспортная доступность органов социальной защиты (мобильные группы в селах)
 - Организовать прием без очередей в соцзащите (при получении путевок и др.)
 - Поддержка инвалидов трудоспособного возраста, не имеющих семейной поддержки и возможности трудиться
 - Юридическая помощь
 - Психологическая помощь
- Особое внимание правам девочек и женщин с инвалидностью
- Просвещение всего общества, в том числе на уровне семьи, в вопросах инвалидности и укрепление уважения прав и достоинства инвалидов
- Изменение отношения общества в целом (в том числе отдельных представителей в сфере образования, медицины, социальной защиты и т.д.).
 - Больше внимания инвалидам

- Доступ к информации
 - Информирование (больше информации о правах, всех льготах и возможностях, лично до каждого доносить информацию, наладить обратную связь между инвалидами и государством)
 - Информирование во время прохождения МСЭ
 - Открыть консультационные пункты (одно место, куда можно прийти или позвонить и уточнить всю информацию по всем направлениям поддержки, реабилитации, переосвидетельствования и т.д.)
 - Повышение правовой грамотности
- Обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи
- Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество (выбор места жительства, в том числе вне учреждений, доступ к соц. обслуживанию и сопровождению, доступ к объектам и услугам общего пользования)
 - Доступность транспорта (бесплатный или льготный проезд, оборудование общественного транспорта, в том числе маршруток, выделение специального транспорта тем, кто не может пользоваться общественным, социальное такси)
 - Доступная среда (чтобы в общественных и жилых зданиях и на улицах было установлено оборудование и чтобы оно работало (подъемники, пандусы, лифты, перила, специальные светофоры и т.д.)), оборудование учебных заведений, аптек, поликлиник, жилых домов, магазинов в первую очередь
 - Доступность и качество ИСР (повысить качество подгузников, слуховых аппаратов, колясок и т.д., длинные очереди на коляски, обеспечение памперсами и пр. при необходимости (не всем положено сейчас), не хватает выделяемого количества памперсов)
 - Адаптированность жилья под потребности
- Меры для обеспечения защиты и безопасности инвалидов в ситуациях риска, включая вооруженные конфликты, чрезвычайные гуманитарные ситуации и стихийные бедствия
- Равенство перед законом и доступ к правосудию

- Обеспечение равных прав инвалидов на владение имуществом и его наследование, на управление собственными финансовыми делами, а также на равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам и другим формам финансового кредитования и обеспечение, чтобы инвалиды не лишались произвольно своего имущества
 - Доступность кредитов
- Предотвращение насилия
- Индивидуальная мобильность. Принятие эффективных мер для обеспечения индивидуальной мобильности инвалидов с максимально возможной степенью их самостоятельности
 - Содействие индивидуальной мобильности инвалидов избираемым ими способом, в выбираемое ими время и по доступной цене;
 - Облегчение доступа инвалидов к качественным средствам, облегчающим мобильность, устройствам, ассистивным технологиям и услугам помощников и посредников, в том числе за счет их предоставления по доступной цене;
 - Обучение инвалидов и работающих с ними кадров специалистов навыкам мобильности;
 - Побуждение предприятий, которые занимаются производством средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, к учету всех аспектов мобильности инвалидов.
- Уважение дома и семьи (о правах на опеку и усыновление ребенка, помощь в воспитании детей). Организация, укрепление и расширение комплексных абилитационных и реабилитационных услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания
 - Доступ к медицинской помощи, образованию и реабилитации в сельской местности, снижение глубокой социальной депривации детей-инвалидов и взрослых инвалидов на селе
 - Необходимость в дополнительных учреждениях (хосписы, дневные центры для инвалидов, санатории для людей без движения)
 - Учитывать индивидуальные потребности и помогать в соответствии с ними

- Изменение процедуры оформления и переоформления инвалидности (убрать ежегодность подтверждения, если в этом нет необходимости, упростить процедуру для неходячих, дать возможность проходить на дому)
 - Решение коррупционных проблем (приходится "покупать" инвалидность)
 - Больше средств направлять в маленькие города
 - Привлечь специалистов в маленькие города
- Труд и занятость
 - Стимулирование занятости инвалидов и родителей детей-инвалидов (создание рабочих мест, налоговые льготы для предприятий, просвещение, услуги по уходу за детьми, детские специализированные или инклюзивные учреждения)
- Участие в политической и общественной жизни
 - Статистика и сбор данных (проведения исследования по инвалидности)
 - Международное сотрудничество
 - Развитие благотворительных организаций

2 Результаты оценки программ в отношении инвалидов

Оценка федеральных и региональных программ пилотных регионов проводится в отношении федеральных государственных программ и государственных региональных программ пилотных регионов проекта (Республика Татарстан, Волгоградская область, Саратовская область, Тюменская область, Хабаровский край, Республика Ингушетия). Рассматривались все программы, имеющие социальную направленность.

Обзор всех основных федеральных государственных программ и региональных программ пилотных регионов, показал, что статья 4 (Общие обязательства) Конвенции ООН о правах инвалидов не выполняется. В ней сказано, что государства-участники обязуются, в том числе: «учитывать во всех стратегиях и программах защиту и поощрение прав человека инвалидов». Однако лишь некоторые государственные программы социальной направленности учитывают определенные потребности инвалидов и частично требования отдельных статей Конвенции. В частности, федеральные программы, посвященные развитию образования, развитию культуры, обеспечению жильем, развитию здравоохранения, физкультуры и спорта, социальной поддержки и занятости включают в себя мероприятия, связанные с обеспечением прав инвалидов, однако далеко не все ключевые запросы граждан находят в них отражение. Часть региональных государственных программ, не являющихся непосредственно социальными, даже не были включены в анализ, так как по аналогичным федеральным программам стало ясно, что в них нет упоминаний людей с инвалидностью. Например, в следующих федеральных государственных программах нет никаких мероприятий, касающихся людей, имеющих инвалидность или ограничения здоровья: «Развитие Северо-Кавказского федерального округа на период до 2025 года», «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013 - 2020 годы», «Развитие науки и технологий», «Космическая деятельность России на 2013–2020 годы», «Противодействие незаконному обороту наркотиков», «Обеспечение общественного порядка и противодействие преступности», «Обеспечение безопасности потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства на 2014–2018 годы», «Социально-экономическое развитие Калининградской области до 2020 года», «Экономическое развитие и инновационная экономика», «Социально-экономическое развитие Дальнего Востока и Байкальского региона», «Юстиция». А в таких программах, как «Защита населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, обеспечение пожарной безопасности и безопасности людей на водных объектах» и «Развитие транспортной системы» упоминание людей с инвалидностью минимально и несущественно.

Многие из аспектов, отраженных в Конвенции ООН, важные для реализации прав инвалидов и обеспечения им равной со всеми остальными гражданами жизни, вообще не учитываются в российских государственных программах. Так, не нашли отражения меры для обеспечения защиты и безопасности инвалидов в ситуациях риска, включая вооруженные конфликты, чрезвычайные ситуации и стихийные бедствия; международное сотрудничество (за исключением сферы спорта); развитие транспортной системы (вне олимпийских объектов); особое внимание правам девочек и женщин с инвалидностью; доступ к медицинской помощи, образованию и реабилитации в сельской местности, снижение глубокой социальной депривации детей-инвалидов и взрослых инвалидов на селе; развитие благотворительных организаций; участие в политической и общественной жизни; развитие статистики и сбора данных; права на опеку и усыновление ребенка, помощь в воспитании детей; равенство перед законом и доступ к правосудию; обеспечение равных прав инвалидов на владение имуществом, наследование, на управление собственными финансовыми делами, а также на равный доступ к банковским ссудам, ипотечным кредитам и другим формам финансового кредитования и обеспечение, чтобы инвалиды не лишались произвольно своего имущества. Такой же вывод можно сделать относительно отражения в государственных программах реальных запросов людей с инвалидностью и семей с инвалидами – фактически государство не слышит тех нужд, о которых говорят граждане. В целом потребности людей с инвалидностью слабо отражены в социальных государственных программах, за исключением профильной программы «Доступная среда». Итоговые результаты проведенного анализа представлены в Таблице 2.1.

Ситуация повторяется и даже ухудшается на региональном уровне (см. Таблицу 2.2). Наибольшее внимание потребностям людей с ограниченными возможностями уделено в программах по развитию «доступной среды» и социальной защиты населения. Однако не всегда приоритеты программ совпадают с приоритетами, обозначенными в Конвенции ООН, а также с теми потребностями, которые подчеркивают сами инвалиды.

Таблица 2.1 – Матрица по итогам оценки степени учета федеральными государственными программами основных статей Конвенции ООН о правах инвалидов

- ДА, если есть какое-либо пересечение программ со статьями Конвенции ООН
- СЛАБО, если пересечение совсем незначительное
- НЕТ, если программа совсем не учитывает требования Конвенции ООН, хотя по тематике могла бы
- «-», если тематики не пересекаются

ПРОГРАММЫ/ ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНВЕНЦИИ	Доступ- ная среда	Социальная поддержка	Содействие занятости	Развитие здравоохран.	Развитие культуры и туризма	Развитие образования	Обеспечение жильем и ком.услугами	Развитие транспортной системы	Развитие физкультуры и спорта	Защита от ЧС
Образование	ДА	НЕТ	-	-	-	ДА	-	-	-	-
Здравоохранение	СЛАБО	-	-	СЛАБО	-	-	-	-	-	-
Социальная адаптация, участие в культурной жизни, проведении досуга и отдыха и занятии спортом	СЛАБО	НЕТ	-	-	СЛАБО	-	-	-	ДА	-
Достаточный жизненный уровень и соцзащита	-	ДА	-	-	-	-	ДА	-	-	-
Особое внимание правам девочек и женщин с инвалидностью	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ
Просвещение всего общества, в том числе на уровне семьи, в вопросах инвалидности и укрепление уважения прав и достоинства инвалидов	ДА	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	СЛАБО	-	-	-	-
Доступ к информации	ДА	НЕТ	-	-	-	-	-	-	-	-
Обеспечения инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи	ДА	НЕТ	-	-	-	-	-	НЕТ	-	-
Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество	ДА	СЛАБО	-	-	НЕТ	-	СЛАБО	НЕТ	-	-

ПРОГРАММЫ/ ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНВЕНЦИИ	Доступ- ная среда	Социальная поддержка	Содействие занятости	Развитие здравоохранения	Развитие культуры и туризма	Развитие образования	Обеспечение жильем и ком.услугами	Развитие транспортной системы	Развитие физкультуры и спорта	Защита от ЧС
Меры для обеспечения защиты и безопасности инвалидов в ситуациях риска	-	-	-	-	-	-	-	-	-	НЕТ
Равенство перед законом и доступ к правосудию	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Обеспечение равных прав инвалидов на владение имуществом, наследование, на управление собственными фин. делами, доступ к ипотечным и другим формам кредитования	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Предотвращение насилия	-	НЕТ	-	-	-	-	-	-	-	НЕТ
Индивидуальная мобильность	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	-	НЕТ	-	-
Защита прав на семью	-	НЕТ	-	-	-	-	-	-	-	-
Организация, расширение комплексных абилитационных и реаб. услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и соцобслуживания	СЛАБО	СЛАБО	НЕТ	СЛАБО	НЕТ	СЛАБО	-	-	ДА	-
Труд и занятость	СЛАБО	НЕТ	СЛАБО	-	-	-	-	НЕТ	-	-
Участие в политической и общественной жизни	НЕТ	НЕТ	-	-	-	-	-	-	-	-
Международное сотрудничество	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	НЕТ	ДА	НЕТ

Таблица 2.2 – Сводные результаты учета региональными государственными программами потребностей инвалидов

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
Доступная среда	Подпрограмма полностью посвящена потребностям инвалидов	Программа полностью посвящена потребностям инвалидов	-	Подпрограмма полностью посвящена потребностям инвалидов	Программа полностью посвящена потребностям инвалидов	Подпрограмма полностью посвящена потребностям инвалидов
Социальная поддержка	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной защиты и соцобслуживания.	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной защиты и соцобслуживания.	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной защиты и соцобслуживания.	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной сферы, а не только социальной защиты.	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной защиты и соцобслуживания.	Категория людей с инвалидностью упоминается в нескольких подпрограммах. В программе учитываются интересы людей с инвалидностью во всех основных направлениях социальной защиты и соцобслуживания.
Содействие занятости	Основными приоритетами госполитики в сфере занятости являются стимулирование занятости женщин, имеющих несовершеннолетних детей и детей-инвалидов, а также создание условий для интеграции в трудовую деятельность лиц с ограниченными	В основном мероприятия, связанные с организацией и проведением работ по оказанию содействия в трудоустройстве	Оборудование рабочих мест для трудоустройства незанятых инвалидов и для трудоустройства незанятых многодетных родителей, родителей, воспитывающих детей-инвалидов. Возмещение работодателю затрат	Трудоустройство отдельных категорий граждан с низкой конкурентоспособностью на рынке труда (инвалиды, родители, воспитывающие детей-инвалидов). Предусматривается мониторинг трудоустройства и закрепляемости на оборудованных рабочих местах; мониторинг потребности незанятых	Внимание уделено не только трудоустройству инвалидов, но и вопросам инвалидизации вследствие производственных травм и профзаболеваний	Предоставление права выхода на пенсию, назначаемую безработным гражданам досрочно, уволенным в связи с ликвидацией организаций либо сокращением численности или штата их работников и имеющим необходимый страховой стаж для

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	физическими возможностями, в частности, путем создания специальных рабочих мест для инвалидов			инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела; а также мероприятия по содействию трудоустройству незанятых инвалидов на оборудованные рабочие места с учетом индивидуальных возможностей и индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Указано, что работодателям численность работников, которых составляет не менее 35 человек, установлена квота для приема на работу инвалидов в размере 3%. Вопросы профориентации детей-инвалидов и безработных инвалидов.		назначения пенсии, а также ограничения по состоянию здоровья, препятствующие их трудоустройству. Создания банка рабочих мест для занятости лиц с ограниченной трудоспособностью в соответствии с индивидуальными программами реабилитации. Расширение доступа, обеспечение индивидуального подхода к оказанию государственных профориентационных услуг и психологической поддержки инвалидам с учетом рекомендаций МСЭ. Организация профессионального обучения безработных инвалидов с учетом рекомендаций органов МСЭ.
Развитие здравоохранения	Интересы инвалидов учитываются по всем основным направлениям	Первичная инвалидность детей. Охват реабилитационной	Первичная инвалидность детей. Охват реабилитационной	Развитие современных подходов в диагностике, лечении и реабилитации, внедрение	Увеличение охвата реабилитационной мед помощью инвалидов и детей-инвалидов.	Интересы инвалидов учитываются по всем основным направлениям

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	(реабилитационная медпомощь, сан-кур. лечение, лекарственное обеспечение). Снижение первичной инвалидности. Поставлены задачи приблизить первичную медико-санитарную помощь к населению по принципу "шаговой доступности"; обеспечить оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению в республиканских центрах высокотехнологичной медицинской помощи и их филиалах, в межмуниципальных центрах.	медпомощью детей-инвалидов. Повышение охвата лекарственным обеспечением. Реабилитация детей.	медицинской помощью детей-инвалидов. Один из ожидаемых результатов подпрограммы - повышение качества жизни хронических больных и инвалидов. Лекарственное обеспечение. Профилактика инвалидизации.	высокотехнологичных методов; раннее выявление и профилактика заболеваний; медицинская реабилитация; обеспечение лекарственными препаратами. Создание условий для беспрепятственного доступа людей с ограниченными возможностями в медицинские организации.	Лекарственное обеспечение. Своевременное выявление заболеваний, дающих наибольший вклад в показатели инвалидизации и смертности населения. Доступность медпомощи жителям старших возрастных групп обеспечивается путем проведения углубленного диспансерного обследования инвалидов, ветеранов. Меры соцподдержки отдельных категорий граждан - обеспечение слуховыми аппаратами, льготное зубное протезирование. Укреплению материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.	(реабилитационная медпомощь, сан кур лечение, лекарственное обеспечение). Необходимость развития отдельных направлений медпомощи и дальнейшего оснащение высокотехнологичным оборудованием медорганизаций для снижения инвалидизации населения. Развитие системы медпрофилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения Республики Ингушетия, раннее выявление инфицированных ВИЧ, острыми вирусными гепатитами В и С.
Развитие образования	В Подпрограммах по дошкольному, общему среднему, профессиональному и	Ожидаемые результаты: обеспечение доступного	Обучение на дому с использованием дистанционных форм обучения; повышение	Формирование сети базовых общеобразовательных организаций, в которых	Развитие разных форм образования детей-инвалидов, в частности,	В Подпрограмме 1 речь идет о создании «условий для выявления, поддержки

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	дополнительному образованию упоминается и образование детей-инвалидов, в том числе инклюзивное. В ожидаемых конечных результатах программы только один результат - увеличения доли профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, здания которых приспособлены для обучения лиц с ОВЗ. Создание безбарьерной среды в общем образовании также подразумевает снятие в основном технических барьеров. Инклюзивное дошкольное образование упоминается только в заголовках, нет конкретных действий	образования для детей-инвалидов и детей с ОВЗ («каждый ребенок с ограниченными возможностями здоровья и ребенок-инвалид сможет по выбору получить качественное общее образование в форме дистанционного, специального или инклюзивного обучения, поддержку в профессиональной ориентации»). Увеличение количества медработников организаций общего образования, повысивших квалификацию по проблемам психолого-медицинского сопровождения детей с ОВЗ; интегративные совместные мероприятия; создание адаптивной среды в школах.	доли школ, в которых создана универсальная безбарьерная среда для инклюзивного образования; доли профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих доступность обучения и проживания лиц с ОВЗ. Обеспечение межведомственного взаимодействия и социальное партнерство между организациями, обеспечивающими психолого-педагогическую и социальную поддержку детей с ограниченными возможностями здоровья. Выплата компенсации затрат на воспитание и обучение одному из родителей ребенка-инвалида, воспитание и обучение которого	созданы условия для инклюзивного образования детей-инвалидов	дистанционного обучения. Показатель достижения результата - доля детей, охваченных моделями и программами социализации, в общем количестве детей по указанным категориям. Развитие инфраструктуры, обеспечивающей доступ детей, с ограниченными возможностями здоровья, не менее чем к 20 процентам общеобразовательных организаций, в том числе не менее чем к одной общеобразовательной организации для каждого муниципального образования края.	и развития одаренных детей и талантливой молодежи, в том числе детей-инвалидов и детей из малообеспеченных семей». В Подпрограмме 2, посвященной развитию дошкольного образования, созданию «в дошкольных образовательных учреждениях условий, обеспечивающих равную, совместную доступность дошкольного образования для детей - инвалидов и детей, не имеющих нарушений развития». Подпрограмма 7 полностью посвящена развитию образования для целевой группы – вопросы доступности школьного и профессионального образования.

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
		Развитие обучения на дому с дистанционными технологиями. Поддержка СО НКО. Рост числа профессиональных образовательных организаций, обеспечивающих доступность обучения и проживания лиц с ОВЗ	осуществляется на дому. Проведение интеллектуальных мероприятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья (поддержка талантливых детей)			
Жилье и услуги ЖКХ	Упоминается, что инвалиды являются одной из категорий, которые могли улучшить свои жилищные условия через Программу социальной ипотеки. При этом в перечне социально незащищенных граждан республики, данном в тексте программы, такой категории нет	Среди категорий, вставших на учет до 2005г., обеспечиваемых жильем, есть инвалиды и семьи с детьми-инвалидами	Упоминается обеспечение жилыми помещениями ветеранов боевых действий, а также инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов. Достижение уровня соответствия жилищного фонда потребностям отдельных групп граждан (в т.ч. инвалидов). Однако конкретных мероприятий нет.	Обеспечение жильем ветеранов, инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов	Выделены средства для строительства комплекса жилых домов социального назначения для ветеранов, инвалидов, детей-сирот и семей, имеющих детей-инвалидов в г. Хабаровске.	-
Физкультура, спорт	Учтены вопросы спорта, досуга,	Развитие адаптивного спорта и	Декларируется внимание к	Среди основных мероприятий программы:	Декларируется внимание к	Декларируется внимание к

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	переоборудования среды, реабилитации инвалидов.	совершенствование спортивной инфраструктуры и материально- технической базы для подготовки спортсменов высокого класса и для занятий физической культурой и массовым спортом, в том числе для лиц с ОВЗ и инвалидов	приобщению к систематическим занятиям физкультурой и спортом лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов	создание условий для эффективной деятельности учреждений и организаций физкультурно-спортивной направленности, в т.ч. для лиц с ОВ; создание условий для подготовки спортивного резерва и спорта высших достижений, в т.ч. для лиц с ОВ; повышение уровня обеспеченности населения спортивными сооружениями, в том числе для лиц с ОВ	приобщению к систематическим занятиям физкультурой и спортом лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов и организация в крае системы адаптивной физической культуры и адаптивного спорта	приобщению к систематическим занятиям физкультурой и спортом лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов
Информационные технологии	База данных инвалидов – регистрация в системе программ реабилитации	Нет упоминаний	Дистанционные образовательные технологии для детей-инвалидов, учащихся на дому	Нет упоминаний	Нет упоминаний	-
Молодежная политика	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Развитие творческого и интеллектуального потенциала, содействие самореализации детей и молодежи, в том числе с ограниченными физическими возможностями	-	-
Развитие культуры	Предлагается оснащение учреждений культуры спецтехникой, приспособление	Нет упоминаний	Декларация - «создание условий для доступности участия всего	Нет упоминаний	Люди с ОВ указаны, как приоритетная категория. Однако конкретных	Декларация – «обеспечение равных возможностей для культурной и

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	учреждений культуры для доступа инвалидов и других маломобильных граждан, развитие дистанционного обслуживания		населения в культурной жизни, а также вовлеченности детей, молодежи, лиц пожилого возраста и людей с ограниченными возможностями в активную социокультурную деятельность»		мероприятий, которые бы свидетельствовали об особом внимании к данной категории, в программе найти не удалось. «Обеспечение равных возможностей для культурной и творческой деятельности представителей приоритетных категорий населения» - только декларация о намерениях	творческой деятельности представителей приоритетных категорий населения (в том числе граждан с ОВ)». Однако в мероприятиях программы заложено только оснащение государственных и муниципальных библиотек республики техническими средствами для библиотечного обслуживания инвалидов
Развитие туризма	Нет упоминаний	-	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Декларация, что программный метод решения проблем будет способствовать «повышению качества обслуживания российских и иностранных туристов, в том числе туристов с ограниченными физическими возможностями, а также разных категорий и социального положения».

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
Транспортная система	Удовлетворение потребностей граждан, в том числе с ограниченной способностью к передвижению в гарантированных, доступных и безопасных пассажирских и грузовых перевозках. Реализация мероприятий по созданию доступной среды: приобретение транспорта со специальными приспособлениями и со специальным оборудованием, обустройство пешеходных переходов, оборудование остановочных площадок, установка специальных светофоров, установка специальных указателей.	Нет упоминаний	Упоминание о необходимости устранения ограничений доступа населения к услугам пассажирского транспорта (но как это будет сделано, не указано). Программа направлена на увеличение количества пассажиров льготных категорий перевозимых по субсидируемым маршрутам речного, автомобильного и городского электрического транспорта и железнодорожного транспорта	Нет упоминаний	Обеспечение транспортной доступности для населения с ограниченными возможностями связано только с взаимодействием с ОАО "РЖД. Доступность остальных видов транспорта для людей с ограниченными возможностями не рассматривается.	Нет упоминаний
Защита от чрезвычайных ситуаций	Нет упоминаний, кроме описания работы Республиканского центра реабилитации МЧС Республики	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Создание системы обеспечения вызова экстренных оперативных служб через единый номер "112" с предоставлением	Нет упоминаний	-

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
	Татарстан			возможности для обращения лицам с ограниченными физическими возможностями		
Добровольное переселение соотечественников	-	Нет упоминаний	-	Нет упоминаний	Упоминание о действиях органов власти в предыдущий период по оказанию содействия трудоустройству отдельных категорий граждан (в том числе 58 незанятым инвалидам)	-
Борьба с соц. значимыми заболеваниями, наркоманией	-	Нет упоминаний	-	Нет упоминаний	-	Цель программы - снижение и стабилизация уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях, увеличение средней продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих данными заболеваниями.
Экономическое развитие (в т.ч. потребительский рынок и предпринимательство)	Нет упоминаний, кроме раздела о поддержке СО НКО	Нет упоминаний	Обеспечение территориальной доступности товаров	Потребительский рынок: все объекты дорожного сервиса должны	Выделены приоритетные группы предпринимателей –	Нет упоминаний

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
			и услуг маломобильным категориям граждан и лицам с ОВ; увеличение доли предприятий торговли, общественного питания и бытового обслуживания населения, доступных для людей с ОВ	обеспечивать беспрепятственный доступ к ним людей с ограниченными возможностями	те, кто обеспечивает занятость физических лиц, относящихся к социально незащищенным категориям граждан	
Поддержка СО НКО	Содействие проектам НКО по трудоустройству и соц. адаптации инвалидов. Консультационная поддержка НКО, создающих приют для детей-инвалидов. Поддержка физкультурно-спортивных организаций	Нет упоминаний	-	-	Нет упоминаний	-
Противодействие преступности и развитие юстиции	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Временное трудоустройство испытывающих трудности в поиске работы (в т.ч. инвалидов) как профилактика правонарушений. Расширение перечня профессий обучения	Нет упоминаний	Нет упоминаний

РЕГИОНЫ/ ТЕМАТИКА ПРОГРАММ	Республика Татарстан	Волгоградская область	Саратовская область	Тюменская область	Хабаровский край	Республика Ингушетия
				безработных (в т.ч. инвалидов) и приближение места обучения к месту проживания		
Межнациональные отношения, профилактика экстремизма	-	-	-	Нет упоминаний	-	Субсидии на улучшение жилищных условий русскоязычным инвалидам или пенсионерам
Прочие программы разной направленности	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Нет упоминаний	Улучшение состояние здоровья коренных народов. Внеочередное обслуживание представителей коренных народов в центре реабилитации инвалидов	Нет упоминаний

3 Анализ бюджетных затрат на меры социальной поддержки, социальной реабилитации и абилитации инвалидов

Бюджетные затраты на меры социальной поддержки, социальной реабилитации и абилитации инвалидов, как и политические программы, анализируются в целом по России и в 6 пилотных регионах: Хабаровском крае, Волгоградской, Тюменской и Саратовской областях, Республиках Ингушетия и Татарстан.

В целом расходы федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов составили в 2013 году 0,45% ВВП. В таблице ниже представлены расходы федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов в период 2011-2013 гг.

Таблица 3.1 – Расходы федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов на 2011-2013 гг., тыс. руб.

Направление расходования средств	2011 год	2012 год	2013 год
Всего	275 510 756,0	277 527 540,7	299 147 708,2
Дополнительное ежемесячное материальное обеспечение инвалидов вследствие военной травмы ²	1 057 014,8	1 083 149,4	1 095 322,4
Осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам ³	243 945 034,2	246 001 582,3	247 960 334,0
Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий ⁴	23 499 807,9	22 702 239,9	21 859 003,1
Ежемесячные выплаты лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы ⁵	-	-	23 026 753,4
Оплата четырех дополнительных выходных дней работающим родителям (опекунам, попечителям) для ухода за детьми-инвалидами	1 119 860,5	1 440 010,8	1 385 080,0
Субсидии издательствам и издающим организациям на реализацию социально значимых проектов, выпуск книг, изданий для инвалидов	124 480,0	147 150,0	158 485,0
Субсидии на поддержку периодической печати для инвалидов, на реализацию социально значимых проектов, изданий для инвалидов по зрению	35 170,0	34 570,0	38 176,0
Обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: дома-интернаты для престарелых и инвалидов	252 752,8	263 945,0	321 196,4
Обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: учреждения по обучению инвалидов	133 936,5	153 480,8	67 466,4

² Указ Президента Российской Федерации от 1 августа 2005 года N 887 "О мерах по улучшению материального положения инвалидов вследствие военной травмы"

³ Федеральный закон от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

⁴ Федеральный закон от 24 ноября 1995 года N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

⁵ Указ Президента Российской Федерации от 26 февраля 2013 года N 175 "О ежемесячных выплатах лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы"

Направление расходования средств	2011 год	2012 год	2013 год
Дистанционное образование детей-инвалидов	2 500 000,00	2 417 279,70	-
Субсидии стационарам сложного протезирования на оплату дней пребывания инвалидов в стационарах	143 775,4	143 775,4	143 775,4
Обеспечение инвалидов транспортными средствами	500,0	-	100,0
Выплаты инвалидам компенсаций страховых премий по договорам обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств	109 055,4	89 578,8	60 096,8
Субсидии на государственную поддержку общероссийских общественных организаций инвалидов	950 000,0	950 000,0	1 282 500,0
Государственная программа Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2015 годы	1 639 368,5	2 100 778,6	1 749 419,3

Наибольшую долю в структуре расходов федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов составляют расходы на осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам (их доля равна 82,9% в 2013 году). Кроме того, относительно высока доля расходов федерального бюджета на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий (7,3% в 2013 г.) и расходы на ежемесячные выплаты лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы (7,7% в 2013 г.). Остальные направления расходов федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов составляли в совокупности в 2013 году не более 3% от всех расходов.

В 2013 году снизились расходы федерального бюджета по следующим направлениям:

- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий;
- оплата четырех дополнительных выходных дней работающим родителям (опекунам, попечителям) для ухода за детьми-инвалидами;
- обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: учреждения по обучению инвалидов;
- выплаты инвалидам компенсаций страховых премий по договорам обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- реализация Государственной программы Российской Федерации "Доступная среда".

Реальные расходы федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов в целом выросли на 1,2% к уровню предыдущего года. Однако по большинству направлений расходования средств федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов в 2013 году наблюдалось падение расходов в реальном выражении. В том числе снижение реальных расходов федерального бюджета по таким направлениям как:

- дополнительное ежемесячное материальное обеспечение инвалидов вследствие военной травмы;
- осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам;
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий;
- оплата четырех дополнительных выходных дней работающим родителям (опекунам, попечителям) для ухода за детьми-инвалидами;
- обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: учреждения по обучению инвалидов;
- субсидии стационарам сложного протезирования на оплату дней пребывания инвалидов в стационарах;
- субсидии стационарам сложного протезирования на оплату дней пребывания инвалидов в стационарах;
- выплаты инвалидам компенсаций страховых премий по договорам обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- реализация государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2015 годы.

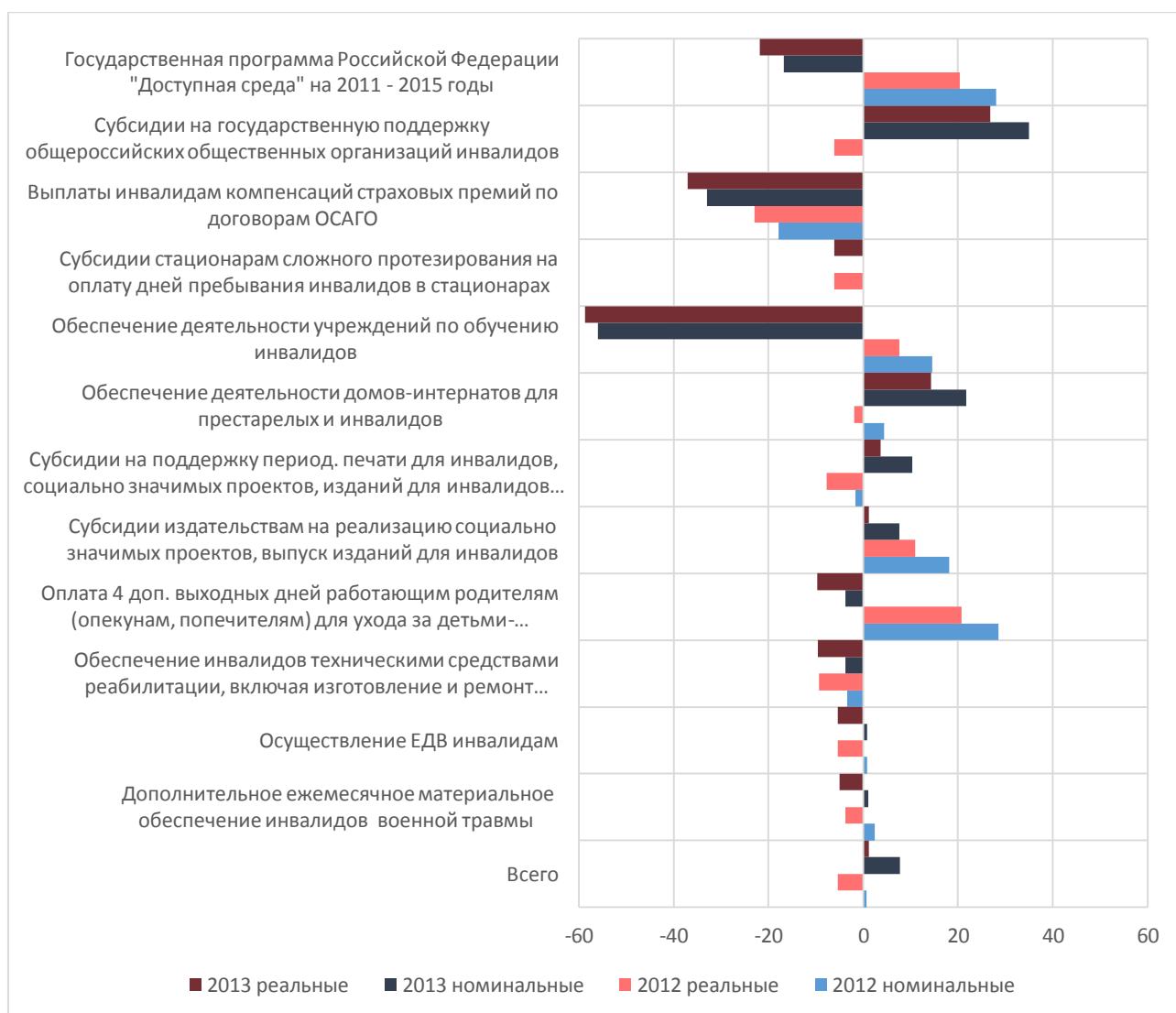


Рисунок 3.1 – Номинальные и реальные (с учетом ИПЦ) расходы федерального бюджета на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов, % к предыдущему году

Рассмотрим подробнее отдельные направления расходования бюджетных средств на меры социальной поддержки и услуги для инвалидов в Российской Федерации и пилотных регионах. В России в среднем и во всех пилотных регионах расходы на осуществление ежемесячных денежных выплат инвалидам выросли в целом за период. Выше всего расходы в течение всего периода были в Волгоградской области (4 361 882 тысяч рублей в 2014 году), ниже всего – в Республике Ингушетия (1 417 955 тысяч рублей в 2014 году). Однако, если с 2010 по 2013 годы наблюдался ежегодный рост, то в 2014 по сравнению с 2013 годом произошло снижение затрат на выплаты инвалидам в целом по России. В регионах снижение произошло в Республике Татарстан, в Тюменской области и в Хабаровском крае. В Волгоградской области, в Республике Ингушетия и в Саратовской области имел место рост.

Самые высокие темпы роста размеров выплат на протяжении всего периода (2010-2014 годы) имели место в Республике Ингушетия, самые низкие – в Хабаровском крае, (за

исключением 2013 года, когда самые низкие темпы роста были в Волгоградской области). Во многих регионах имели место колебания – снижение темпов в 2012 году, их увеличение в 2013 и снова снижение в 2014 году, причем в ряде регионов и в России в целом (Республика Татарстан, Тюменская область и Хабаровский край), как уже отмечалось выше, произошло не снижение темпов роста расходов, а снижение самих расходов. Реальные расходы на осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам в процентах к предыдущему году с учетом индекса потребительских цен достаточно существенно отличаются от оценок номинальных расходов. В период с 2010 по 2014 год темпы роста реальных расходов были существенно ниже темпов ростов номинальных расходов. Так, в 2012 годах реальные расходы снизились в России в целом, в том числе Волгоградской области, в Республике Татарстан, Хабаровском крае. В 2014 же годы имело место снижение во всех регионах, самое существенное – в Хабаровском крае (15,7%), наименее существенное – в Республике Ингушетия (1,8%). Таким образом, можно сделать вывод, что повышение расходов на выплаты инвалидам во многих регионах было более низким, чем повышение цен.

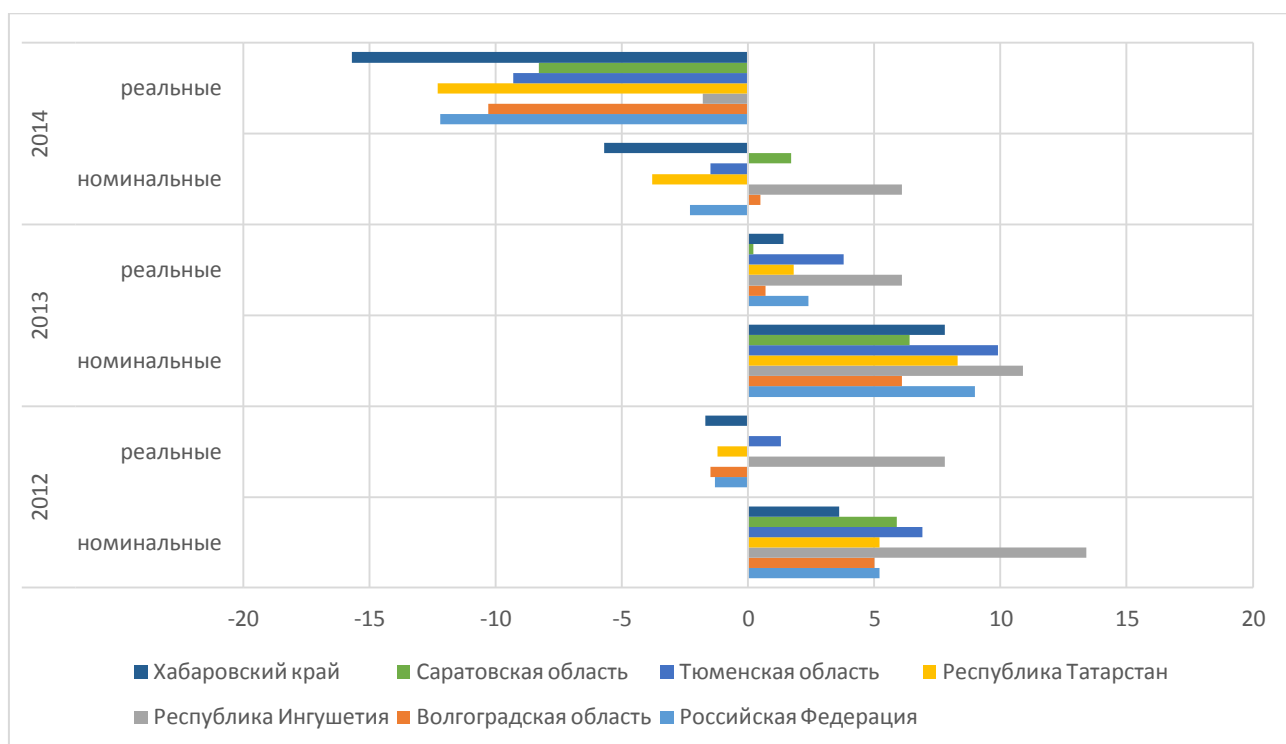


Рисунок 3.2 – Динамика номинальных и реальных (с учетом ИПЦ) расходов на осуществление ежемесячной денежной выплаты, в % к предыдущему году

Источник: расчеты авторов

Во всех регионах в последние годы происходил рост номинальных средних размеров ЕДВ инвалидам (примерно в два раза в период 2006-2014 гг.). При этом в 2006 году минимальный средний размер ежемесячных выплат составлял 757 рубль на человека (в Тюменской области), а максимальный – в 1026 рублей (в Волгоградской области) при

среднем по России в 923 рубля. В 2014 году – минимальный был 1579 рублей (Тюменская область), максимальный – 2002 рубля (Республика Ингушетия) и средний по России – 1868 рублей.

Таблица 3.3 – Средний размер назначенных ЕДВ инвалидам на человека, на конец года, рублей

	2006 год	2014 год
Российская Федерация	923	1868
Волгоградская область	983	1937
Республика Ингушетия	1027	2002
Республика Татарстан	959	1820
Тюменская область	757	1580
Саратовская область	1001	1954
Хабаровский край	869	1814

Источник: Центральная база статистических данных

На рисунке 3.3 ниже представлена динамика среднего размера назначенных ежемесячных денежных выплат инвалидам на человека в процентах к предыдущему году. Номинальный средний размер выплат увеличивался во всех регионах в течение всего периода (2007-2014 годы), но с 2010 года во всех регионах наблюдалась тенденция к снижению темпов его роста.

В России и пилотных регионах наблюдались разнонаправленные тенденции реальных размеров платежей. Наиболее заметная динамика прослеживается в Тюменской области (рост с 2008 по 2012 годы, затем – снижение) и в Саратовской области (рост с 2007 по 2011 годы, затем – снижение). В остальных регионах имели место различные колебания роста и снижения, кроме 2014 года, когда во всех регионах произошло снижение размеров реальных выплат.

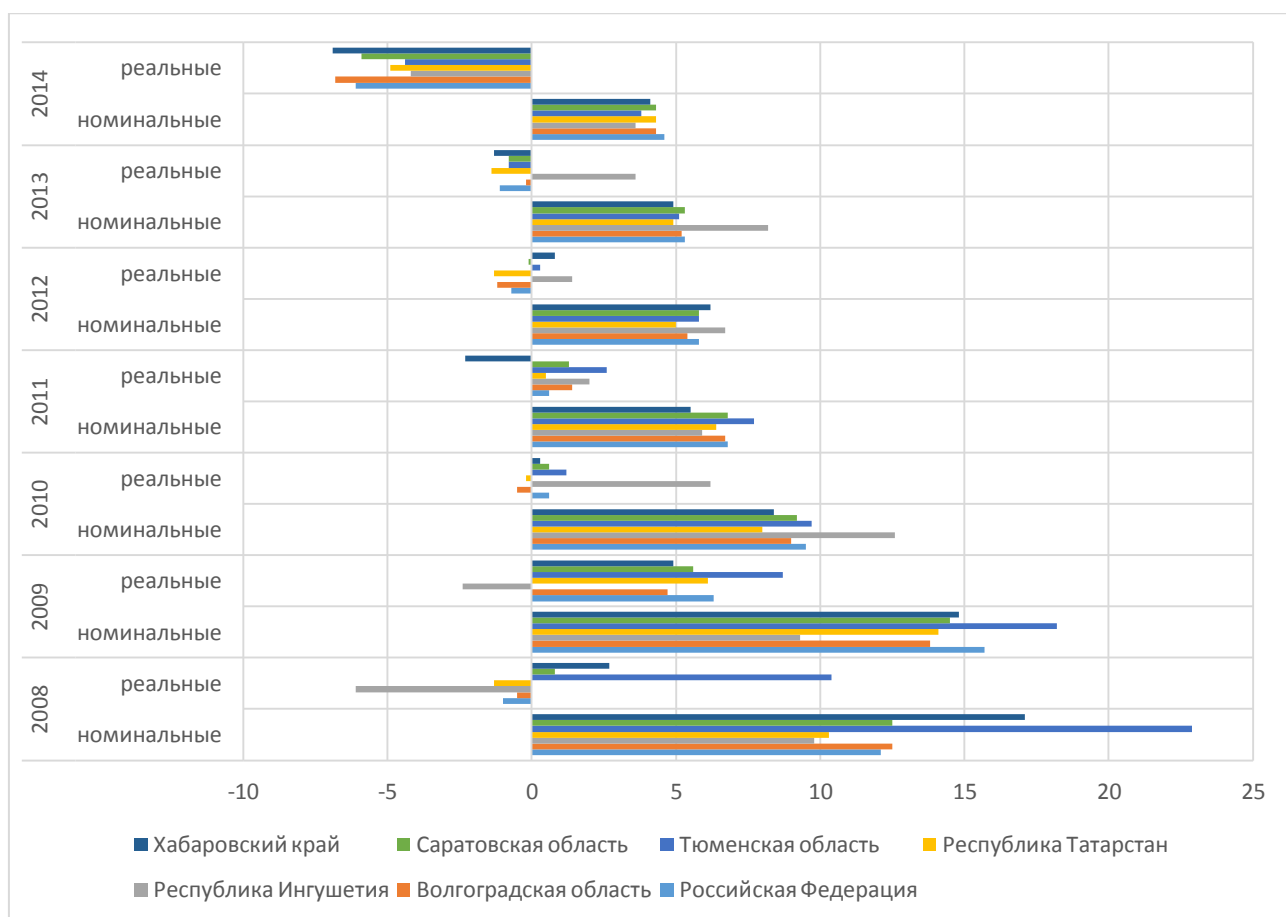


Рисунок 3.3 – Динамика среднего размера назначенных ежемесячных денежных выплат инвалидам на человека, номинальные и реальные цены, % к предыдущему году

Источник: расчеты авторов

В таблице ниже можно увидеть средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат детям-инвалидам на человека на конец года в рублях в период с 2006 по 2014 годы. В этот период номинальные средние размеры выплат детям-инвалидам на человека выросли во всех регионах примерно в два раза. При этом в 2006 году минимальный средний размер ежемесячных выплат составлял 732 рубля (в Тюменской области), а максимальный – в 1007 рублей (в Республике Ингушетия) при среднем по России в 823 рубля. В 2014 году – минимальный был 1455 рублей (Тюменская область), максимальный – 1901 рубль (Республика Ингушетия) и средний по России – 1680 рублей.

Таблица 3.2 – Средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат детям-инвалидам на человека, на конец года, рублей

	2006 год	2014 год
Российская Федерация	832	1680
Волгоградская область	902	1741
Республика Ингушетия	1007	1901
Республика Татарстан	861	1643
Тюменская область	732	1455

	2006 год	2014 год
Саратовская область	889	1697
Хабаровский край	730	1455

Источник: Центральная база статистических данных

Средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат детям-инвалидам на человека рос по сравнению с предыдущим годом в целом по России и в регионах в течение всего периода (2007-2014). Исключение составляет Тюменская область, где в 2008 году имело место существенное снижение. Реальный размер ЕДВ детям-инвалидам с учетом индекса потребительских цен демонстрирует тенденцию к их снижению в периоды 2008-2009 (особенно заметно снижение в Республике Ингушетия в 2008-2009 годах и в Тюменской области в 2008 году) и 2013-2014 годов (все регионы, за исключением Республики Ингушетия, где имел место рост в 2013 году).

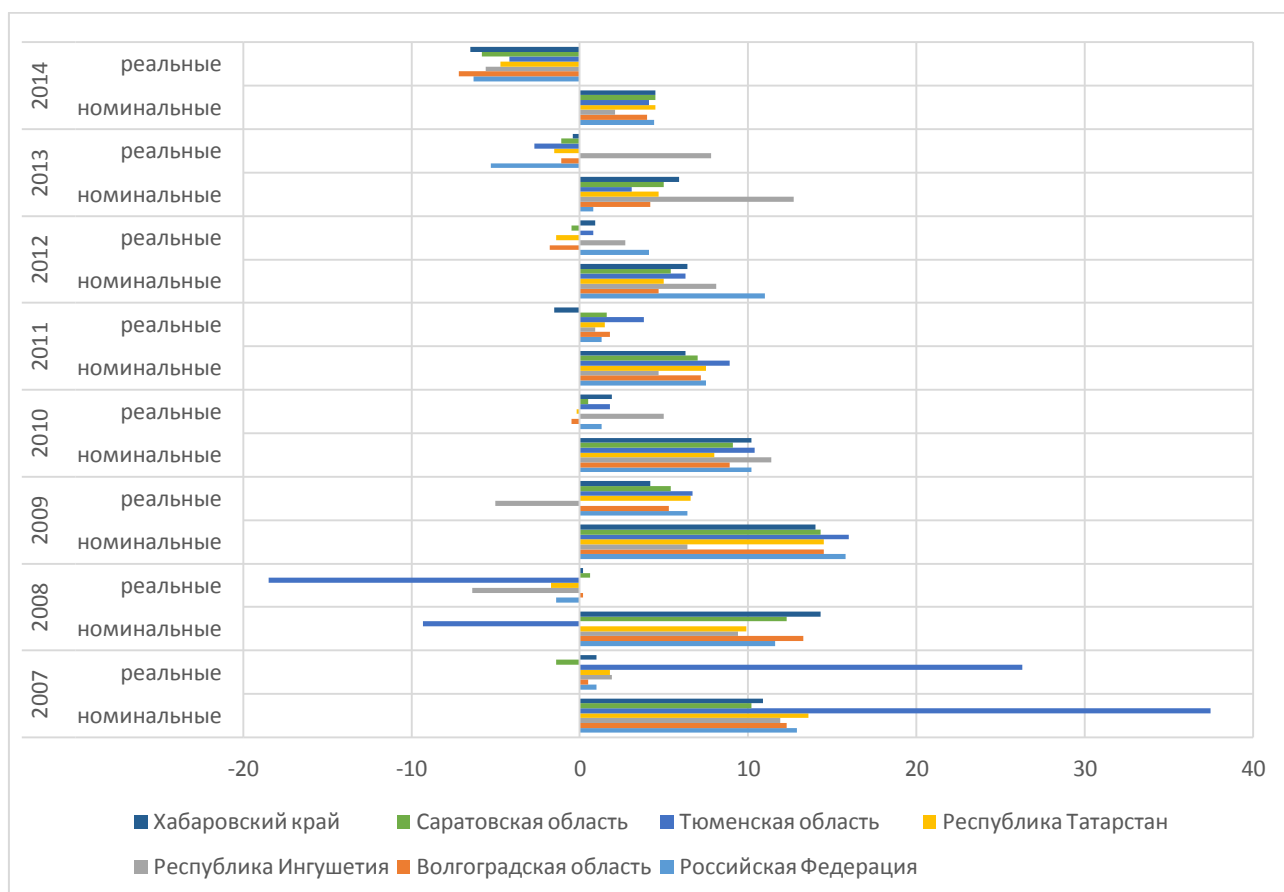


Рисунок 3.4 – Номинальный и реальный размер назначенных ЕДВ детям-инвалидам на человека, % к предыдущему году и с учетом ИПЦ в РФ и в субъектах РФ

Источник: Центральная база статистических данных

Информация о расходах Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату четырех дополнительных выходных дней в месяц в связи с уходом за детьми-инвалидами в тысячах рублей имеется за период 2010-2014 гг. Во всех регионах и в целом по

России имел место рост номинальных расходов (таблица 3.4) во все годы, кроме 2012 года в Хабаровском крае.

Таблица 3.3 – Расходы Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату четырех дополнительных выходных дней в месяц в связи с уходом за детьми-инвалидами, тыс. руб.

	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Российская Федерация	760 279,4	938 109,5	1 158 982,6	1 417 421,7	1 687 302,4
Волгоградская область	7 335,1	9 112,9	11 754,6	13 517,1	15 772,6
Республика Ингушетия	50,4	142,5	374,6	761,3	1 056,5
Республика Татарстан	19 122,5	24 247,5	30 703,2	37 817,5	45 081,7
Тюменская область	39 450,0	45 970,5	59 858,7	73 476,6	92 912,0
Саратовская область	6 170,2	7 382,0	9 178,6	11 307,7	13 721,8
Хабаровский край	9 888,4	12 951,3	12 067,3	17 160,5	19 780,2

Источник: Центральная база статистических данных

Вместе с тем темпы роста в период с 2011 по 2014 годы имели в среднем тенденцию к снижению. Особенно это заметно в последние два года, когда они снизились во всех регионах, кроме Волгоградской области (рост в 2014 году), Тюменской области (рост в 2014 году) и Хабаровского края (рост в 2013 году). Реальные расходы на данную выплату увеличивались, как и номинальные, кроме Хабаровского края в 2012 году (существенное снижение по сравнению с предыдущим годом). Общие тенденции роста и снижения в последние годы близки тенденциям номинальных показателей. Тенденция к снижению в последние 2013 и 2014 годах отмечается во всех регионах, кроме Тюменской области (рост в 2014 году) и Хабаровского края (рост в 2013 году).

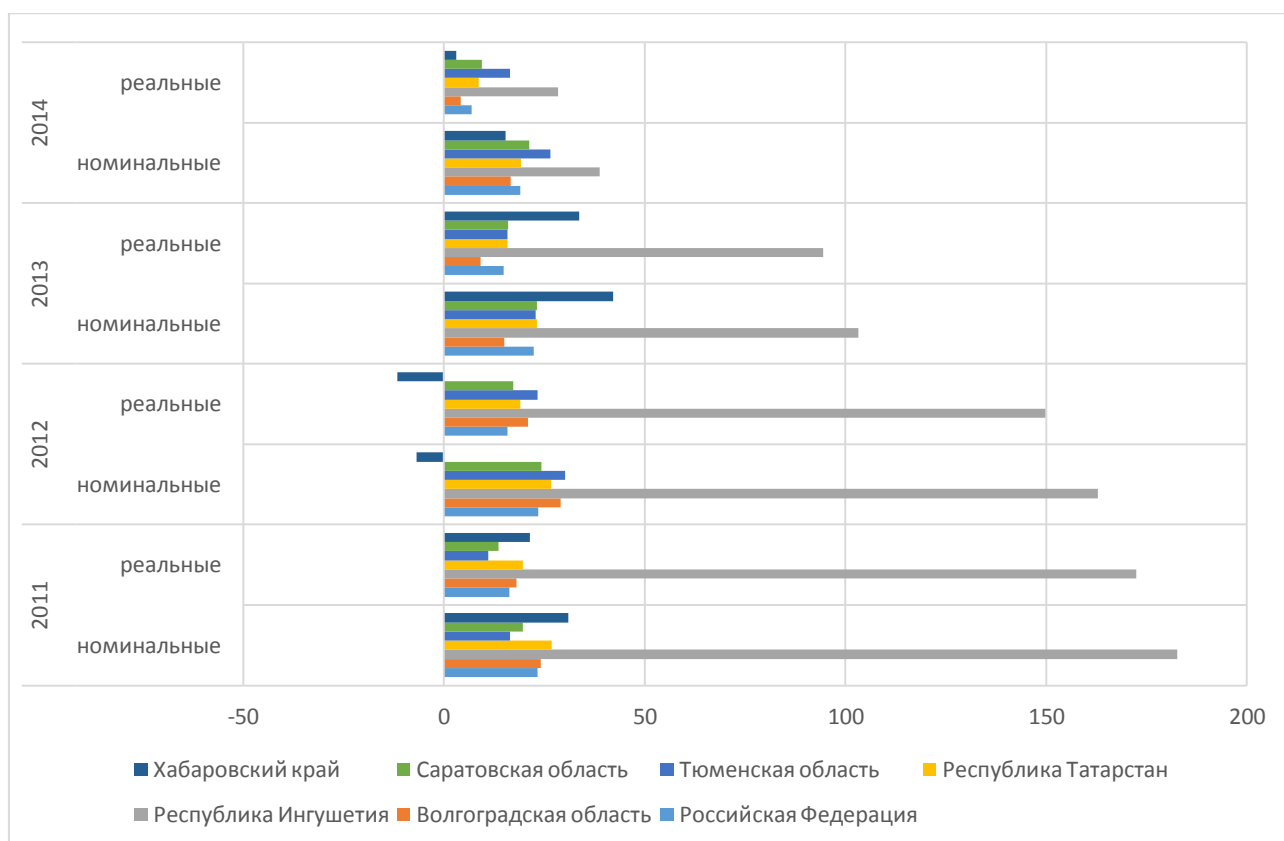


Рисунок 3.5 – Номинальные и реальные расходы Фонда социального страхования

Российской Федерации на оплату четырех дополнительных выходных дней в месяц в связи с уходом за детьми-инвалидами, % к предыдущему году и с учетом ИПЦ в РФ и в субъектах РФ

Источник: расчеты авторов

В таблице ниже представлена информация о расходах Фонда социального страхования Российской Федерации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий с 2010 по 2014 годы. До 2012 года включительно во всех регионах и в целом по России они росли. В 2013 и 2014 годах произошло снижение в среднем по России, в Волгоградской области и в Республике Ингушетия. В Тюменской области и Хабаровском крае снижение произошло только в 2014 году.

Таблица 3.4 – Расходы Фонда социального страхования Российской Федерации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, тыс. руб.⁶

	2010	2011	2012	2013	2014
Российская Федерация	10 852 749,5	11 213 393,8	14 073 897,2	13 908 937	12 586 239,2
Волгоградская область	203 202,5	229 418,5	382 876,8	330 433,9	247 105
Республика Ингушетия	48 708,8	73 211,8	84 428,4	81 905,1	64 269,4
Тюменская область	322 689,6	267 481,3	285 473,5	310 090,1	260 598,3
Хабаровский край	158 715,8	253 523,8	277 832,3	298 402,6	247 721,9

Источник: Центральная база статистических данных

На рисунке 3.6 представлена динамика расходов Фонда социального страхования Российской Федерации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, в процентах к предыдущему году. Как мы уже говорили выше, во всех регионах и в целом по России (кроме Тюменской области в 2011 году) имел место рост до 2012 года включительно. В 2013 и 2014 годах произошло снижение в среднем по России, в Волгоградской области и в Республике Ингушетия. В Тюменской области и Хабаровском крае снижение произошло только в 2014 году. Самое существенное снижение в 2014 году было в Волгоградской области (25,2%). В реальных показателях рост был менее заметным, а снижение – более существенным. Так, в 2014 году снижение в реальных показателях в целом по России составило 18,7%, в рассматриваемых регионах – от 22,7% до 33,2%.

⁶ Статистики по расходам ФСС по Саратовской области и Республике Татарстан нет в связи с тем, что они входят в список исключений, который заключил соглашения с Минтрудом России о передаче осуществления части полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов, а также по оказанию государственной социальной помощи в виде социальных услуг по предоставлению при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение и бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

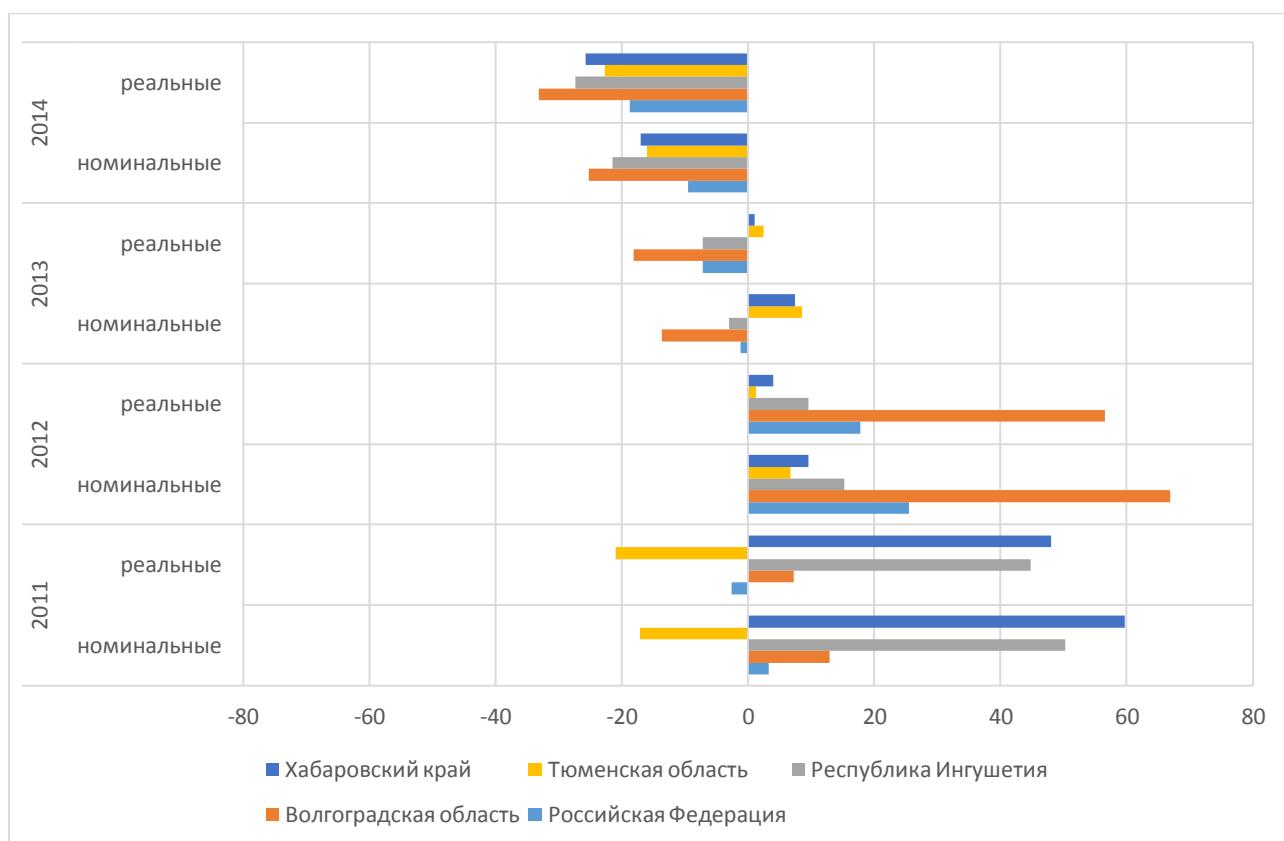


Рисунок 3.5 – Номинальные и реальные расходы Фонда социального страхования Российской Федерации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий, % к предыдущему году и с учетом ИПЦ в РФ и в субъектах РФ

Расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки инвалидов в 2011 – 2013 годах⁷ непрерывно росли в целом по России, а также в Тюменской и Саратовской областях и Хабаровском крае. Снижение в последний год имело место только в Волгоградской области. При этом в целом по России в 2013 году по сравнению с 2011 произошли сокращения расходов на инвалидов войны и увеличение расходов на инвалидов и детей-инвалидов. В Волгоградской области имел место рост расходов на инвалидов войны (существенный) и на детей-инвалидов (несущественный) и снижение расходов на инвалидов. В Тюменской и Саратовской областях тенденции были схожи с тенденциями в целом по России. В Хабаровском крае произошло снижение затрат на детей-инвалидов и на инвалидов войны и увеличение затрат на инвалидов.

⁷ Сведения о расходах консолидированного бюджета субъекта РФ по расходным обязательствам субъекта РФ и муниципальных образований (форма N 2-соцподдержка Росстата).

Таблица 3.6 – Расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки инвалидов, тысяч рублей

	2011				2012				2013			
	Всего	в том числе			Всего	в том числе			Всего	в том числе		
		Инвалиды войны	Инвалиды	Дети-инвалиды		Инвалиды войны	Инвалиды	Дети-инвалиды		Инвалиды войны	Инвалиды	Дети-инвалиды
Российская Федерация	10 827 312	2 092 097	8 006 226	728 989	11 764 538	1 254 872	9 050 454	1 459 212	13 149 187	1 325 407	9 793 797	2 029 983
Волгоградская область	13 893	4 658	8 824	411	14 700	4 820	9 481	399	12 852	5 234	7 167	451
Республика Ингушетия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Татарстан	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тюменская область	158 414	4 823	145 272	8 319	166 152	3 663	153 738	8 751	181 806	3 338	168 858	9 610
Саратовская область	19 844	-	-	19 844	20 909	-	-	20 909	25 103	-	-	25 103
Хабаровский край	110 070	5 412	98 588	6 070	100 384	1 646	93 880	4 858	110 928	1 598	103 968	5 362

Источник: Центральная база статистических данных

В 2012 году рост расходов консолидированного бюджета отмечался во всех регионах, кроме Хабаровского края, а в 2013 году – во всех, кроме Волгоградской области. Расходы на инвалидов войны в целом по России снизились в 2012 году и выросли в 2013 году, в Волгоградской области выросли в оба года, в Тюменской области и Хабаровском крае в оба года снизились. Расходы на инвалидов выросли по России, в Саратовской области и в Тюменской области в оба года, в Волгоградской области выросли в 2012 году и снизились в 2013 году, в Хабаровском крае снизились в 2012 году и выросли в 2013 году. Расходы на детей-инвалидов в России и в Тюменской области возросли в оба года, в Волгоградской области и в Хабаровском крае снизились в 2012 году и выросли в 2013 году. Реальные расходы сократились в большинстве пилотных регионов, но увеличились в целом по России в 2012 году и выросли в целом по России и во всех пилотных регионах, кроме Волгоградской области. При этом расходы на инвалидов сократились везде в 2012 и 2013 годах, кроме 2013 в Волгоградской области, где имел место рост. В отношении расходов на инвалидов произошло увеличение в 2012 году (кроме Хабаровского края) и в 2013 году (кроме Волгоградской области). В отношении детей-инвалидов произошло снижение в пилотных регионах, но рост в целом по России в 2012 году и рост в целом по России и во всех пилотных регионах в 2013 году.

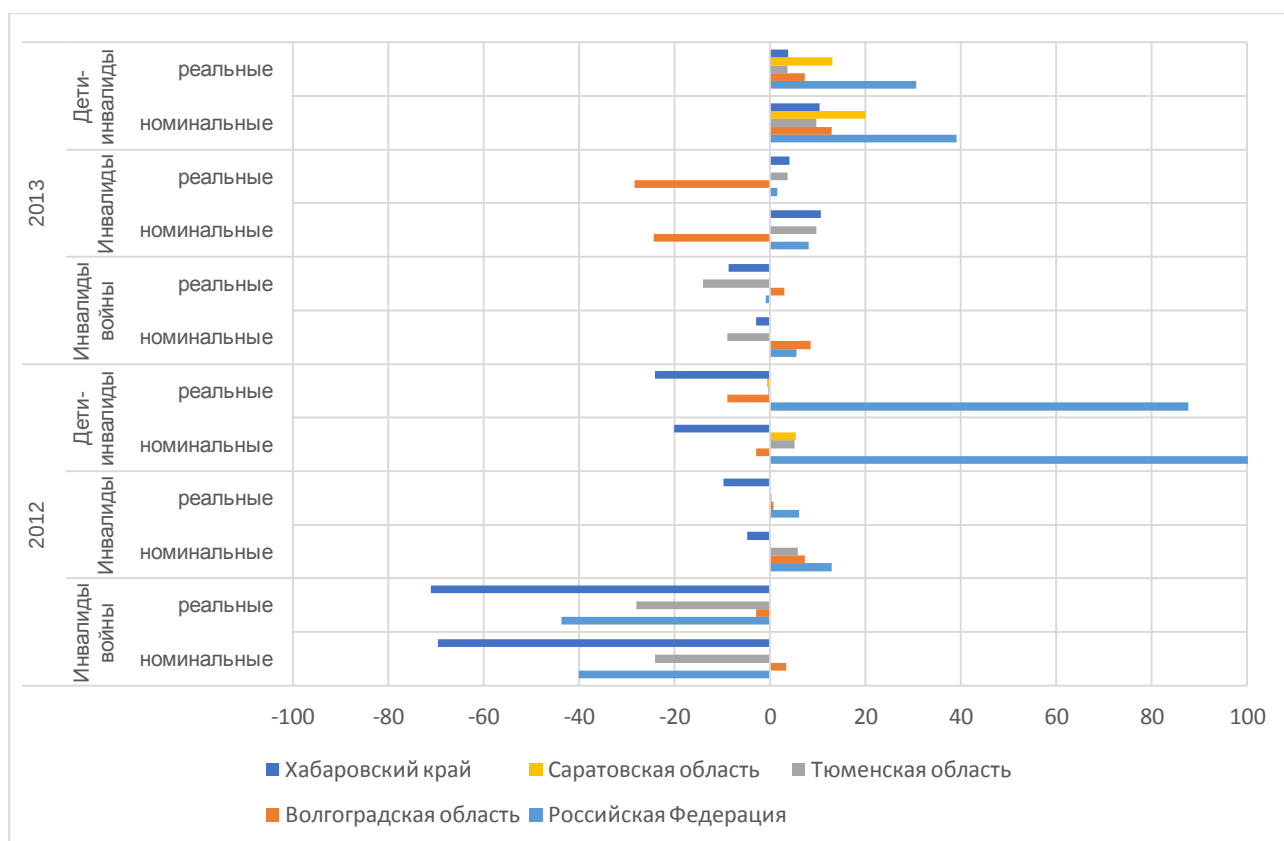


Рисунок 3.7 – Динамика номинальных и реальных (с учетом ИПЦ) расходов консолидированного бюджета на реализацию мер социальной поддержки инвалидов, % к предыдущему году

Источник: расчеты авторов

В таблице ниже представлена информация о расходах на выплаты пенсий по инвалидности в России в 2002 – 2013 годах. Доля этих расходов в ВВП стабильно снижалась с 0,58% до 0,29%. При этом в процентах к предыдущему году в течение всего периода, кроме 2010 года, наблюдался рост размеров расходов на выплаты пенсий в номинальном выражении. В реальном выражении тенденция была не такой явной – в первые годы (кроме 2006 года) имело место ежегодное повышение, затем, начиная с 2010 года, – снижение.

Таблица 3.8 – Оценка расходов на выплаты пенсий по инвалидности в целом по России

	тыс. рублей	% ВВП	% к предыдущему году	% к предыдущему году с учетом индекса потребительских цен
2002	63 098 704,8	0,58	-	-
2003	73 335 528,0	0,56	116,2	103,8
2004	83 076 918,0	0,49	113,3	101,4
2005	103 016 692,8	0,48	124,0	111,8
2006	111 038 990,4	0,41	107,8	98,9
2007	140 434 536,0	0,42	126,5	113,0

	тыс. рублей	% ВВП	% к предыдущему году	% к предыдущему году с учетом индекса потребительских цен
2008	164 482 620,0	0,40	117,1	103,4
2009	219 114 720,0	0,56	133,2	122,4
2010	166 607 514,0	0,36	76,0	69,9
2011	172 028 500,8	0,31	103,3	97,3
2012	182 456 244,0	0,29	106,1	99,5
2013	192 873 264,0	0,29	105,7	99,3

Источник: расчеты авторов

Средний размер пенсий по инвалидности в % от прожиточного минимума в течение периода стабильно росла с 61% в 2002 году до 91% в 2012 и 2013 годах. Имел место также стабильный ежегодный рост темпов увеличения, однако в последние годы (2010-2013) наблюдалось замедление этих темпов по мере приближения средней пенсии по инвалидности к прожиточному минимуму. В реальном выражении средний размер пенсий также рос ежегодно, однако меньшими темпами, а в 2010 году даже имело место небольшое снижение по сравнению с 2009 годом.

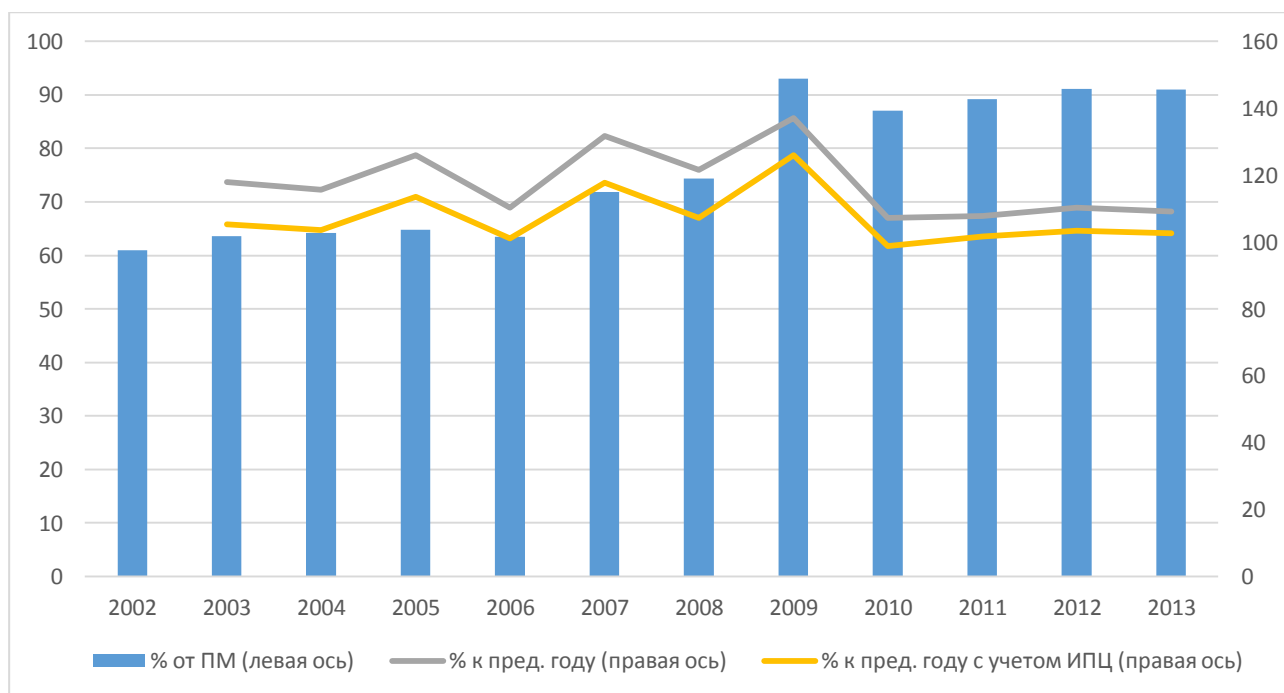


Рисунок 3.9 – Размер назначенных пенсий по инвалидности в % к прожиточному минимуму и его динамика в целом по России в % к предыдущему году

Источник: расчеты авторов

Для того, чтобы оценить насколько объемы расходов консолидированного бюджета Российской Федерации на меры социальной поддержки, социальной реабилитации и

абилитации инвалидов сопоставимы с объемами государственных расходов по соответствующим направлениям в зарубежных странах, рассмотрим данные Евростата. Расходы на инвалидов включают расходы на поддержку доходов (в денежном и натуральном виде) и оказание услуг лицам, имеющим инвалидность, в том числе и реабилитационных услуг (за исключением расходов на медицинские услуги). Расходы на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в зарубежных странах в 2012 году варьировались от 0,5% ВВП в Турции до 4,2% ВВП в Норвегии. В среднем по Европейскому союзу указанные расходы составляли в 2012 год 2,1% ВВП (Eurostat, Social protection expenditures, http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=spr_exp_sum).

В таблице ниже дана оценка расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России в 2011-2013 гг. Расходы федерального бюджета учитывают расходы на следующие направления:

- дополнительное ежемесячное материальное обеспечение инвалидов вследствие военной травмы;
- осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам;
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации, включая изготовление и ремонт протезно-ортопедических изделий;
- ежемесячные выплаты лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы;
- оплата четырех дополнительных выходных дней работающим родителям (опекунам, попечителям) для ухода за детьми-инвалидами;
- субсидии издательствам и издающим организациям на реализацию социально значимых проектов, выпуск книг, изданий для инвалидов;
- субсидии на поддержку периодической печати для инвалидов, на реализацию социально значимых проектов, изданий для инвалидов по зрению;
- обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
- обеспечение деятельности (оказание услуг) подведомственных учреждений: учреждения по обучению инвалидов;
- дистанционное образование детей-инвалидов;
- субсидии стационарам сложного протезирования на оплату дней пребывания инвалидов в стационарах;

- обеспечение инвалидов транспортными средствами;
- выплаты инвалидам компенсаций страховых премий по договорам обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств;
- субсидии на государственную поддержку общероссийских общественных организаций инвалидов;
- расходы на реализацию государственной программы Российской Федерации "Доступная среда" на 2011 - 2015 годы.

Общие расходы на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России в 2013 году составили около 505 млрд. руб. На пенсии по инвалидности пришлось почти 200 млрд. руб.

Таблица 3.100 – Оценка бюджетных расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России в 2011-2013 гг., тыс. руб.

	2011	2012	2013
Всего	458 366 568,8	471 748 322,7	505 170 159,2
расходы федерального бюджета на социальную поддержку (не включая пенсии по инвалидности)	275 510 756,0	277 527 540,7	299 147 708,2
расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ	10 827 312,0	11 764 538,0	13 149 187,0
расходы федерального бюджета на пенсии по инвалидности	172 028 500,8	182 456 244,0	192 873 264,0

В процентах от ВВП в 2012-2013 гг. доля расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов составляла не менее 0,76%. Большую часть составляют расходы федерального бюджета на пенсии по инвалидности и ежемесячную денежную выплату инвалидам. Указанная оценка уровня расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России существенно ниже среднего уровня расходов на данные цели по странам ОЭСР. Следует отметить, что здесь не учитываются отдельные направления бюджетных расходов субъектов РФ, в том числе бюджетные расходы на трудовую (не медицинскую) реабилитацию инвалидов, бюджетные расходы на социальное обслуживание на дому инвалидов и другие виды расходов на услуги для инвалидов на региональном уровне. Кроме того, не учтенными оказались расходы на предоставление жилья инвалидам, поскольку бюджетные расходы на предоставление жилья в бюджетной росписи помимо расходов на предоставление жилья инвалидам учитывают также расходы на предоставление жилья другим льготным категориям граждан.

Таблица 3.111 – Оценка бюджетных расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России в 2011-2013 гг., % ВВП

	2011	2012	2013
Всего	0,82	0,76	0,76
расходы федерального бюджета (не включая пенсии по инвалидности)	0,49	0,45	0,45
расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ	0,02	0,02	0,02
расходы федерального бюджета на пенсии по инвалидности	0,31	0,29	0,29

Отдельно стоит показать размеры субсидий на софинансирование расходов на реализацию мероприятий по обеспечению доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения в рамках реализации региональных программ «Доступная среда» (таблица 3.12). Республика Татарстан была в числе пилотных регионов для реализации программы в 2013 году, в частности, поэтому размер субсидии на 2015 год для нее сократился. Наибольший рост размера субсидии наблюдался в Волгоградской области. В расчете на число взрослых инвалидов наибольший размер субсидии имеют Республика Ингушетия и Хабаровский край (оба года), Республика Татарстан (2014 год) и Волгоградская область (2015 год). Разброс значений составляет в 2015 году от 90 рублей на 1 взрослого инвалида в Саратовской области до 550 рублей в Республике Ингушетия.

Таблица 3.12 – Субсидии, предоставляемые в 2014-2015 гг. из федерального бюджета на софинансирование расходов на реализацию мероприятий по обеспечению доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения, тыс. руб.

	2014 год	2015 год
Волгоградская область	54 857,2	86 190,2
Республика Ингушетия	38 662,7	31 892,4
Республика Татарстан	215 789,5	85 026,2
Тюменская область	18 500,0	14 074,1
Саратовская область	-	26 246,2
Хабаровский край	64 288,6	37 862,4

Таким образом, в 2013-2014 гг. по многим направлениям расходов на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов наблюдалось снижение объемов расходов в реальном выражении как в целом по Российской Федерации, так и в пилотных регионах. В структуре бюджетных расходов на социальную поддержку и оказание услуг для инвалидов существенную долю составляют расходы на выплату пенсий по инвалидности, осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам, обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации и расходы на ежемесячные выплаты лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами и инвалидами с детства I группы. Полученная

оценка расходов на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России в 2011-2013 гг. показала, что бюджетные расходы на социальную поддержку и социальные услуги для инвалидов в России ниже большинства стран Евросоюза. В Волгоградской, Тюменской, Саратовской областях и Хабаровском крае помимо федеральных мер социальной поддержки в денежной и натуральной форме из федерального бюджета инвалиды также получают меры социальной поддержки в денежной и натуральной форме в соответствии с региональными и муниципальными нормативными правовыми актами. При этом если в Саратовской области указанные меры, касаются только детей-инвалидов, то в Волгоградской, Тюменской областях и Хабаровском крае касаются также инвалидов и инвалидов войны. Из рассматриваемых пилотных регионов в среднем наиболее высокий размер выплат для инвалидов за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ зафиксирован в 2014 году в Тюменской и Волгоградской областях.

4 SWOT-анализ региональной политики в отношении инвалидов

Одной из задач настоящей работы стояло сравнение региональных подходов к обеспечению социальной политики в отношении инвалидов. Анализ социально-экономического положения инвалидов, выполненный на базе региональной статистики, бюджетных затрат, правовых документов – прежде всего, региональных государственных программ – и материалов выборочного социологического исследования, сделал возможным проведение оценки сильных (S) и слабых (W) сторон региональной политики в отношении инвалидов, возможностей (O) и угроз (T) по каждому из пилотных регионов. Подобная оценка позволит выявить узкие места региональных политик и их лучшие практики. В фокусе внимания SWOT-анализа находятся характеристики самих региональных политик и их соответствие принципам Конвенции ООН о правах инвалидов. Последнее подразумевает оценку того, насколько региональные законы и программы ориентированы на помощь и поддержку, а насколько – на создание для инвалидов возможности равного с другими гражданами участия в общественно-экономической жизни.

Невозможно давать оценку региональной политике без понимания всего контекста ее проведения – каково экономическое положение региона и каковы его бюджетные возможности? Какова структура населения и объем целевой группы данной региональной политики? Каковы региональные условия для развития в нем общественного сектора и некоммерческих организаций по делам инвалидов? Ответы на эти и другие вопросы вписываются нами в матрицу SWOT-анализа сгруппированными по нескольким доменам:

- социально-демографический домен. Он включает возрастную структуру населения в регионе, особенности его расселения по территории субъекта;
- экономический, и даже уже – бюджетный – домен. Структура экономики и рынка труда влияет на потенциал занятости лиц с ограниченными возможностями здоровья. Состояние и структура бюджета области определяет величину его социальных расходов, в том числе на здравоохранение и социальную поддержку, на реализацию конкретных региональных программ в отношении инвалидов;
- непосредственно нормативный правовой домен. В него входит оценка прозрачности и согласованности региональных нормативных документов, полноты присутствия в них мер в отношении инвалидов, учета региональным законодательством принципов Конвенции ООН о правах инвалидов и многое другое;

- домен негосударственного сектора. Развитие региональной политики невозможно без привлечения общественного сектора к обсуждению законопроектов и региональных программ, однако в разных регионах институциональная сила общественного сектора разная. Вместе с тем формирование безбарьерной среды предполагает взаимодействие с бизнесом и его привлечение к реконструкции бизнес-объектов (кафе, гостиниц, магазинов и так далее). В этот домен входят свидетельства деятельности коммерческого и некоммерческого секторов в регионе.

Бюджетные возможности региона, уровень его социально-экономического развития теснейшим образом связаны с возможностями проводимой политики. Прежде чем перейти к частному SWOT-анализу взглянем на то, к каким группам относятся пилотные регионы в соответствии с широко применяемой комплексной типологией Н.В. Зубаревич⁸ (таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Типы регионов по уровню социально-экономического развития⁹ и некоторые социально-экономические показатели

	Место в рейтинге 2013 г. по средне-душевым денежным доходам (в месяц)	Коэффициент дем. нагрузки старше трудоспособного возраста, конец 2013 г.	Среднее время поиска работы безработными, конец 2013 г., месяцев	Численность населения на одного врача, конец 2013 г., чел.
2 группа регионов. Относительно развитые или опережающие по доходу				
<i>А) Освоенная зона</i>				
Тюменская обл. без автономий	22	333	7,0	194,6
Республика Татарстан	17	382	5,4	241,4
3 группа регионов. “Середина”				
<i>А) Освоенная зона</i>				
<i>Более урбанизированные среднеразвитые промышленные регионы</i>				
Волгоградская обл.	69	437	8,4	207,7
<i>Более аграрные регионы</i>				
Саратовская обл.	73	441	8,7	186,9
<i>Б) Слабоосвоенная зона</i>				
Хабаровский край	14	355	7,6	172,6
4 группа регионов. “Аутсайдеры”: депрессивные и слаборазвитые регионы				
<i>А) Освоенная зона</i>				
<i>Слаборазвитые республики Юга</i>				
Республика Ингушетия	81	168	12,0	265,2

⁸ Режим доступа: <http://www.socpol.ru/atlas/typology/index.shtml>. Используется типология версии 2010 года.

⁹ В первую группу («Лидеры») ни один из пилотных регионов не входит.

Два из пилотных регионов – Тюменская область (без автономий) и Республика Татарстан относятся к развитым регионам освоенной зоны. «Освоенность» в данной типологии означает, прежде всего, плотность населения. Та в свою очередь отражает степень благоприятности климата, тип хозяйственного использования, обеспеченность инфраструктурой и многое другое. «Развитость» включает в себя уровень экономического развития и экономическое положение домохозяйств, оцениваемые через триединство индикаторов душевого ВРП, отношение денежных доходов к прожиточному минимуму и уровень бедности. Именно в Тюменской области и Татарстане можно ожидать наиболее продвинутой региональной политики в отношении инвалидов. Далее к среднеразвитым относятся Волгоградская и Саратовская области, и Хабаровский край. Однако все три из них принадлежат к разным подгруппам «середины». Наконец, Республика Ингушетия относится к категории регионов освоенной зоны, по экономическому развитию относящихся к числу аутсайдеров (всю эту группу формируют субъекты Северо-Кавказского федерального округа).

По детской инвалидности (первичной) к регионам с наименьшими показателями относится Саратовская область, Тюменская область. Ко второму кластеру: Республика Татарстан, Волгоградская область. К третьему – Хабаровский край, к последнему кластеру – Республика Ингушетия. Саратовская и Тюменская области формируют группу регионов, которые во всех детских возрастных группах имеют первую ранговую позицию. В Республике Татарстан отмечается улучшение ранговой позиции по показателям первичной детской инвалидности от младшей возрастной группе к старшим. В Волгоградской области в старшей возрастной группе происходит ухудшение ранговой позиции. Республика Ингушетия сохраняет низшие ранговые позиции во всех детских возрастах. Хабаровский край только в последней детской возрастной группе улучшает свою ранговую позицию. По показателю общего коэффициента детской инвалидности Тюменская и Саратовская области также демонстрируют наилучшие позиции. Близко к ним оказывается и положение Волгоградской области, тогда как Республика Татарстан имеет значительно худшие оценки. Ближе к концу распределения расположен Хабаровский край, а замыкает его Республика Ингушетия.

В 2007-2014 годах общий коэффициент инвалидности по взрослому населению снизился почти во всех 6 регионах, за исключением Тюменской области. Наибольшее снижение отмечается в Республике Ингушетия (1487 человек на 100 тыс. населения в 2007 году, 670 – в 2014 г.), хотя здесь он остается самым высоким во всех возрастных группах.

Самый низкий уровень инвалидности в возрасте 18-44 года в Саратовской области (150 промилле), самый высокий – в Республике Ингушетия (524 промилле). В возрастах 45-54/59 лет самая низкая инвалидность в Хабаровском крае и Саратовской области – 661 и 668 промилле соответственно.

Далее представлен краткий SWOT-анализ каждого из пилотных регионов, после чего подробнее описаны общие для всех проблемные места региональной политики в отношении инвалидов и рекомендации к ее совершенствованию.

ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ БЕЗ АВТОНОМИЙ

К настоящему моменту практически все статистические показатели по Тюменской области можно найти без учета автономных округов, однако ранее они публиковались по региону в целом, и с несколькими рудиментами этой практики мы также сталкивались в ходе своего анализа. В фокусе нашего внимания находится только юг региона, то есть «материнская область». Региональное законодательство строится на принципе самостоятельности в осуществлении государственной, экономической и социальной политики в пределах их полномочий области и автономных округов как субъектов Российской Федерации. Это означает, что рассматриваемые нами региональные программы и законы распространяются также только на южную часть Тюменской области.

По действующему с 2003 года договору между материнской областью и ее автономными округами бюджет области получает от последних денежные перечисления¹⁰. В том числе частично перераспределялся налог на добычу полезных ископаемых. В Тюменской области зарегистрирован ряд крупных компаний, что дает высокие поступления в бюджет налога на прибыль. Все это поспособствовало экономическому рывку области в середине 2000-х годов и ввело ее в число развитых регионов. Кроме того, основным направлением расходов области последние годы были расходы на национальную экономику. В противовес многим субъектам РФ они росли опережающими темпами по сравнению с социальными расходами. С началом экономического кризиса регион продолжает держать профицит бюджета даже несмотря на падение доходов от налога на прибыль. Краткая матрица SWOT-анализа по Тюменской области без автономий представлена в таблице 4.2, пояснения к ней – в таблице 4.3.

¹⁰ С 2010 года часть этих перечислений была перенаправлена в федеральный центр

Таблица 4.2 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Тюменской области (без автономий)

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Относительно молодая структура населения 2 Низкий уровень инвалидизации населения <i>Экономический домен</i> 3 Хорошее экономическое положение области за счет нефтегазовой ренты 4 Социально-ориентированный бюджет <i>Нормативный правовой домен</i> 5 Относительно развитое и согласованное законодательство в отношении инвалидов 6 Во многих нормативных документах фигурируют интересы инвалидов <i>Домен негосударственного сектора</i> 7 Относительно высокий уровень взаимодействия с ВОИ	1 Более активное участие в федеральных программах 2 Расширение социальной составляющей бюджета региона. 3 Дальнейшее развитие программ в сторону принципов Конвенции ООН. 4 Более полный учет специфических особенностей региона. 5 Более полное участие НКО и самих инвалидов в разработке и мониторинге политики в отношении инвалидов. 6 Повышение эффективности использования бюджетных средств за счет более полного учета потребностей инвалидов и требований Конвенции ООН.
<i>Демографический домен</i> 1 Система сельского расселения с крупными селами 2 Старое сельское население <i>Экономический домен</i> 3 Зависимость устойчивости бюджета от конъюнктурных факторов 4 Относительно мало рабочих мест, пригодных для занятости инвалидов <i>Нормативный правовой домен</i> 5 Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления 6 Присутствие в нормативных документах некорректной лексики в отношении инвалидов 7 Формальный учет интересов инвалидов в программных документах, многие потребности инвалидов и положения Конвенции ООН игнорируются 8 Некорректная практика оценки эффективности реализации программ <i>Домен негосударственного сектора</i> 9 Слабое взаимодействие с бизнесом в рамках реализации программ в отношении	<i>Демографический домен</i> 1 Усиление неравенства между положением инвалидов в городе и в сельской местности 2 Усиление эффекта старения населения <i>Экономический домен</i> 3 Падение доходов региона от налога на прибыль вследствие экономического кризиса в стране 4 Сокращение социальных расходов, в т.ч. расходов на здравоохранение 5 Исключенность инвалидов из рынка труда <i>Нормативный правовой домен</i> 6 Несоответствие фактических темпов реализации Программ заявленным 7 Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки 8 Принятие неинформированных программных решений <i>Домен негосударственного сектора</i> 9 Сохранение точечной безбарьерной среды

инвалидов	
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.3 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Тюменской области (без автономий)

Наименование	Пояснение
Относительно молодая структура населения	Относительно высокий и стабильный уровень рождаемости среди сельского населения, доля которого велика. Кроме того, область испытала приток трудоспособного населения из соседнего Казахстана. Старение происходит преимущественно «сверху». Возрастная структура населения влияет на общую численность инвалидов.
Низкий уровень инвалидизации населения	Структура населения и уровень доступности медицинских услуг определяют низкие показатели инвалидизации. Нет достаточных оснований предполагать, что это связано с плохой выявляемостью.
Хорошее экономическое положение области за счет нефтегазовой ренты	Профицитный сбалансированный бюджет с высокими поступлениями налога на прибыль, относительно хорошим инвестиционным климатом, высокой долей расходов бюджета на национальную экономику. Низкая доля федеральных трансфертов в доходах региона (4% в 2014 году)
Социально-ориентированный бюджет	Подушевые расходы на социальные цели выше среднероссийских. В том числе высокие расходы на здравоохранение. При этом в общей структуре расходов доля социальных остается низкой.
Относительно развитое и согласованное законодательство в отношении инвалидов	Основные программы в отношении инвалидов инкорпорированы в свод всех социальных программ, согласованность нормативных документов достаточно высокая. Большое внимание уделяется межведомственному взаимодействию.
Во многих нормативных документах фигурируют интересы инвалидов	Число региональных программ, в которых так или иначе упоминаются интересы инвалидов, выше, чем в других пилотных регионах.
Относительно высокий уровень взаимодействия с ВОИ	В областной ВОИ состоит 30% всех взрослых людей с ограниченными физическими возможностями, организация активно участвует в обсуждении законодательных инициатив, реализует городские программы адаптации инфраструктуры.
Система сельского расселения с крупными селами	Неравномерное развитие инфраструктуры для инвалидов. Темпы адаптации сельской среды ниже, чем городской. Доступность медицинской помощи для многочисленного сельского населения ниже, чем для городского. Действующая система реабилитации не достаточно обеспечивает комплексный подход к реабилитации инвалидов, проживающих в сельской местности.
Старое сельское население	Сельское население старше и его инвалидизация выше.
Зависимость устойчивости бюджета от конъюнктурных факторов	Экономический рывок области был недостаточно долгим для обретения запаса прочности.

Относительно мало рабочих мест, пригодных для занятости инвалидов	Регион относится к числу тех, кто делает «новую индустриализацию». Структура экономики ориентирована на промышленность и тяжелые условия труда, доля прочих предприятий, пригодных для занятости инвалидов, относительно ниже.
Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	Региональные программы Тюменской области в той же степени, что и другие (в т.ч. федеральные), несут в себе недостатки нечеткой постановки целей и задач, неправильного выбора целевых индикаторов, закрытости мониторинга реализации и так далее.
Присутствие в нормативных документах некорректной лексики в отношении инвалидов	В тексте программ фигурируют некорректные термины, такие как, например, «колясочники». В целом, в программах периодически встречается подход к инвалидам как к объектам защиты. Нарушаются принципы Конвенции ООН о правах инвалидов.
Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	Оценка эффективности программ не соответствует программно-целевому подходу (см. подробнее ниже).
Формальный учет интересов инвалидов в программных документах, многие потребности инвалидов и положения Конвенции ООН игнорируются	В тех программах, которые не связаны непосредственно с интересами инвалидов, их упоминание, как правило, носит формальный характер и не подкрепляется соответствующими мероприятиями.
Слабое взаимодействие с бизнесом в рамках реализации программ в отношении инвалидов	Мониторинг реализации программы «Доступная среда» показал, что бизнес не заинтересован в создании безбарьерной среды к своим объектам, из-за чего не все целевые показатели программы за рассматриваемый период были достигнуты.
Более активное участие в федеральных программах	Регион получает небольшие объемы денежных средств из федерального бюджета на реализацию программ в отношении инвалидов, его участие может быть расширено. Кроме того, регион может активнее участвовать в конкурсах федеральных фондов.
Расширение социальной составляющей бюджета региона.	Бюджетные возможности региона позволяют наращивать социальную компоненту расходов, а уровень доходов домохозяйств дает возможность повышать ее эффективность – увеличивая инфраструктурную часть, а не материальную поддержку домохозяйств.
Дальнейшее развитие программ в сторону принципов Конвенции ООН.	Учет всех принципов Конвенции ООН.
Более полный учет специфических особенностей региона.	Раскрытие в программах особенностей расселения, уровня инвалидизации и структуры населения, опора на уже достигнутые результаты и сильные стороны региона.

Более полное участие НКО и самих инвалидов в разработке и мониторинге политики в отношении инвалидов.	Привлечение заинтересованных сторон до этапа внедрения мероприятий позволит избежать ряда ошибок, повысив эффективность расходования бюджетных средств.
Повышение эффективности использования бюджетных средств за счет более полного учета потребностей инвалидов и требований Конвенции ООН.	Выстраивание политики в отношении инвалидов в полном соответствии с принципами Конвенции ООН, программно-целевым подходом и при активном участии общества и бизнеса позволит добиться многократно более эффективного расходования бюджетных средств.
Усиление неравенства между положением инвалидов в городе и в сельской местности	Фокус внимания властей к адаптации городской среды оставляет за своими пределами нужды сельского населения. Центральный вектор на укрупнение больниц приведет к ухудшению доступности медицинской и реабилитационной помощи для инвалидов сельской местности.
Усиление эффекта старения населения	Смена демографических волн приводит к сокращению числа родившихся, а рост продолжительности жизни – к увеличению численности пожилого населения. Это приводит к увеличению демографической нагрузки, к росту абсолютного числа лиц с инвалидностью.
Падение доходов региона от налога на прибыль вследствие экономического кризиса в стране	Налог на прибыль составляет большую часть доходов областного бюджета, его сокращение значительно ухудшит все бюджетные возможности, в том числе объем расходов на социальные программы.
Сокращение социальных расходов, в т.ч. расходов на здравоохранение	Уже в первом полугодии 2015 года в регионе отмечалось сокращение расходов на здравоохранение (которые до этого были выше среднероссийских). Потенциально возможное ухудшение уровня здравоохранения негативно скажется на положении инвалидов.
Исключенность инвалидов из рынка труда	Область испытывает дефицит трудовых ресурсов, однако не использует потенциал занятости инвалидов. Нет оснований ожидать изменения такого положения вещей.
Несоответствие фактических темпов реализации Программ заявленным	По результатам действия программ обеспечения доступности объектов маломобильным группам населения за 2011-2014 годы было выявлено недостижение ключевых заявленных показателей. Если причины этого не будут проработаны, проблемы сохранятся и в дальнейшем.
Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки	Несоответствие целевых индикаторов принципам программно-целевого подхода делает невозможным их корректную оценку, а значит, не дает представления о реальной эффективности той или иной программы.

Принятие неинформированных программных решений	Отсутствие информации о реальной эффективности программы лишит почвы дальнейшие решения
Сохранение точечной безбарьерной среды	Если взаимодействие с бизнесом не будет налажено, безбарьерная среда еще долгое время будет точечной

РЕСПУБЛИКА ТАТАРСТАН

Республика Татарстан имеет бюджетную обеспеченность ниже, чем в Тюменской области, однако регион отличается высокой инвестиционной активностью. Серьезным преимуществом региона выступают крепкие связи с федеральным центром, благодаря которым Татарстан реализует крупные проекты на своей территории – 1000-летие Казани, Универсиаду, город высоких технологий Иннополис и другие. Благодаря им столица республики пережила серьезную реконструкцию, в том числе адаптацию городской инфраструктуры к нуждам лиц с ограниченными возможностями. Однако развитие этой инфраструктуры, как и в других регионах России, пока остается точечным. Краткая матрица SWOT-анализа по Республике Татарстан представлена в таблице 4.4, пояснения к ней – в таблице 4.5.

Таблица 4.4 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Республике Татарстан

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Благополучная демографическая ситуация 2 Низкий уровень алкоголизации населения <i>Экономический домен</i> 3 Стабильное финансовое положение региона, высокий уровень развития 4 Социально-ориентированная политика 5 Развитая инфраструктура региона <i>Нормативный правовой домен</i> 6 Накопленный опыт участия в федеральных программах, в том числе в качестве пилотного региона <i>Домен негосударственного сектора</i> 7 Высокий уровень интернетизации населения 8 Умение работать с бизнесом 9 Обилие студенческих работ по теме обеспечения прав инвалидов 10 Позитивная оценка инвалидами изменения	1 Более полное участие в федеральных программах и проектах 2 Использование возможностей регионального бюджета 3 Превращение социальной защиты из института перераспределения в институт развития 4 Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН 5 Более полный учет в программах специфических особенностей региона. 6 Более полное вовлечение инвалидов в сеть Интернет 7 Транслирование безбарьерной среды как ценности 8 Развитие государственно-частного партнерства в социальной сфере и

их положения за последние годы	адаптации городской среды
<i>Демографический домен</i> 1 Нарастание старения населения <i>Экономический домен</i> 2 Падение темпов роста промышленности 3 Неравномерность качества социальных услуг, в т.ч. доступности здравоохранения <i>Нормативный правовой домен</i> 4 Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления 5 Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	<i>Демографический домен</i> 1 Повышение абсолютного числа инвалидов <i>Экономический домен</i> 2 Сокращение расходов на социальную сферу <i>Нормативный правовой домен</i> 3 Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки 4 Принятие неинформированных программных решений
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.5 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Республике Татарстан

Наименование	Пояснение
Благополучная демографическая ситуация	Уровень рождаемости в регионе выше среднероссийского, нагрузка пожилыми относительно ниже.
Низкий уровень алкоголизации населения	Благодаря относительно высокому распространению ислама в республике, среднее потребление алкоголя ниже общероссийского уровня, ниже и связанные с ним последствия для здоровья населения.
Стабильное финансовое положение региона, высокий уровень развития	Высокие доходы в бюджет от налога на прибыль, наличие нефтегазовой ренты. Благоприятная структура долгов (низкая доля дорогих коммерческих долгов). Высокая инвестиционная активность. Экономика достаточно диверсифицирована и, как следствие, менее подвержена кризису. Помимо этого, стабильное положение региона обеспечивается его прочными отношениями с федеральным центром.
Социально-ориентированная политика	Подушевой уровень социальных расходов выше среднероссийского. Вместе с тем расходы в развитие экономики производились за счет оптимизации социальных расходов и имели перед ними приоритет.
Развитая инфраструктура региона	Тесные связи между населенными пунктами, компактная территория региона, несколько центров из старых городов республиканского подчинения.
Накопленный опыт участия в федеральных программах, в том числе в качестве пилотного региона	Татарстан в числе первых регионов вступил в федеральную программу «Доступная среда».
Высокий уровень интернетизации населения	Новые технологии транслируются республиканскими властям на уровне ценностей, уровень интернетизации в регионе выше среднероссийского.

Умение работать с бизнесом	Особая привлекательность региона для инвестиций тесно связана со способностью властей налаживать диалог с бизнес-сообществом.
Обилие студенческих работ по теме обеспечения прав инвалидов	Единственный среди пилотных регион, по которому в обилии встречаются работы студентов ВУЗов по теме положения инвалидов и доступности городской среды (на примере самого Татарстана). Это означает широкое освещение данной проблематики в профессиональных образовательных программах.
Позитивная оценка инвалидами изменений их положения за последние годы	По результатам социологического опроса, в Татарстане доля тех инвалидов, кто почувствовал улучшение своего положения в последние годы, выше, чем в прочих регионах.
Нарастание старения населения	Структура населения уже приближается к среднероссийской, и доля пожилого населения будет продолжать нарастать
Падение темпов роста промышленности	Татарстан относится к регионам новой индустриализации, которые сильно затронуты текущим экономическим кризисом.
Неравномерность качества социальных услуг, в т.ч. доступности здравоохранения	Относительно благополучные показатели обеспеченности медицинскими услугами достигаются за счет Казани и "старых" городов, тогда как в новых промышленных центрах и других районах показатели хуже средних. В сельской местности они сильно зависят от положения по отношению к городам и основным транспортным магистралям.
Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	Нечеткая постановка целей и задач, не всегда правильный выбор целевых индикаторов, закрытость мониторинга реализации от общественности и так далее.
Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	Оценка эффективности программ не соответствует программно-целевому подходу (см. подробнее ниже).
Более полное участие в федеральных программах и проектах	Хорошие отношения с федеральным центром позволяют Татарстану и впредь принимать у себя крупные инфраструктурные проекты, принимать участие в качестве пилотного региона в федеральных программах развития, в т.ч. так или иначе касающихся положения инвалидов.
Использование возможностей регионального бюджета	В отличие от большинства регионов России, имеющих слабые бюджетные возможности, Татарстан может выполнять проекты по обеспечению прав инвалидов не только за федеральные, но и за свои собственные средства.
Превращение социальной защиты из института перераспределения в институт развития	Уровень развития региона дает возможность начать модернизировать социальную сферу. Доходы сектора домашних хозяйств позволяют наращивать платную компоненту социальных услуг. Помимо прочего, это освободит бюджетные средства для защиты наиболее уязвимых категорий, в т.ч. инвалидов.
Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН	Анализ региональных программ Татарстана выявил многочисленные несоответствия принципам Конвенции ООН о правах инвалидов. Необходимо, чтобы в дальнейшем они учитывались более полно.

Более полный учет в программах специфических особенностей региона	В проектах региональных программ должны быть полнее представлены сильные и слабые стороны региона, это позволит точнее определять задачи программ и проводить их реализацию успешнее.
Более полное вовлечение инвалидов в сеть Интернет	Имеющийся задел в уровне интернетизации населения позволяет использовать эту площадку для вовлечения инвалидов и маломобильных групп населения в сферу онлайн-обучения и онлайн-занятости.
Транслирование безбарьерной среды как ценности	Инфраструктурные проекты в столице региона широко освещались средствами массовой информации, можно говорить о том, что успехи в построении безбарьерной среды вышли на уровень сознания населения. Необходимо поддерживать и усиливать интерес общественности к данной теме, транслируя ее как ценность современного Татарстана.
Развитие государственно-частного партнерства в социальной сфере и адаптации городской среды	Достаточно хороший уровень диалога между региональными властями и бизнесом позволяет использовать возможности последнего и вовлекать его в реализацию проектов в социальной сфере, в том числе к адаптации городской среды.
Повышение абсолютного числа инвалидов	Старение населения неизбежно приведет к увеличению абсолютного числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями
Сокращение расходов на социальную сферу	Вследствие падения доходов регионального бюджета в период кризисов происходит оптимизация и сокращение социальных расходов, которые затронут наиболее уязвимые группы населения, в том числе, лиц с инвалидностью.
Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки	Несоответствие целевых индикаторов принципам программно-целевого подхода делает невозможным их корректную оценку, а значит, не дает представления о реальной эффективности той или иной программы.
Принятие неинформированных программных решений	Отсутствие информации о реальной эффективности программы лишит почвы дальнейшие решения

ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ

Волгоградская область относится к числу урбанизированных «старых» промышленных регионов. Ее социально-экономическое развитие определяется индустриальным типом экономики, который очень медленно движется в сторону пост-индустриального типа. В частности, поэтому Волгоградская область все еще не может реализовать потенциал обладания миллионной агломерацией. Кризисный спад промышленности 2009 года не был до конца преодолен. Бюджет области можно отнести к среднему уровню дотационности, объем инвестиций в регион достаточно низок. Уровень

благополучия сектора домашних хозяйств невысокий, в 2015 году в этом регионе наблюдалось одно из самых сильных по стране падение уровня доходов населения.

Волгоградская область поздно (с 2014 года) вступила в реализацию федеральной программы «Доступная среда», зато в 2015 году в числе первых регионов опубликовала свою Дорожную карту повышения доступности объектов и услуг для инвалидов. Краткая матрица SWOT-анализа по Волгоградской области представлена в таблице 4.6, пояснения к ней – в таблице 4.7.

Таблица 4.6 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Волгоградской области

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Миллионная агломерация <i>Экономический домен</i> 2 Наличие активов старой промышленности 3 Расходы бюджета на социальную сферу не сокращаются <i>Нормативный правовой домен</i> 4 На фоне других регионов в региональной программе больше внимания уделено вопросам повышения доступности образования для инвалидов <i>Домен негосударственного сектора</i> 5 Активные общественные организации 6 НКО проводит и публикует мониторинги доступности объектов	1 Использование потенциала миллионной агломерации 2 Ускорение темпов развития за счет модернизации экономики 3 Более полное участие в федеральных программах и проектах 4 Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН 5 Более полный учет специфических особенностей региона. 6 Более полное вовлечение НКО в процессы принятия решений по обеспечению прав инвалидов
<i>Демографический домен</i> 1 Низкая плотность населения за пределами столичной агломерации 2 Депопуляция, миграционный отток и старение населения (старение снизу) 3 Высокая младенческая смертность <i>Экономический домен</i> 4 Индустриальный тип развития экономики, слабое развитие сервисной сферы 5 Уровень доходов населения ниже среднероссийского <i>Нормативный правовой домен</i> 6 Отсутствие конкретных мероприятий по оснащению городского транспорта оборудованием для инвалидов в программе «Доступная среда»	<i>Демографический домен</i> 1 Рост абсолютного числа инвалидов и маломобильных лиц <i>Экономический домен</i> 2 Усугубление отставания экономики региона, ухудшение социальной сферы <i>Нормативный правовой домен</i> 3 Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки 4 Принятие неинформированных программных решений

7 Слабое присутствие вопросов, связанных с инвалидами, в региональных программах	
8 Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	
9 Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.7 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Волгоградской области

Наименование	Пояснение
Миллионная агломерация	Сам Волгоград потерял население за последние годы и ушел из числа городов-миллионников, однако вместе с городом-спутником Волжский его агломерация имеет более 1 млн. человек населения (немногим менее половины населения области). Потенциал ее заключается в возможностях экономии издержек на масштабе, на транспортном сообщении, в возможностях повышения качества услуг (в том числе здравоохранения) за счет более высокого уровня человеческого капитала населения.
Наличие активов старой промышленности	Область обладает значительными активами в нефтеперерабатывающей и машиностроительной промышленности, емким рынком труда крупных предприятий.
Расходы бюджета на социальную сферу не сокращаются	За 2014-2015 годы Волгоградская область не приступила к сокращению социальных расходов. Превышение доходов бюджета над его расходами, наоборот, (пока) позволяет наращивать расходы на здравоохранение и другие социальные проекты.
На фоне других регионов в региональной программе больше внимания уделено вопросам повышения доступности образования для инвалидов	Вслед за развитием безбарьерной среды, следующим крупным доменом мероприятий в отношении инвалидов на федеральном уровне становится развитие инклюзивного образования. На текущий момент Волгоградская область сильнее прочих пилотных регионов восприняла это направление.
Активные общественные организации	До начала 2000-х годов регион отличался активной общественной, в том числе политической жизнью, с того времени осталось немало количество некоммерческих организаций, который продолжают свою деятельность в разных сферах.
НКО проводит и публикует мониторинги доступности объектов	Единственный среди пилотных регион, по которому легко найти в публичном доступе мониторинги реализации программы «Доступная среда», выполненные независимыми организациями.
Низкая плотность населения за пределами столичной агломерации	За пределами Волгограда и Волжского плотность населения резко падает, а значит, остальные населенные пункты сталкиваются с типичными проблемами – плохой транспортной сетью, низкой доступностью медицинских услуг и т.п.

Депопуляция, миграционный отток и старение населения (старение снизу)	Низкий уровень экономического развития, в том числе периодические всплески безработицы, приводят к тому, что южная и урбанизированная область не является привлекательной для мигрантов (в том числе внутренних), наоборот – она отдает свое население. Вкупе с низким уровнем рождаемости (ниже среднероссийского) это приводит к проблемам старения населения и депопуляции.
Высокая младенческая смертность	Волгоградская область сохраняет значительное отставание по уровню младенческой смертности от среднероссийских значений. Это показывает на наличие проблем в здравоохранении, в том числе, в слугах по родовспоможению. Их качество тесным образом связано и с рисками инвалидности среди детей.
Индустриальный тип развития экономики, слабое развитие сервисной сферы	Помимо прочего, это означает низкую долю рабочих мест в сервисной экономике и низкие возможности для трудоустройства инвалидов.
Уровень доходов населения ниже среднероссийского	Волгоград один из самых бедных по уровню зарплат крупных городов России. Это означает, что доходы населения не позволяют наращивать платную компоненту социальной сферы и перераспределять ее расходы на самые уязвимые группы населения.
Отсутствие конкретных мероприятий по оснащению городского транспорта оборудованием для инвалидов в программе «Доступная среда»	Учитывая особенность городского планирования Волгограда – его большую протяженность вдоль реки – пользование городским транспортом приобретает особенное значение для маломобильных групп населения. Отсутствие конкретных мероприятий по адаптации этого транспорта является серьезным слабым звеном программы.
Слабое присутствие вопросов, связанных с инвалидами, в региональных программах	В ряде региональных программ (по развитию культуры, по развитию транспортной системы, например) тематика прав инвалидов не упоминается вовсе.
Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	Нечеткая постановка целей и задач, не всегда правильный выбор целевых индикаторов, закрытость мониторинга реализации от общественности и так далее.
Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	Оценка эффективности программ не соответствует программно-целевому подходу (см. подробнее ниже).
Более полное вовлечение НКО в процессы принятия решений по обеспечению прав инвалидов	Привлечение активных членов НКО на этапе разработки проектов региональных программ (в частности, по адаптации городской среды) позволит сократить издержки и провести их более качественно.

Рост абсолютного числа инвалидов и маломобильных лиц	Старение населения неизбежно приведет к увеличению абсолютного числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями
Усугубление отставания экономики региона, ухудшение социальной сферы	Волгоградская область остается регионом с высокой долей социальных расходов в общем числе расходов (при низких среднедушевых уровнях), что означает низкие инвестиции бюджета по статье «национальная экономика». Это вкупе с остальными факторами тормозит развитие экономики региона и может усугубить его отставание, продолжая замедлять ход модернизации. Положение экономики определяет возможности социальной сферы, поэтому ее развитие также оказывается под угрозой рецессии.
Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки	Несоответствие целевых индикаторов принципам программно-целевого подхода делает невозможным их корректную оценку, а значит, не дает представления о реальной эффективности той или иной программы.
Принятие неинформированных программных решений	Отсутствие информации о реальной эффективности программы лишит почвы дальнейшие решения

РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ

Если по большинству регионов для понимания положения инвалидов и перспектив региональной политики в отношении инвалидов необходимо обратиться к состоянию социальной сферы в целом, и далее – к состоянию региональной экономики, то по Республике Ингушетия цепочка факторов еще длиннее. Огромное значение имеют межрегиональные и внутренние конфликты на Северном Кавказе, которые определяют фокус политического внимания и условия жизни населения.

Республика Ингушетия расположена на небольшой территории, в ней проживает менее полумиллиона человек. Республика с момента возникновения (в 1992 году) завершает рейтинги российских регионов по социально-экономическому развитию. Регион практически моноэтничен, в нем быстрыми темпами завершается демографический переход (прежде всего, снижается рождаемость – к 2014 году по данным официальной статистики она дошла до уровня простого воспроизводства населения). Ингуши и чеченцы (вайнахская народность) относятся к депортированным народам: в 1944 году абсолютно все местное население было принудительно переселено, преимущественно в Казахскую и Киргизскую ССР. Часть территории региона была поделена между Грузией и Осетией, часть вошла в состав Ставропольского края. Начиная с 1957 года семьи стали переезжать на прежние места жительства, что породило земельные конфликты с новыми жителями. Они не разрешены до

сих пор, и вызывают многочисленные негативные социальные последствия. Кроме того, сказалось нарушение семейных связей и традиционного образа жизни в ходе принудительного переселения. К числу острых социальных проблем сегодняшнего дня относится земельный конфликт с Осетией, неурегулированность прав собственности в целом, большое число беженцев и вынужденных переселенцев из соседних регионов (из Осетии и Чечни, прежде всего), высокие уровни безработицы (занятости в натуральном хозяйстве) и бедности населения, местные вооруженные конфликты. Под последними имеются в виду конфликты между «силовиками» и гражданским населением, религиозные расколы. Непокойная обстановка внутри исламского сообщества, противостояние сторонников разных традиций порождает многочисленные конфликты на религиозной почве (в Дагестане, Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкессии – по результатам исследований¹¹). Вместе с тем, их острота в Ингушетии снизилась в последние годы, статистика показывает тенденцию к стабилизации региона, от года к году число жертв вооруженных конфликтов снижается.

До образования Республики Ингушетия ее территории входили в Чечено-Ингушскую ССР, и, будучи менее урбанизированными по сравнению с чеченской территорией, имели значительно менее развитую социальную инфраструктуру. С 1990-х годов системы здравоохранения, образования и социальной защиты создавались здесь практически с нуля. До сих пор отмечается острая нехватка врачей, учителей и помещений (например, дети массово учатся в три смены). Качество социальных услуг все еще значительно отстает от среднероссийского уровня, в частности, большой проблемой является высокий уровень коррупции.

Таблица 4.8 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Республике Ингушетия

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Молодое население, все еще высокая рождаемость 2 Высокая плотность населения, его концентрация вокруг небольшой по площади территории 3 Традиционно тесные межсемейные связи 4 Высокая мобильность населения <i>Экономический домен</i>	1 Стабилизация региона 2 Использование преимуществ поддержки федерального центра 3 Развитие агробизнеса, фермерства 4 Реализация туристического, рекреационного потенциала

¹¹ Доклад Института Гайдара от 14.12.2014. Режим доступа: <http://polit.ru/article/2014/01/14/caucasus/>

5 Территория региона несет в себе большой потенциал для туристического и агро-бизнеса 6 Большой сектор частных домов, личного подсобного хозяйства <i>Нормативный правовой домен</i> 7 По сравнению с другими регионами больше внимания потребностям инвалидов уделено в государственных программах по занятости и образованию	
<i>Демографический домен</i> 1 Крайне недостоверный учет населения 2 Отсутствие реальных данных о численности инвалидов 3 Быстрое завершение демографического перехода <i>Экономический домен</i> 4 Неразвитая дотационная экономика 5 Большой вес теневой сферы, в том числе в распределении поддержки уязвимых групп населения 6 Высокий уровень безработицы, бедности 7 Низкий уровень человеческого капитала 8 В фокусе внимания острые социальные проблемы 9 Низкая доступность медицинских услуг 10 Неурегулированность прав собственности на землю <i>Нормативный правовой домен</i> 11 Формальное законодательство, несоблюдение правовых норм <i>Домен негосударственного сектора</i> 12 Слабость общественного сектора на уровне региона	<i>Демографический домен</i> 1 Резкое изменение структуры населения в среднесрочной перспективе 2 Радикализация молодежи, проблемы с ИГИЛ <i>Экономический домен</i> 3 Дальнейшее сокращение расходов на национальную экономику 4 Сохранение остроты текущих социальных проблем 5 Нарастание проблемы низкой доступности медицинских услуг <i>Нормативный правовой домен</i> 6 Консервация неправого поля
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.9 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Республике Ингушетия

Наименование	Пояснение
Молодое население, все еще высокая рождаемость	Не до конца завершившийся демографический переход дает значимый естественный прирост населения, благоприятную возрастную структуру.
Высокая плотность населения, его концентрация вокруг небольшой по площади территории	На небольшой территории региона почти все население концентрируется на равнинной части вокруг нескольких крупных сельских населенных пунктов. Компактность проживания дает массу преимуществ – полную газификацию, хорошую сеть автодорог и транспортную доступность.
Традиционно тесные межсемейные связи	До сих пор во многом традиционный образ жизни и сельский уклад означают тесную межсемейную поддержку. Это означает, что лица с инвалидностью редко сталкиваются с проблемой одинокого существования и отсутствия помощи. Слабые позиции государственной поддержки компенсируются силой родственных связей.
Высокая мобильность населения	Население достаточно мобильно, практикуется работа в соседних республиках, используются разнообразные адаптационные стратегии к рыночной экономике.
Территория региона несет в себе большой потенциал для туристического и агро-бизнеса	Нетронутая природа, горы, сохранность народных промыслов, большое число исторических памятников (средневековые башенные комплексы) – все это несет в себе большой туристический потенциал. Регион относится к черноземным, в нем уже сейчас развивается фермерство, которое в хороших институциональных условиях могло бы дать толчок развитию экономики всего региона.
Большой сектор частных домов, личного подсобного хозяйства	Население Ингушетии проживает преимущественно в очень крупных равнинных селах. Для половины личных подсобных хозяйств производимая продукция является источником доходов.
По сравнению с другими регионами больше внимания потребностям инвалидов уделено в государственных программах по занятости и образованию	В программе по занятости фигурируют многие потребности инвалидов – создание банка рабочих мест для занятости инвалидов в соответствии с индивидуальными программами реабилитации; расширение доступа к государственным профориентационным услугам; обучение безработных инвалидов с учетом рекомендаций органов МСЭ и так далее. Вопросы образования детей-инвалидов нашли отражения в нескольких подпрограммах, в том числе отдельная подпрограмма полностью посвящена развитию образования для целевой группы.
Крайне недостоверный учет населения	Недостоверной признается статистика как естественного движения населения (недоучет младенческой смертности, недоучет смертности в пожилых возрастах), так и сплошных наблюдений (низкое качество проведения переписей населения).
Отсутствие реальных данных о численности инвалидов	Неадекватно высокие (и ухудшающиеся) показатели инвалидизации детского и взрослого населения имеют прямое отношение к получению социальной поддержки за счет приобретения статуса инвалида, но скрывают за собой масштабы и проблемы реальных лиц с инвалидностью. По экспертным оценкам действительный уровень инвалидизации населения должен быть значимо ниже официального, но выше среднероссийского.

Быстрое завершение демографического перехода	Ингушетия переживает быстрое завершение демографического перехода и распад традиционного образа жизни. Такие периоды в развитии общества не проходят гладко. Кроме того, в среднесрочной перспективе резкое снижение числа родившихся приведет к типичной проблеме демографической волны и изменения структуры общества.
Неразвитая дотационная экономика	Доходы Ингушетии на 85% состоят из помощи федерального центра. Помимо прочего, это означает отсутствие собственной доходной базы для развития социальной сферы
Большой вес теневой сферы, в том числе в распределении поддержки уязвимых групп населения	Значительная часть экономики и социальной сферы региона находится вне правового поля. Большие объемы социальных пособий распределяются по непрозрачным схемам, что, вероятнее всего, приводит к их концентрации в группах населения, не относящихся к уязвимым.
Высокий уровень безработицы, бедности	Уровень экономической активности в регионе один из самых низких по стране, особенно низок он среди молодежи. Это создает большие риски для ее радикализации. Душевые доходы в регионе очень низкие, большая доля жилья находится в ветхом состоянии.
Низкий уровень человеческого капитала	Нехватка учреждений профессионального образования решается субсидированием обучения молодежи за пределами региона, однако это не решает проблемы массового получения образования.
В фокусе внимания острые социальные проблемы	Проблемы инвалидов не относятся к числу первоочередных задач региона. Несмотря на то, что Ингушетия участвует в федеральных программах, и в новых населенных пунктах (Магас) точечно присутствуют элементы безбарьерной среды, реально говорить о начале реализации прав инвалидов нельзя.
Низкая доступность медицинских услуг	Низкая доступность медицинских услуг прямо сказывается на уровне младенческой смертности и инвалидизации детского населения.
Неурегулированность прав собственности на землю	Отсутствие решения по вопросу о земельной собственности приводит к ряду негативных экономических последствий, в том числе к непредоставлению гарантий для инвесторов и непривлекательности региона для инвестиций. При этом равнинная территория республики крайне мала, и уже перенаселена.
Слабость общественного сектора на уровне региона	Общественные организации преимущественно сосредоточены на вопросах, не связанных с инвалидностью (есть несколько молодежных организаций). Помимо прочего, о слабости этого сектора говорит и отсутствие аналитических независимых публикаций по неадекватно высокой инвалидизации населения в республике.
Стабилизация региона	Идущая в настоящий момент постепенная стабилизация политической и социально-экономической обстановки в регионе является и возможностью, и необходимым условием его дальнейшего развития.
Использование преимуществ поддержки федерального центра	Более эффективное расходование средств поддержки федерального центра.
Развитие агробизнеса, фермерства	В регионе уже присутствует большое число фермерских и личных подсобных хозяйств, сельхозорганизаций. Развитие агробизнеса будет возможно при налаживании переработки продукции и сетей для ее сбыта.
Туристический, рекреационный потенциал	Помимо позитивного влияния на экономику региона, развитие туризма, как правило, привлекает большое внимание к состоянию городской среды как таковой и вследствие этого – к адаптации среды к потребностям лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Резкое изменение структуры населения в среднесрочной перспективе	Последствиями завершения демографического перехода в рождаемости станет быстрое изменение соотношения населения молодых, трудоспособных и старших возрастов. С одной стороны, это ослабит напряженность на рынке труда, с другой – усугубит нагрузку на социальные системы.
Радикализация молодежи, проблемы с ИГИЛ	В настоящий момент реальной угрозой для этого и соседних регионов является расширение сферы влияния Исламского государства (организация запрещена в России как террористическая).
Дальнейшее сокращение расходов на национальную экономику	В 2015 году отмечается сокращение расходов региона по статье «национальная экономика», что означает дальнейшее торможение ее развития, и ухудшение перспектив развития социальной сферы.
Сохранение остроты текущих социальных проблем	Пока не будут решены первоочередные социальные проблемы, задачи поддержки уязвимых групп населения (в том числе инвалидов) не войдут в зону внимания региональных властей.
Наращение проблемы низкой доступности медицинских услуг	Завершение демографического перехода обостряет потребности населения в качественных медицинских услугах. Рождаемость уже на уровне простого воспроизводства не может соседствовать с высокой младенческой и детской смертностью.
Консервация неправого поля	Риски обострения вооруженных конфликтов препятствуют проведению институциональных реформ, ослабляют позиции региональных властей. Все это создает риски консервации неправого поля и полиюридизма в регионе.

В целом, в отношении региональной политики по обеспечению прав инвалидов в Республике Ингушетия следует признать, что она носит второстепенный характер. Положение инвалидов здесь, как и всего населения, зависит от успешности решения первоочередных социально-экономических задач.

ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ

Хабаровский край относится к многочисленной группе регионов, которые по российским меркам можно назвать среднеразвитыми. Это относительно освоенный и индустриально развитый регион Дальнего Востока. Его экономика достаточно успешно адаптировалась к пост-советской реальности. После сильного спада промышленного производства и ослабления экономических связей с другими федеральными округами, она вышла на новый виток развития, связанный преимущественно с экспортом и военно-промышленным комплексом. В отличие от других регионов ДФО миграционный отток населения здесь не был катастрофическим, обезлюдели только северные районы. В крупных городах региона низкий уровень бедности и безработицы, однако на периферии ситуация гораздо сложнее – внутрирегиональное неравенство доходов населения остается довольно высоким.

Несмотря на то, что уровень инвалидизации населения в Хабаровском крае ниже среднероссийского, регион отличается высокой заболеваемостью населения и низкой

продолжительностью жизни. За пределами столицы региона отмечаются традиционные проблемы доступности и низкого качества медицинских услуг. Они усугубляются тяжелыми природно-климатическими условиями жизни населения.

Таблица 4.10 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Хабаровском крае

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Доля пожилого населения ниже среднего 2 Невысокий уровень взрослой инвалидности <i>Экономический домен</i> 3 Достаточно успешная адаптация экономики региона к постсоветским условиям 4 Федеральная помощь по геополитическим интересам <i>Нормативный правовой домен</i> 5 Отдельное внимание уделяется инвалидам, представителям коренных народов севера <i>Домен негосударственного сектора</i> 6 Относительно активный общественный сектор	1 Развитие сервисной экономики на существующей базе крупных городов региона 2 Расширение преимуществ приморского транзитного положения 3 Расширение преимуществ концентрации человеческого капитала 4 Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН 5 Более полный учет специфических особенностей региона.
<i>Демографический домен</i> 1 Высокая детская инвалидность 2 Молодая взрослая инвалидность 3 Неравномерность освоения территории <i>Экономический домен</i> 4 Кризисный спад промышленности 5 Рост дефицита бюджета 6 Высокая стоимость жизни <i>Нормативный правовой домен</i> 7 Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления 8 Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	<i>Демографический домен</i> 1 Усиление отставания по показателям здоровья населения <i>Экономический домен</i> 2 Рецессия экономики региона <i>Нормативный правовой домен</i> 3 Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки 4 Принятие неинформированных программных решений
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.11 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Хабаровском крае

Наименование	Пояснение
Доля пожилого населения ниже среднего	В возрастной структуре населения относительно высока доля трудоспособных возрастов, нагрузка пожилыми ниже среднего
Невысокий уровень взрослой инвалидности	В связи с высоким уровнем заболеваемости, низкой доступностью медицины за пределами столицы региона и концентрацией в крае исправительных учреждений можно было бы ожидать высокого уровня взрослой инвалидности, однако этого не наблюдается.
Достаточно успешная адаптация экономики региона к постсоветским условиям	Среди субъектов ДФО Хабаровский край демонстрирует хорошие показатели экономического развития.
Федеральная помощь по геополитическим интересам	Будучи субъектом ДФО, регион находится в зоне геополитического внимания федерального центра, что означает возможности для привлечения инвестиций в экономику и социальную сферу.
Отдельное внимание уделяется инвалидам, представителям коренных народов севера	Во многих специализированных программах ХК инвалидам уделяется особое внимание, в частности, в программах, посвященных поддержке малочисленных народов севера.
Относительно активный общественный сектор	Контекстный анализ показал, что среди пилотных регионов Хабаровский край отличает прохождение муниципальных общественных обсуждений инициатив в отношении инвалидов.
Высокая детская инвалидность	В регионе выше среднероссийской младенческая смертность и детская инвалидность. Почти по всем возрастным группам детей Хабаровский край демонстрирует одни из худших по стране показателей.
Молодая взрослая инвалидность	Интенсивность инвалидности в Хабаровском крае невысока, но возраст наступления инвалидности молодой. Кроме прочего, это означает большие потери от незанятости трудоспособных инвалидов.
Неравномерность освоения территории	Южная часть региона освоена значительно лучше северной, которая постепенно обезлюдивает. Неравномерность расселения сказывается и на неравном социально-экономическом положении районов, доступе к медицинским услугам.
Кризисный спад промышленности	Большая доля промышленности в экономике региона делает ее уязвимой в условиях текущего экономического кризиса. Доходы бюджета Хабаровского края уже начали падать.
Рост дефицита бюджета	Регион относится к числу бюджетно-дефицитных, с высокой долей дорогих кредитов коммерческих банков. В частности, сложное положение уже выразилось в снижении реальных расходов на осуществление ежемесячной денежной выплаты инвалидам.
Высокая стоимость жизни	Регион находится в тяжелых климатических условиях, что означает высокую стоимость жизни для сектора домашних хозяйств и высокие издержки для осуществления строительства и содержания инфраструктурных объектов.

Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	Нечеткая постановка целей и задач, не всегда правильный выбор целевых индикаторов, закрытость мониторинга реализации от общественности и так далее.
Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	Оценка эффективности программ не соответствует программно-целевому подходу (см. подробнее ниже).
Развитие сервисной экономики на существующей базе крупных городов региона	Располагая крупной и развитой столицей, край должен наращивать сервисную составляющую экономики. Она способна задействовать трудовой потенциал инвалидов, тогда как промышленные и сырьевые предприятия имеют для этого меньше возможностей.
Расширение преимуществ приморского транзитного положения	Привлечение инвестиций в портовую зону расширит возможности инфраструктурных проектов крупных городов.
Расширение преимуществ концентрации человеческого капитала	Хабаровск выступает крупнейшим образовательным центром ДФО, что дает ему преимущества по уровню человеческого капитала, в том числе по специалистам технических профессий. На этой базе возможно продвигать регион для участия в федеральных программах по развитию центров инноваций, которые также, как правило, сопровождаются инфраструктурными инвестициями.
Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН	Анализ региональных программ Хабаровского края выявил многочисленные несоответствия принципам Конвенции ООН о правах инвалидов. Необходимо, чтобы в дальнейшем они учитывались более полно.
Более полный учет в программах специфических особенностей региона	В проектах региональных программ должны быть полнее представлены сильные и слабые стороны региона, это позволит точнее определять задачи программ и проводить их реализацию успешнее.
Усиление отставания по показателям здоровья населения	Помимо общих для всех регионов целей в системе здравоохранения, для дальнего востока характерны свои собственные задачи (борьба с повышенным уровнем туберкулеза, в частности), замедление решения которых грозит усугублением отставания и рисками нарастания инвалидизации населения.
Рецессия экономики региона	И без того невысокая доля расходов бюджета по статье «национальная экономика» может сократиться под воздействием снижения его доходной части, усугубив тяжелое экономическое положение края.
Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки	Несоответствие целевых индикаторов принципам программно-целевого подхода делает невозможным их корректную оценку, а значит, не дает представления о реальной эффективности той или иной программы.

Принятие неинформированных программных решений	Отсутствие информации о реальной эффективности программы лишит почвы дальнейшие решения
---	--

САРАТОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Саратовская область отличается высокой долей сельского хозяйства в валовом региональном продукте, ее экономику можно отнести к среднеразвитым и достаточно диверсифицированным. Регион имеет высокую долю социальных расходов в расходах бюджета, что не позволяет нарастить затраты по статье «национальная экономика». Область в 2014 году была третьей после Дагестана и Свердловской области по доле социальных расходов в консолидированных бюджетах. Оптимизация социальной части затруднена низким уровнем благосостояния сектора домашних хозяйств. Доходы населения в Саратовской области меньше, чем в других регионах со схожим уровнем развития. Регион слабо использует агломерационные преимущества, за последние 20 лет его экономика стала даже более сельской, чем была. Вместе с тем, на имеющихся плодородных землях активно развивается крупное фермерство, в частности, налажена связь между фермерами и перерабатывающими производствами.

Таблица 4.12 – SWOT-анализ политики в отношении инвалидов в Саратовской области

Strengths (сильные стороны)	Opportunities (возможности)
<i>Демографический домен</i> 1 Продолжительность жизни выше средней, низкая заболеваемость, низкая инвалидность 2 Есть преимущества для миграционного притока населения <i>Экономический домен</i> 3 Развитое фермерство 4 Высокий уровень культуры, образования 5 Меньше неравенство между городом и селом, чем в среднем <i>Нормативный правовой домен</i> 6 Наиболее полное среди регионов освещение реализации программы «Доступная среда» <i>Домен негосударственного сектора</i> 7 Большое число аналитических работ по положению инвалидов в Саратовской области	1 Оптимизация социальных расходов 2 Использование богатого аналитического материала по данному региону при разработке и реализации политики в отношении инвалидов 3 Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН 4 Более полный учет специфических особенностей региона
<i>Демографический домен</i> 1 Высокая нагрузка пожилыми на	<i>Демографический домен</i> 1 Увеличение численности маломобильных

трудоспособное население <i>Экономический домен</i> 2 Медленное развитие сервисной экономики 3 Высокий долг региона 4 Очень низкая доля расходов на национальную экономику <i>Нормативный правовой домен</i> 5 Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления 6 Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	групп населения <i>Экономический домен</i> 2 Усугубление экономической рецессии <i>Нормативный правовой домен</i> 3 Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки 4 Принятие неинформированных программных решений
Weaknesses (слабые стороны)	Threats (угрозы)

Таблица 4.13 – Пояснения к SWOT-анализу политики в отношении инвалидов в Саратовской области

Наименование	Пояснение
Продолжительность жизни выше средней, низкая заболеваемость, низкая инвалидность	Считается, что население региона отличается более здоровым по сравнению со средним по стране образом жизни, в частности, меньшей интенсивностью употребления алкоголя.
Есть преимущества для миграционного притока населения	Не будучи крупным центром притяжения мигрантов, Саратовская область все же является привлекательной для них за счет благоприятного климата, крупной агломерации из двух городов, пограничным положением с Казахстаном (для мигрантов из него), сильным аграрным сектором.
Развитое фермерство	Регион смог реализовать свои преимущества как черноземной зоны.
Высокий уровень культуры, образования	Саратов был одним из центров притяжения интеллигенции, прежде всего, гуманитарной, что сохраняет его высокие позиции по уровню человеческого капитала населения.
Меньше неравенство между городом и селом, чем в среднем	Относительно высокий уровень развития сельской местности сказывается в том, что разница в качестве жизни по типам населенных пунктов в Саратовской области меньше, чем в целом по стране.
Наиболее полное среди регионов освещение реализации программы «Доступная среда»	Саратовскую область отличает более активное освещение темы инвалидности в средствах массовой информации, нередко она фигурирует в рейтингах доступности в числе лучших регионов. На официальном портале можно посмотреть мониторинги реализации программы, в том числе по отдельным направлениям.

Большое число аналитических работ по положению инвалидов в Саратовской области	Благодаря тому, что в Саратове (был) расположен АНО Центр социальной политики и гендерных исследований, такие крупные российские эксперты по вопросам инвалидности как Е.Р. Ярская-Смирнова и П.В. Романов, использовали его в качестве пилотного региона для своих исследований, работ коллег и исследований студентов (Саратовского государственного технического университета). Фактически Саратовская область является самым исследованным (в том числе социологическими способами) регионом России в отношении положения инвалидов.
Высокая нагрузка пожилыми на трудоспособное население	Среди пилотных регионов Саратовская область отличается наиболее старой возрастной структурой населения, абсолютная численность маломобильного населения возрастает.
Медленное развитие сервисной экономики	Столичная агломерация по-прежнему имеет промышленный профиль, третичный сектор экономики развит слабо.
Высокий долг региона	Саратовская область относится к числу регионов с максимальной долговой нагрузкой на бюджет (89%)
Очень низкая доля расходов на национальную экономику	Неэффективная структура расходов бюджета области выражается в очень высокой доли социальных расходов (при этом душевые объемы социальной помощи остаются низкими) и малой доле средств, затрачиваемых на экономическое развитие региона.
Неполное соответствие региональных программ принципам программно-целевого управления	Нечеткая постановка целей и задач, не всегда правильный выбор целевых индикаторов, закрытость мониторинга реализации от общественности и так далее.
Некорректная практика оценки эффективности реализации программ	Оценка эффективности программ не соответствует программно-целевому подходу (см. подробнее ниже).
Оптимизация социальных расходов	Для выведения региона из преддефолтного состояния требуется сокращать и оптимизировать социальные расходы бюджета, снижать занятость в бюджетном секторе.
Использование богатого аналитического материала по данному региону при разработке и реализации политики в отношении инвалидов	Ни один другой регион России, включая столицы, не обладает столь обширной исследовательской и социологической базой по инвалидности населения и положению инвалидов, включая рекомендации к проведению политики, мониторинги ее реализации. Использование этой базы и консультации с местным академическим сообществом должны быть в основе проектирования мер региональной политики.
Дальнейшее развитие региональных программ в сторону принципов Конвенции ООН	Анализ региональных программ Саратовской области выявил многочисленные несоответствия принципам Конвенции ООН о правах инвалидов. Необходимо, чтобы в дальнейшем они учитывались более полно.
Более полный учет в программах специфических особенностей региона	В проектах региональных программ должны быть полнее представлены сильные и слабые стороны региона, это позволит точнее определять задачи программ и проводить их реализацию успешнее.

Увеличение численности маломобильных групп населения	Актуальность задачи построения сплошной, а не точечной доступной среды будет только нарастать.
Усугубление экономической рецессии	В условиях снижения возможностей получения поддержки из федерального центра возможно накопление долга региона, урезание его инвестиционных расходов и дальнейшее замедление экономического развития.
Непонимание реальной эффективности программ вследствие их некорректной оценки	Несоответствие целевых индикаторов принципам программно-целевого подхода делает невозможным их корректную оценку, а значит, не дает представления о реальной эффективности той или иной программы.
Принятие неинформированных программных решений	Отсутствие информации о реальной эффективности программы лишит почвы дальнейшие решения

Возможности (О) и рекомендации к программам

Проведенный SWOT-анализ региональных политик в отношении инвалидов выявил несколько общих закономерностей. Несмотря на все выявленные контекстуальные различия, проблемы и задачи у всех регионов весьма похожи друг на друга. Почти каждую слабую сторону (W) и угрозу (T) можно написать применительно ко всем пилотным регионам.

Прежде всего, стоит сказать, что региональные программы в отношении инвалидов должны полнее учитывать специфические особенности каждого региона. В настоящий момент все они являются кальками с федеральной программы и оперируют общими цифрами, а зачастую и шаблонными фразами. Не учитываются ни интенсивность инвалидизации и ее структура, ни экономические и социальные особенности региона. Уровень освоенности территории, плотность расселения и масштабы городской среды непосредственным образом влияют на объем затрат, необходимых для реализации безбарьерной среды. Тем не менее, эти аспекты в региональных программах не освещаются вовсе. Даже если сравнивать политику в отношении инвалидов в Тюменской области и в Республике Ингушетия – которые находятся на противоположных крайних позициях в рейтинге социально-экономического развития регионов России, и в которых крайне разный образ жизни людей – можно найти не так много отличий. Кроме того, в региональных программах очень слабо раскрываются уже реализованные мероприятия, связь с ними отсутствует или недостаточно сильна.

Первым направлением возможностей (рекомендаций) для региональной политики каждого из пилотных регионов является более полное использование принципов программно-целевого подхода. Его внедрение на федеральном уровне происходит не первый год и по-прежнему далеко от успешного завершения, однако постепенно подход к реализации программ меняется. Внимание всех региональных программ традиционно сосредоточено на фактическом составе мер и действий по реализации программы, а не на достигаемом при их помощи эффекте. Вместе с тем заявленное измерение эффекта программы некорректно. В чем это выражается?

Задачи программы и, тем более, оценка их результатов должны иметь своим фокусом население – в данном случае, лиц с инвалидностью, – а не какие бы то ни было объекты (здания, дороги и т.п.). Эффективность адаптации того или иного объекта под нужды инвалидов может быть оценена только в контексте масштабов и структуры использования этого объекта непосредственно инвалидами (действующей и потенциальной после его адаптации). В качестве примера возьмем паспорт программы Обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения» (Доступная среда, она действует в рамках программы "Основные направления развития отрасли "Социальная политика" до 2020 года) по Тюменской области. В нем указывается, что в 2014 году в рамках подпрограммы "Доступная среда" предусмотрено истратить 1 757, 81 тыс. руб. на создание условий для беспрепятственного доступа людей с ограниченными возможностями к объекту "ГАУК ТО "ДК "Нефтяник" им. В.И. Муравленко в г. Тюмень. Подобная традиционная постановка цели не дает ответа на такие вопросы, как:

- в какой мере данный объект будет доступен и каким группам инвалидов? (лицам с ограничениями в передвижении объект будет доступен полностью или только в пределах входной группы? Будет ли проведена адаптация объекта для нужд лиц с ограничениями зрения и слуха?)
- какова примерная посещаемость данного объекта лицами с инвалидностью? Какова расчетная посещаемость объекта лицами с инвалидностью после его реконструкции? Каков спектр потребностей, удовлетворяемых данным объектом?
- Это уникальный для города объект или один из многих? В чем преимущество его адаптации перед другими объектами с точки зрения потребностей инвалидов?

Другими словами, постановка цели в отношении объекта должна иметь примерно следующую формулировку: «В 2014 году в рамках подпрограммы "Доступная среда" предусмотрено истратить 1 757,81 тыс. руб. на обеспечение доступа к объекту культуры "ГАУК ТО "ДК "Нефтяник", крупнейшему в городе культурному центру. Прогнозируется 300% рост потребления услуг в области культуры лицами с ограничениями в передвижении, зрении и слухе из г. Тюмени и ближайших населенных пунктов».

Во-вторых, все задачи, аналогичные такой как «увеличить долю доступных для инвалидов и других МГН приоритетных объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры в общем количестве приоритетных объектов до 60%» также должны быть переформулированы с тем, чтобы ставить своим объектом население. Проблема формулировки задач не должна недооцениваться, так как подобная размытая их постановка создает предпосылки для расценивания реализации программы как успешной, даже если она таковой не является. Наконец, перемещение непосредственно населения в центр целеполагания делает текст любой программы понятнее для общественности и дает возможности легкого и корректного информирования о ней. Верный оттенок политической риторики сам по себе выступает важной мерой по преодолению социальной инклюзии инвалидов.

В качестве еще одного примера возьмем глобальную задачу предоставления инвалидам доступа к рынку труда. В региональных программах она прописывается преимущественно через переоборудование рабочих мест под нужды инвалидов. Вместе с тем, это переоборудование не может помочь совмещению родителями, воспитывающими детей-инвалидов, обязанностей по воспитанию детей с трудовой занятостью; не может снять проблемы дискриминации инвалидов при трудоустройстве (в частности, трудоустройстве на условиях дистанционной занятости); не расширяет возможности дистанционной занятости; не решает проблему недостаточного информирования инвалидов об имеющихся возможностях и так далее. Кроме того, региональные программы не раскрывают категории инвалидов, для которых производится переобустройство мест, не учитывают структуру спроса на эти рабочие места. Наконец, в подпрограммах, касающихся развития занятости инвалидов, необходимо было бы кратко прописывать структуру местного рынка труда с тем, чтобы оценивать число тех предприятий (имеющих более 100 работников), которые подпадают под действие квот для инвалидов, и обобщенный профиль этих предприятий. Таким образом, до тех пор, пока в целевых индикаторах программ

фигурирует число переоборудованных рабочих мест вместо уровня занятости инвалидов реальная задача не получает комплексного решения.

Программно-целевой подход предполагает многоуровневое измерение эффективности программы. На первом уровне может быть измерен непосредственный эффект от реализации отдельных мер, связанный, как правило, с изменением возможностей конкретных групп населения в доступе к каким-либо продуктам или услугам, повышении их навыков, компетенций, информированности. Эти изменения в свою очередь влекут за собой результаты второго уровня: институциональные или общие поведенческие сдвиги, возникновение которых необходимо для достижения конечной цели программы (в данной случае – социальной инклюзии инвалидов, обеспечения им равных с другими прав и свобод).

Наконец, следует отметить, что внешний экспертный аудит и SWOT-анализ проводимых в регионе политик в отношении инвалидов затруднен закрытостью данных о ходе реализации региональных программ. Фактически проводить подобный анализ могут только внутренние кадры (например, департаменты социального развития), так как лишь у них содержатся необходимые сведения о достижении тех или иных индикаторов программ. Информация, находящаяся в свободном доступе, разрознена и недостаточна. Вместе с тем, внутренним работникам не хватает компетенций для такого анализа – в частности, они не заинтересованы в сравнительном межрегиональном анализе. Кроме того, отчеты о реализации программ практически в 100% случаев оперируют общими абсолютными числами. Это не дает представления ни об охвате целевой группы программными мерами, ни о распределении охвата по территории региона и типу населения. Например, оборудование одно и того же числа учреждений (5, 10, 50) в Волгограде и в Назрани это абсолютно разные по своему эффекту мероприятия. Только использование показателей удельного веса может дать представление об эффективности проводимых мер.

Другой крайностью, находящей свое место среди задач региональных программ, становятся чрезмерно размытые формулировки, не подкрепляемые расшифровками по конкретным действиям. К сожалению, практика таких формулировок восходит к федеральным нормативным документам. Пример можно привести из региональной программы по Доступной среде Республики Татарстан, в которой одна из задач звучит следующим образом: «Преодоление социальной разобщенности в обществе и формирование позитивного отношения к проблемам инвалидов и к проблеме обеспечения доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения в Республике Татарстан». При этом единственное подкрепляющее ее мероприятие - «проведение

просветительских кампаний». И здесь нельзя не отметить, что в нынешнем виде «просветительские кампании» нередко, наоборот, закрепляют сегрегацию и социальную исключенность инвалидов. Акцентируя внимание на необходимости вхождения особой группы населения в общество, они лишь подчеркивают ее «особость».

Еще одним из направлений возможностей, и соответственно, рекомендаций к региональным программам является более полный учет принципов Конвенции ООН о правах инвалидов. Наибольшее внимание потребностям людей с ограниченными возможностями уделено в программах по развитию «доступной среды» и социальной защиты населения. Однако не всегда приоритеты программ совпадают с приоритетами, обозначенными в Конвенции ООН, а также с теми потребностями, которые подчеркивают сами инвалиды. Например, не освещается такое важное направление, как повышение возможностей для самостоятельной жизни инвалида. Многие из аспектов, отраженных в Конвенции ООН, важные для реализации прав и обеспечения равной со всеми остальными гражданами жизни, вообще не учитываются в государственных программах (см. выше). В частности, предлагаемые мероприятия не разбиваются по направлениям и приоритетным группам: что окажется важнее для женщин-инвалидов? как учитываются интересы детей-инвалидов? а их родителей? пожилых инвалидов, проживающих в одиночестве? Программно-целевой подход предполагает разворачивание структуры нормативных документов вокруг преследуемых целей. Например, «повышение самостоятельности передвижений инвалидов» включает: организацию безбарьерной среды (начиная с подъезда, а не с конечной точки предполагаемого маршрута), повышение доступности современных технических средств, социальную рекламу и просвещение (населения в целом, работников учреждений) и так далее. Создание безбарьерной среды все еще имеет точечный характер. Основным фактором, из-за которого население не ощущает изменений в качестве городской среды, является необорудованность жилых зданий. Потребность в их оборудовании пандусами крайне велика, ведь любой путь до «социально значимого объекта» начинается с выхода из дома.

Достаточно слабо представлены в региональных программах меры по повышению осведомленности целевой группы о новых возможностях. По результатам опросов известно, что даже в отношении индивидуальных программ реабилитации сохраняется неполная информированность. Например, наряду с задачами по внедрению электронных карт доступности городских объектов должны присутствовать меры того, где и как будет размещаться информация о них. Очень важная тема – доступ к информации, в частности, о социальной поддержке. Гражданам требуется больше информации о правах, всех льготах и

возможностях государственной поддержки в сфере социального обслуживания, реабилитации, медицинской помощи и т.д. По мнению респондентов опросов ИнСАП РАНХиГС, необходимо наладить информирование во время прохождения МСЭ, а также открыть консультационные пункты (единый телефон), где можно уточнить всю информацию по всем направлениям поддержки, реабилитации, переосвидетельствования и так далее. Крайне мало мер направлено на формирование новых социальных норм в отношении инвалидов. На государственном уровне практически отсутствуют столь необходимые кампании, как продвижение позитивного образа инвалида – не разовые, но долгосрочные и непрерывные. Не проводится информационная работа с представителями работодателей и образовательных организаций профессионального уровня – которые должны помогать преодолению исключенности инвалидов из профессиональной сферы.

Заключение

Анализ опроса инвалидов и респондентов из домохозяйств с инвалидами выявил широкий круг неудовлетворенных потребностей, от социально-экономических до инфраструктурных. Не все из них находят и в принципе могут найти отражение в государственных федеральных и региональных программах. Однако и те направления действия программ в отношении инвалидов, которые реализуются в настоящее время, могут быть существенно доработаны. В целом, во всех регионах в той или иной степени предпринимается попытка формального соответствия требованиям федерального законодательства по учету интересов инвалидов (и соответственно – требованиям международных нормативных документов). Эта формальность приводит к появлению в текстах программ некоторого количества стандартных пунктов, не привязанных ни к конкретной ситуации в регионе, ни к реальным мероприятиям и бюджетным возможностям. Политика в отношении инвалидов продолжает оставаться декларативной, проводимые мероприятия не связаны между собой, оставаясь разовыми и зачастую оторванными от реальных потребностей инвалидов кампаниями. Выбор в пользу того или иного мероприятия совершается на основе того, насколько понятно и легко по нему отчитаться. При этом мониторинг отчетов о реализации строится абсолютно без учета принципов программно-целевого подхода. В фокусе отчетности остаются не люди и их группы, но некие неодушевленные объекты. Многие перечисленные выше недостатки региональной политики в отношении инвалидов объясняются недостатком опыта, фактически она началась с нуля несколько лет назад. И хотя многое уже сделано, учет этих и других экспертных рекомендаций будет способствовать ее более успешному развитию. Вместе с тем в настоящее время возникают новые риски. Бюджетная обеспеченность социальной поддержки инвалидов в последние 2 года ухудшилась, по многим статьям расходов наблюдается снижение реальных показателей. Это создает риски падения темпов развития безбарьерной среды и других инфраструктурных программ, равно как и снижения общего социально-экономического положения инвалидов и семей с инвалидами.