

**Инновационный Евразийский университет**

УДК 338:61 (574.25)

На правах рукописи

**КАЗИЗОВА ГУЛЬНАР СЕРИКБОЛАТОВНА**

**Совершенствование организационно-экономических механизмов  
социального обслуживания населения  
(на материалах Павлодарской области)**

6D050600 - Экономика

Диссертация на соискание ученой степени  
доктора философии (PhD)

Научные консультанты:  
доктор экономических наук,  
профессор Притворова Т.П.

PhD, Eugene Pierre Deess

Республика Казахстан  
Павлодар, 2013

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ</b> .....	3
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ</b> .....	4
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	7
<b>1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	12
1.1 Социальное обслуживание населения в современной системе социальной защиты .....	12
1.2 Организационно-экономические механизмы социального обслуживания населения Казахстана .....	21
1.3 Развитие услуги профессиональной реабилитации инвалидов в развитых странах .....	43
<b>2 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА МЕХАНИЗМА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	64
2.1 Анализ системы социального обслуживания в условиях полного стационара .....	64
2.2 Анализ социального обслуживания в отделениях социальной помощи на дому .....	77
2.3 Система предоставления услуг профессиональной реабилитации индивидам с ограниченной работоспособностью .....	93
<b>3 РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ</b> .....	105
3.1 Формирование системы профессиональной реабилитации работников с ограниченной работоспособностью .....	105
3.2 Совершенствование институционального обеспечения специальных социальных услуг населению при переходе к управлению по результатам..	116
3.3 Организационно-экономические механизмы имплементации Конвенции о правах инвалидов в Республике Казахстан .....	123
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	141
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	145
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	153

## **НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:  
ГОСО РК 5.04.034-2008 Послевузовское образование. Докторантура.

### **Основные положения**

ГОСТ РК 7.1-2003 Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления

ГОСТ РК 7.32-2001 Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления

ГОСТ РК 1457-2005 Социальное обслуживание инвалидов и престарелых в отделениях социальной помощи на дому, территориальных центрах социального обслуживания, государственных медико-социальных учреждениях и негосударственных медико-социальных организациях

СТ РК ГОСТ Р 52496-2008 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения

СТ РК ГОСТ Р 52498-2008 Социальное обслуживание населения.

### **Классификация учреждений**

СТ РК ГОСТ 5917-2009 Стандарт оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения

СТ РК ГОСТ 5566-2009 Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие определения и обозначения и сокращения:

Социальная дезадаптация	– нарушение взаимодействия личности с социальной средой;
Социальная депривация	– ограничение и (или) лишение возможности самостоятельного удовлетворения лицом (семьей) основных жизненных потребностей;
Специальные социальные услуги	– комплекс услуг, обеспечивающих лицу (семье), находящемуся в трудной жизненной ситуации, условия для преодоления возникших Социальных проблем и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества;
Трудная жизненная ситуация	– ситуация, признанная по предусмотренным настоящим Законом основаниям объективно нарушающей жизнедеятельность человека, которую он не может преодолеть самостоятельно;
Социальный работник	– работник, оказывающий специальные социальные услуги и (или) осуществляющий оценку и определение потребности в специальных социальных услугах, имеющий необходимую квалификацию, соответствующую установленным требованиям;
Социальная среда	– совокупность материальных, экономических, социальных, политических и духовных условий существования, формирования и деятельности лица (семьи);
Универсальный дизайн	– дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к использованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна;
Ассистивные технологии	– методы специальной социальной помощи или специальное оборудование-помощник, которые дополнительно прилагаются к социальному работнику при оказании специальных социальных услуг в сфере социального обслуживания;
Разумное приспособление	– внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод;

Сегрегация инвалидов	– политика принудительного отделения или изоляция какой-либо расы либо этнической группы путем поселения на ограниченной территории, преград для социального общения, отдельного обучения и воспитания, иных подобных мер. Сегрегация - особый вид дискриминации; запрещена международным правом;
Абилитация	– лечебные и/или социальные мероприятия по отношению к инвалидам или другим морально подорванным людям (осуждённым и проч.), направленные на адаптацию их к жизни;
Девиантное поведение	– система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам;
Территориальный центр социального обслуживания	– организация, предназначенная для дневного пребывания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с целью получения медико-социальных и реабилитационных услуг, проведения досуга;
Государственное медико-социальное учреждение	– государственное учреждение предназначенное для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, инвалидов из числа психоневрологических больных и детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании;
Негосударственная медико-социальная организация	– негосударственные организация, предназначенная для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании;
Социальная помощь на дому	– структурное подразделение юридических лиц, самостоятельное юридическое лицо или подразделение с подчинением местному исполнительному органу, предназначенное для оказания социальных услуг инвалидам и престарелым, нуждающимся в постороннем уходе и помощи;
Специализированное рабочее место инвалида	– рабочее место на производстве или дома, оборудованное специальным техническим оснащением, приспособлениями и устройствами для работы инвалида в зависимости от анатомических дефектов или нозологических форм заболевания и с учетом рекомендации медико-социальной экспертизы (МСЭ), профессиональных привычек и знаний инвалида;
Job coach	– тренер по трудоустройству инвалида, посредник между работодателем и соискателем-инвалидом, обладающий

	знаниями в области психологии, социологии, педагогики и социальной работы.
МСО	– медико-социальная организация;
МСУ	– медико-социальное учреждение;
ССУ	– специальные социальные услуги;
НПО	– неправительственная организация;
ЦПВ	– центр подготовки взрослых, реабилитационный центр;
ЦСО	– центр социального обслуживания;
УКЗиСП	– Управление координации занятости и социальных программ Павлодарской области;
ДИИП	– дом-интернат для инвалидов и престарелых;
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации инвалидов;
МРП	– минимальный расчетный показатель;
РГКП «ГЦВП»	– Республиканское государственное казенное предприятие «Государственный центр по выплате пенсий»;
РГКП «РНИИОТ»	– Республиканское государственное казенное предприятие «Республиканский научно-исследовательский институт по охране труда»;
РГКП «ИАЦ»	– Республиканское государственное казенное предприятие «Информационно-аналитический центр»;
АО «ГФСС»	– Акционерное общество «Государственный фонд социального страхования»;
АО «ГАК»	– Акционерное общество «Государственная аннуитетная компания»;
МОТ	– международная организация труда;
ОЭСР	– организация экономического сотрудничества и развития;
ОО «ЦЕНТР САТР»	– Общественное объединение «Центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии»;
МТиСЗН РК	– Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан;
МФ РК	– Министерство финансов Республики Казахстан.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В соответствии с Концепцией развития социального обеспечения населения Казахстана до 2020 года одним из важнейших его звеньев является создание системы специального социального обслуживания, обеспечивающей разнообразные формы поддержки целевых групп населения.

Во многих международных актах право граждан на специальное социальное обслуживание рассматривается, как неотъемлемый элемент современной социальной экономики в рамках социального равенства и справедливости. Трудовая реабилитация в рамках социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями является на сегодняшний день важнейшей частью для реализации их прав на интеграцию в общество. Инвалиды являются самой уязвимой категорией в системе социального обслуживания населения Казахстана.

Современная система социального обслуживания в Казахстане, согласно закону РК «О специальных социальных услугах» содержит обширный перечень оказываемых специальных социальных услуг, при этом многие услуги, в которых население нуждается, не оказываются или оказываются в незначительном объеме. Это касается услуг профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов, услуг сурдопереводчиков, услуг по уходу на дому и некоторых других. Развитие специального социального обслуживания в современных условиях требует создания новых инструментов, обеспечивающих адресность и эффективность предоставления социальных услуг, улучшающих качество жизни граждан.

Одновременно, с точки зрения экономики общественного сектора, необходимо стремиться к повышению эффективности государственных расходов. Ежегодно расходы на содержание сферы социального обслуживания населения увеличиваются, но качественных сдвигов в этом вопросе мало, в основном они касаются повышения традиционных норм социального обеспечения (норм питания), расширения штатного расписания в медико-социальных учреждениях.

В связи с этим необходимо внедрение в систему специального социального обслуживания модели управления и бюджетирования с ориентацией на результат. Она должна включать в себя комплекс разнообразных специальных услуг различным целевым группам населения, находящимся в зоне социального риска. Для повышения социально-экономической эффективности специальных социальных услуг необходимо создать модель социального обслуживания, ориентированную на результат, т.е. обеспечить не только профессиональную реабилитацию инвалида, но и его трудоустройство, используя и организационные и экономические механизмы.

Несмотря на совершенство нормативно-правовой базы социального обслуживания населения и рост объемов ресурсов общественного сектора, направляемых на эти нужды, система нуждается в формировании организационно-экономического механизма трудовой реабилитации работников с ограниченной работоспособностью, развитии нормативно-правовой базы и экономического механизма социального обслуживания на

дому. В связи с этим, тема предпринятого автором исследования является актуальной и нуждается в разработке на теоретическом и практическом уровне.

**Степень изученности и разработанности темы исследования.** Базовые основы системы социальной рыночной экономики сформировали такие выдающиеся экономисты как Людвиг Эрхард, Уильям Генри Беверидж, Альфред Мюллер-Армак, Вальтер Ойкен, Харальд Конрад и др. Значительное влияние на формирование современных институтов социальной защиты оказали Конвенция №102 МОТ 1952 года «О минимальных нормах социального обеспечения», а также Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией 52/82 Генеральной Ассамблеи ООН в 1997 году.

Вопросами социального обслуживания социально-уязвимых групп населения в современной науке целенаправленно занимаются Ш.Риделл, М.Флойд, М.Бродвин, Коут П., Карлссон М., Дж.Вайнер и др.

В странах СНГ вопросы социальной защиты и специальных социальных услуг для населения отражены труды таких ученых как Л.Овчарова, Р.Баркер, А.Шлихтер, Р.Корнюшина, С.Кавокин, Е.Холостова, Л.Храпылин, А.Федорец, М.Новиков, М.Марцинкевич, Д.Некипелов, С.Шишкин и другие.

Исследования социальной ориентации казахстанской экономики отражены в трудах У.Баймуратова, С.Жолдасбаева, М.Мельдахановой, Б.Татибекова, С.Берешева, А.Думбаева, Т.Притворовой, М.Джамбурбаевой и др.

Одновременно, вопросы социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями являются наименее разработанной частью системы социальной защиты. Актуальность вопроса и практические проблемы развития специальных социальных услуг в Казахстане определили выбор темы и предмет диссертационного исследования.

**Объектом исследования** является система социального обслуживания в Республике Казахстан и Павлодарской области в частности.

**Предметом исследования** являются организационные формы, институциональные и экономические механизмы социального обслуживания населения, преимущественно в форме услуг специального обслуживания на дому и услуг профессионально-трудовой реабилитации.

**Цель и задачи работы.** Целью диссертационной работы является исследование системы социального обслуживания населения Казахстана и разработка организационных и экономических механизмов предоставления специальных социальных услуг населению в условиях формирования модели управления с ориентацией на результат в общественном секторе Республики Казахстан.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

– исследовать направления и особенности развития социального обслуживания лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации в рамках системы социальной защиты современных государств;

– выявить приоритеты развития системы социального обслуживания населения в области профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями;

– провести анализ казахстанской модели социального обслуживания

населения, и выявить проблемы повышения эффективности системы социального специального обслуживания по формам услуг: стационар, полустационар, услуги на дому;

- разработать организационно-экономический механизм трудовой реабилитации инвалидов и рекомендации по развитию институционального обеспечения специальных социальных услуг в Казахстане;

- предложить организационные и экономические механизмы имплементации Конвенции ООН о правах инвалидов в Казахстане.

**Научная новизна темы диссертации** определяется тем, что в работе проведено исследование системы социального специального обслуживания и разработаны меры по совершенствованию ее организационно-экономических механизмов в Казахстане:

- выявлены организационные и экономические механизмы предоставления специальных социальных услуг профессиональной реабилитации лицам с ограниченными возможностями в развитых странах;

- проведена оценка системы социального обслуживания Казахстана и форм её услуг, в том числе на региональном уровне;

- разработан организационно-экономический механизм профессиональной реабилитации и трудоустройства работников с ограниченной работоспособностью;

- разработаны предложения по организационным механизмам обслуживания целевых групп на дому и развитию нормативно-правовой базы профессиональной реабилитации для инвалидов;

- выработаны рекомендации по организационным и экономическим механизмам имплементации Конвенции ООН о правах инвалидов в Республике Казахстан.

**Теоретическую и методологическую основу исследования** составили теории социального государства и социальной защиты населения, положения институциональной экономики, методологические основы функционирования систем социальной защиты населения и социального обслуживания, обобщенные международными организациями, в том числе ПРООН и МОТ.

Специфика выбранной темы исследования предопределила использование системного подхода, методов экономического анализа, структурного, сравнительного и динамического анализа статистических данных.

**Информационную базу** составили нормативно-правовые акты Республики Казахстан по вопросам социальной защиты населения и социального обслуживания, государственные стандарты РК по оказанию специальных социальных услуг, стратегические планы госорганов, отвечающих за оказание специальных социальных услуг в сфере социального обслуживания населения, а также международные рамочные Конвенции и рекомендации по социальной защите и социальному обслуживанию.

**Практическая значимость** рекомендаций по совершенствованию социального обслуживания населения Казахстана заключается в повышении уровня социальной интеграции лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации. Разработанные предложения дают возможность создать организационную структуру и экономический механизм для трудовой реабилитации инвалидов и улучшить организационные механизмы

деинституционализации специальных социальных услуг.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

- Организационно-экономические механизмы трудовой реабилитации в современной системе социального обслуживания;
- Оценка системы социального обслуживания с выявлением позитивных тенденций, слабых сторон, возможностей и ограничений;
- Организационно-экономический механизм профессиональной реабилитации и трудоустройства работников с ограниченной работоспособностью;
- Институциональное обеспечение для профессиональной реабилитации работников и предложения по развитию специальных социальных услуг на дому;
- Рекомендации по механизмам имплементации в Казахстане Конвенции о правах инвалидов.

**Связь с планом основных научных работ.** Диссертационная работа выполнена в рамках реализации двух научно-исследовательских проектов НИИ регионального развития:

1) Научно-исследовательская работа в рамках государственного заказа по бюджетной программе 055 «Научная и/или научно-техническая деятельность», подпрограмма 101 «Грантовое финансирование научных исследований» по приоритету: Интеллектуальный потенциал страны, тема «Результативность и эффективность расходов общественного сектора в социальной сфере Казахстана: оценка и механизмы обеспечения», 2012-2014 годы (стадия выполнения).

2) Проект Программы развития ООН в Республике Казахстан «Формирование и расчет стоимости условий для беспрепятственного доступа к приоритетным типовым объектам и услугам социальной инфраструктуры для инвалидов и других маломобильных групп населения в рамках деятельности по моделированию затрат конвенции о правах инвалидов», 2011 год (проект завершен).

**Апробация результатов исследования.** Основные результаты и предложения в диссертационном исследовании, доложены на следующих международных научно-практических конференциях: «Региональные социогуманитарные исследования. История и современность» (г. Пенза, 2011г.); «Проблемы и перспективы социально-экономического реформирования современного государства и общества» (Москва, 2011г.); «Глобализация: мифы и реальность» (г. Тюмень, 2011г.); «Проблемы современной экономики» (г. Новосибирск, 2011г.).

По ряду вопросов диссертационного исследования опубликованы статьи в экономических журналах, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК: «Вестник Карагандинского экономического университета: экономика, философия, педагогика, юриспруденция», «Вестник Инновационного Евразийского Университета», «Вестник регионального развития».

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 17 работ общим объемом 7,00 п.л., в том числе шесть статей в экономических журналах,

рекомендованных ККСОН МОН РК, 5 тезисов, докладов в сборниках Международных научно-практических конференций, проводимых в СНГ, шесть статей в журналах зарубежного издательства, в том числе четыре статьи в журналах дальнего зарубежья, одна статья в издании, состоящей в базе данных компании Scopus и две статьи в журналах ближнего зарубежья.

**Структура диссертации.** Работа состоит из нормативных ссылок, обозначений и сокращений, введения, трех глав, заключения, списка использованных источников, двух приложений на трех страницах. Работа изложена на 152 страницах с использованием 119 источников, 42 таблиц и 44 рисунков.

# 1 ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

## 1.1 Социальное обслуживание населения в современной системе социальной защиты

Республика Казахстан утверждает себя демократическим, светским, правовым и социальным государством, высшими ценностями которого является человек, его жизнь, права и свобода. Каждому гражданину республики гарантируется социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности, потери кормильца и по иным законным основаниям, кроме того, поощряются добровольное социальное страхование, создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность [1]. Развитие социальной политики в современных условиях требует создания новых инструментов ее реализации, основанных на оказании населению необходимого комплекса специальных социальных услуг. В соответствии с Концепцией развития социального обеспечения населения Казахстана, одним из важнейших звеньев этого механизма является создание системы социального обслуживания, обеспечивающей разнообразные формы социальной работы с различными категориями населения на территориальном уровне [2]. Она должна включать в себя комплекс разнообразных целевых услуг различным социальным группам, находящимся в зоне риска и нуждающимся с учетом новых социальных реалий в общественной поддержке, помимо той, которая предоставляется централизованно.

Система социальной защиты предполагает обеспечение минимальных жизненных стандартов для всех членов того или иного общества. Некоторые авторы ограничивают понятие социальной защиты исключительно социальной помощью государства в отношении социально слабых категорий общества, которые не могут самостоятельно обеспечить себя необходимыми для жизни условиями, и продолжают давать понятие не социальной защиты, а социального обеспечения [5].

Международная организация труда, членом которой является Казахстан, определяет систему социальной защиты как комплекс мер, включающий в себя:

- стимулирование стабильной, оплачиваемой трудовой деятельности;
- предотвращение и компенсацию части доходов в случае возникновения основных социальных рисков с помощью механизмов социального страхования;
- предоставление механизмов социальной помощи, предназначенной для уязвимых групп населения, не являющихся участниками системы социального страхования;
- доступ граждан к основным правам и услугам, таким как образование и медицинская помощь [3].

Благоприятные изменения в экономике в последние годы и предпринимаемые меры по обеспечению устойчивого роста позволяют перейти к созданию комплексной системы социальной защиты при наступлении

социальных рисков [2, с.10].

В существующей системе социальной защиты формально есть все элементы: социальное страхование, социальная помощь, социальное обслуживание, но в системе управления в качестве конечных результатов нередко используются промежуточные. Так, оценка деятельности государственных органов по предоставлению специальных социальных услуг осуществляется на основе промежуточных результатов: охват специальными социальными услугами, предоставление психологических, медицинских и других услуг социально-уязвимым группам, но практически никогда не оценивается удовлетворенность данных групп оказываемой услугой [5, с.87], не предоставляется право выбора услугодателя (например, территориальный центр или дом-интернат) и др.

По нашему мнению, система социальной защиты должна включать в себя не только социальные выплаты (страховые), социальные пособия, услуги, но и оценку конечных результатов социального обслуживания, стандарты предоставляемых социальных услуг как совокупность нормативов [6] и другие ныне отсутствующие конечные показатели деятельности государственных органов (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Основные и дополнительные элементы социальной защиты населения Республики Казахстан

Примечание – Составлено автором

Количественные показатели системы социальной защиты в значительной степени определяются уровнем экономического развития, а степень солидарности между лицами, участия государственных институтов и уровень

стимулирования находятся во взаимосвязи с выбранной социально-экономической моделью.

Смешанная система социальной защиты состоит из трёх уровней [2, с.12]:

- первый уровень гарантированной социальной защиты, так называемый базовый уровень – государственные пособия инвалидам, по возрасту, по потере кормильца, по потере трудоспособности и другие, предназначенные для обеспечения всех граждан гарантированными выплатами в случае наступления обстоятельств, подлежащих социальной защите;

- второй уровень – обязательное социальное страхование, финансируемое за счет отчислений работодателей и работников в фонд социального страхования по трём видам социального риска и предназначенное для дополнительной защиты работников в зависимости от уровня взносов плательщика;

- третий уровень – обязательное страхование ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей. Страхование здесь осуществляется за счёт обязательных отчислений работодателя в страховую организацию на условиях заключенного договора страхования между ним и страховой организацией [2, с.12] (рисунок 1.2).



Рисунок 1.2 - Смешанная система социальной защиты населения РК

Примечание – Составлено автором по источнику [2, с.12-13]

В результате изучения международного опыта социальной защиты населения можно сделать вывод, что наиболее эффективные и комплексные системы социальной защиты обычно включают в себя следующие основные элементы:

1) государственные пособия – предназначены для обеспечения всех граждан гарантированными выплатами на определённом уровне в случае наступления обстоятельств, подлежащих социальной защите;

2) обязательное социальное страхование – финансируется за счёт отчислений работодателей и работников, предназначено для дополнительной защиты работников формального сектора, которая зависит от уровня взносов плательщика;

3) накопительное пенсионное обеспечение – предназначено для регулирования процессов создания пенсионных накоплений каждым гражданином;

4) социальная помощь – предназначена для предоставления дополнительной защиты отдельным категориям граждан за счёт средств бюджета [87].

Специальное государственное пособие (СГП) - денежная выплата нуждающимся в социальной защите и предоставляемая независимо от иных видов пособий. Выплата пособия осуществляется за счёт средств государственного бюджета. С 2006 года пособия по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту исчисляются исходя из прожиточного минимума (ПМ) [103].

В социальной политике развитых стран выделяют несколько этапов становления систем социальной защиты. Особенно выделяется этап, где осуществляется институционализация системы социальной защиты населения, начав с концептуального обобщения новой функции государства Лоренцом фон Штайном и появления в Германии законов о социальной защите граждан. Понятие «социального государства» было введено Лоренцом фон Штайном в 1850 году [5, с.99]. Определяя «социальное государство» фон Штайн выдвинул ряд положений, раскрывающих новые функции государства. Он отмечал, что государство обязано «поддерживать абсолютное равенство в правах для всех различных общественных классов, для отдельной частной самоопределяющейся личности посредством своей власти. Оно обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорить о социальном государстве» [6, с.112-113].

Модель социального рыночного хозяйства, в том виде, в котором она была разработана как теоретическая концепция и вводилась в практику Германией, была по сути своей неолиберальной концепцией. Теоретической базой модели является концепция ордолиберализма («порядок свободы») экономистов Фрайбургской школы во главе с Вальтером Ойкеном (*Walter Eucken, 17.01.1891 - 20.03.1950*) [9, с.103], детальное обоснование и определение понятия «социальное рыночное хозяйство» представлено в работах Альфреда Мюллера-Армака (*Alfred Müller-Armack, 28.06.1901 - 16.03.1978*), а конкретное воплощение в практику послевоенного развития Германии связано с именем министра народного хозяйства (впоследствии канцлером) Федеративной Германии Людвигом Эрхардом (*Ludwig Erhard, 4.02.1897 - 5.05.1977*) [7].

Никто из представителей неолиберализма не отрицал осуществления сбалансированной социальной политики. Вальтер Ойкен писал, что «...нет никаких мер экономической политики, которые прямо или косвенно, не влекли

за собой социальных последствий и не имели социального значения. Тот, кто хочет представлять социальные интересы, должен в силу этого уделять внимание в первую очередь формированию общего порядка (честной конкуренции)...» [9, с.99].

Людвиг Эрхард утверждал, что «даже самая лучшая экономическая политика в современных индустриализованных государствах должна быть ещё дополнена мерами социальной политики» [10, с.87-88]. Но одновременно он подчеркивал, что всякая медаль имеет две стороны и эффективная социальная помощь в качестве необходимого условия своего осуществления должна иметь достаточный и всё более растущий объем всей национальной продукции [10, с.96]. Другими словами, такая социальная политика осуществима только на основе отличающегося производительностью народного хозяйства [10, с.97]. Поэтому «любая органическая социальная политика должна быть заинтересована в том, чтобы экономика была устойчива; она заинтересована в том, чтобы принципы, на которых покоится эта экономика, оставались в силе и подверглись дальнейшей разработке» [10, с.98].

Автор самого термина «социальное рыночное хозяйство» Альфред Мюллер-Армак говорил о социальном рыночном хозяйстве, как об определяющей базе экономической и социальной политики [8, с.216]. «Социальное хозяйство не есть исключительно теория конкуренции; это скорее идеологическая концепция в том смысле, что целью социального рыночного хозяйства является координация между сферами жизни, представленными рынком, государством, социальными группами [8, с.216]. Её база является как социологической, так и экономической. Это диалектическая концепция, в которой социальные цели играют такую же важную роль, как и экономические цели, так что социальное хозяйство сочетает экономическую и социальную политику» [8, с.118]. Он обосновывал, что процесс поиска лежит в гранях «магического треугольника», углами которого являются цели личной свободы, экономического и социального обеспечения, экономического роста. Аргументируя различия между либерализмом и теорией социального рыночного хозяйства, А.Мюллер-Армак подчеркивал, что конкуренция действительно является незаменимым средством координации планов индивидов и фирм, может уменьшить власть монополий и привести к росту доходов масс, но она является механическим процессом, нейтральным к ценностям и целям общества. После того, как заложена экономическая база, должна выйти на первый план социальная политика, охватывающая комплекс «от полной занятости до индивидуальной помощи» [8, с.119].

И сегодня, несмотря на значительные сдвиги в сторону государства благосостояния с его акцентами на перераспределительные механизмы в социальной политике неоконсервативная модель (Германия), основана на смешанном государственно-частном решении социальных проблем, где ответственность отдельного предпринимателя заменена системой их обязательной коллективной ответственности под контролем государства [11].

Самостоятельным элементом государственной системы социального

обеспечения является социальное обслуживание населения, которое предоставляет все виды социальных услуг престарелым и инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и социальном обслуживании отделениями социальной помощи на дому, территориальными центрами социального обслуживания, МСУ и МСО [12, с.5-6].

Существование системы социального обслуживания призвано решить многие проблемы по поводу воспитания, ухода за нетрудоспособными членами семьи, реабилитации, организации быта, досуга [12, с.7]. Этот важнейший институт решает проблемы по снижению способности к самообеспечению, способствующей маргинализации и другим социальным явлениям, и росту уровня социального обслуживания должны способствовать координации усилий в этом направлении государственных органов и различных социальных структур, включая негосударственные, частные, благотворительные, и тому подобные организации, осуществляющие социальную помощь [13, с.65].

В научной литературе понятие «социальное обслуживание населения» используется сравнительно редко. По мнению Шлихтера А, социальное обслуживание в современных условиях выступает в качестве одного из направлений социальной работы и организационной формы этого вида социальной деятельности, которая рассматривается в качестве системы определенных способов социальной гуманистической деятельности, направленной на адаптацию, социальную реабилитацию отдельной личности, семьи или человеческого общества [11, с.56].

Необходимо отметить, что не во всех странах мира в понятие «социальное обслуживание» вкладывается одинаковый смысл. В «Словаре по социальной работе» Р.Баркера «социальное обслуживание» определяется как «представление конкретных социальных услуг людям для удовлетворения потребностей, необходимых для их нормального развития, людям, зависящим от других (тем, кто не может сам о себе позаботиться)» [13, с.99].

В Финляндии в Законе о социальном обслуживании (1982г.) подразумевается «совокупность социальных услуг, поддержки средствами к существованию, социальных пособий и связанных с ними действий, которые призваны служить укреплению социальной обеспеченности и способствовать развитию отдельного человека, семьи, общества» [33].

В государственном стандарте Казахстана «социальное обслуживание» представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-бытовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан с ограниченными возможностями, нуждающихся в посторонней помощи [15, с.4].

Социальное обслуживание включает специальные социальные услуги, предусматривающие помощь и всестороннюю поддержку престарелым и, в основном, инвалидам [15, с.7-8], так как последние относятся к наиболее социально-уязвимой группе населения. Социальные специальные услуги в зависимости от их назначения подразделяют на следующие основные виды,

представленные на рисунке 1.3 [16, с.8-9].



Рисунок 1.3 – Классификация социальных услуг по формам социального обслуживания населения

Примечание – Составлено автором по источникам [15–17; 20; 61; 74]

В настоящее время развитие системы социального обслуживания населения находится на стадии создания сети учреждений и отработки технологий социального обслуживания с учетом специфики различных регионов Казахстана [22].

Значительное внимание уделяется расширению сферы социального обслуживания. Внедрение государственных стандартов и повышение качества оказания специальных социальных услуг, развитие конкурентной среды и широкое использование возможностей гражданского общества позволят повысить уровень жизни нуждающихся людей [18].

Государственная политика в сфере предоставления специальных

социальных услуг основывается на принципах:

- 1) соблюдения прав человека;
- 2) гуманности, добровольности, конфиденциальности, адресности и доступности предоставления специальных социальных услуг;
- 3) обеспечения равных возможностей в получении специальных социальных услуг лицами (семьями), находящимися в трудной жизненной ситуации;
- 4) взаимодействия государственных органов с субъектами, предоставляющими специальные социальные услуги;
- 5) комплексности;
- 6) социальной интеграции и улучшения качества жизни населения [19].

Основными задачами государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг являются:

- 1) создание условий для преодоления трудной жизненной ситуации в случае ее возникновения;
- 2) обеспечение гарантированным объемом специальных социальных услуг;
- 3) обеспечение соблюдения стандартов оказания специальных социальных услуг;
- 4) развитие системы мониторинга и оценки качества предоставляемых специальных социальных услуг;
- 5) обеспечение развития системы предоставления специальных социальных услуг;
- 6) осуществление государственного контроля за соблюдением законодательства Республики Казахстан о специальных социальных услугах;
- 7) развитие международного сотрудничества в сфере предоставления специальных социальных услуг [20].

При определении целей системы социального обслуживания населения необходимо учитывать следующие моменты:

- во-первых, цели социального обслуживания могут рассматриваться на уровне общества, отдельных регионов, населенных пунктов, районов и микрорайонов, на уровне групп населения и отдельной личности;

- во-вторых, цели социального обслуживания должны учитывать социально – экономическую, морально – психологическую, экологическую, политическую и прочую обстановку, сложившуюся в условиях политических и экономических реформ первой половины 90-х годов;

- в-третьих, цели социального обслуживания должны быть неразрывно связаны с объективной оценкой и позитивным освещением процессов выхода страны и ее регионов из кризиса, а также стабилизации социального положения различных категорий населения [5, с. 156-157].

Основываясь на вышеприведенные обоснования можно выделить схему взаимосвязи стратегических целей, задач, а также недостатков системы социального обслуживания населения (рисунок 1.4).

При всей динамичности развития системы социального обслуживания в Казахстане отсутствует мониторинг потребностей населения в социальных

услугах и их удовлетворения, ограничены возможности выбора социальных услуг. Преимущественным типом социальных учреждений остаются крупные дома-интернаты, в которых преобладает общий уход и сохраняется изолированность опекаемых лиц [21, с.3-4].



Рисунок 1.4 – Цели и задачи системы социального обслуживания населения Республики Казахстан

Примечание – Составлено автором по источникам [2; 18-19]

В связи с этим, необходимо предпринять меры по созданию условий адаптации и интеграции в общество лиц с ограниченными возможностями, по расширению сферы социального обслуживания, повышению качества социальных услуг в сфере образования, здравоохранения и занятости, усилению адресности оказания социальной помощи и расширению возможностей выбора поставщика услуг. Все предлагаемые меры должны консолидироваться в процессе совершенствования системы единых государственных стандартов социального обслуживания в соответствии международным стандартам [21, с.4].

Развитие рынка специальных социальных услуг обуславливает необходимость формирования единых подходов и принципов в определении содержания социального обслуживания, уточнении и детализации предоставляемых социальных услуг в объеме гарантированного минимума, а также дополнительных социальных услуг. Следует определить условия привлечения физических и юридических лиц для предоставления дополнительных социальных услуг на возмездной основе [27].

Критерием эффективности социального обслуживания должна стать действенность всех видов, форм и методов социального обслуживания различных категорий населения, деятельности социальных служб, а также руководства и управления всем процессом социальной работы с населением и

отдельными людьми, нуждающимися в социальном обслуживании [26, с.14].

Система социального обслуживания населения может выступать как инструмент коррекции работы механизмов самоорганизации и саморегуляции в обществе, где одной из основных задач по удовлетворению системной потребности в корректировке работы общественных механизмов является корректировка поведения людей в соответствии с интересами общества [26, с.17].

Это обусловлено тем, что снижение уровня потребления социального неблагополучных групп населения (в результате болезни, безработицы и т.д.) обеспечивает их привыкание к более низким стандартам жизни. Поддерживая эти группы людей, система социального обслуживания населения способствует удовлетворению системной потребности «общественных организмов» в повышении «уровня нормального потребления» в обществе [22, с.219].

Обобщив теоретические положения системы социального обслуживания можно сделать следующие выводы:

- спектр социальных услуг, представленный в стандартах обслуживания населения в Казахстане, соответствует основным мировым требованиям;
- несмотря на соответствие в целом, система нуждается в совершенствовании, т.к. в сравнении с развитыми странами значительная часть населения получает услугу в условиях крупных организаций, обеспечивающих хоть и качественный, но стандартный уход для всех;
- деинституционализация сферы социального обслуживания в ряде случаев не обеспечена нормативно-правовой базой;
- на практике фактически не оказывается услуга профориентирования и профобразования для инвалидов, что будет подробно нами показано в дальнейших разделах работы.

С целью определения взаимоотношений экономических агентов сферы обслуживания необходимо изучить организационно-экономические механизмы по предоставлению специальных социальных услуг, которые рассмотрены в следующем подразделе работы.

## **1.2 Организационно - экономические механизмы социального обслуживания населения Казахстана**

Реализация основных направлений дальнейшего углубления социальных реформ в Республике Казахстан во многом зависит от повышения эффективности системы управления системой социального обеспечения. В ходе социально-экономических преобразований в Республике Казахстан сложилась централизованная система управления системой социального обеспечения, основанная на широком государственном участии [34, с.222]. Управление социальной сферой организуется на республиканском и местном уровнях в рамках государственной службы и имеет соответствующую структуру (рисунок 1.5).

МТиСЗН РК относятся территориальные департаменты, акционерные общества республиканского ранга и республиканские государственные

казенные предприятия. В рамках территориальных инстанций обозначены департаменты внутреннего порядка и комитеты по управлению социальным обслуживанием. А к подведомственным учреждениям Управления координации занятости и социальных программ относятся Управления на областном уровне [21, с. 8].

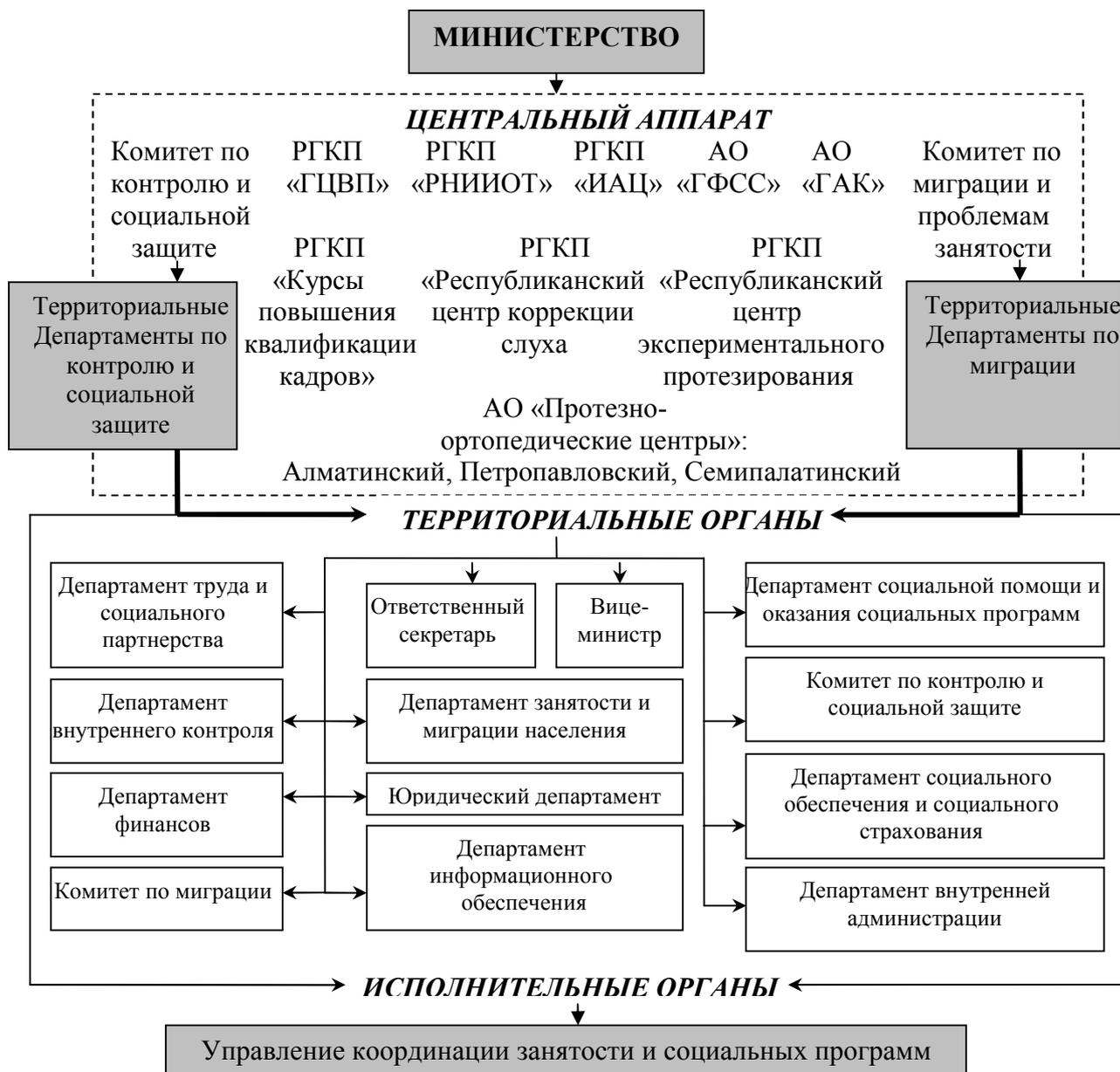


Рисунок 1.5 - Структура центрального аппарата Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан

Примечание – Составлено автором по источнику [21, с.21]

В Законе РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» в статье 23 «Социальное обслуживание на дому и в территориальных центрах социального обслуживания» отмечается, что социальное обслуживание одиноких инвалидов и детей-инвалидов, нуждающихся в постороннем уходе,

осуществляется отделениями социальной помощи на дому и в территориальных центрах социального обслуживания престарелых и инвалидов в соответствии с государственными стандартами [19, с.9]. Современное развитие экономики требует формирование совершенно нового механизма управления системой социальной защиты населения, которая должна быть направлена не на изменение структуры и поэлементного состава, а на качественное изменение взаимодействия между структурными элементами механизма. Схема механизма управления системой социальной защиты населения государства представлена на рисунке 1.6.

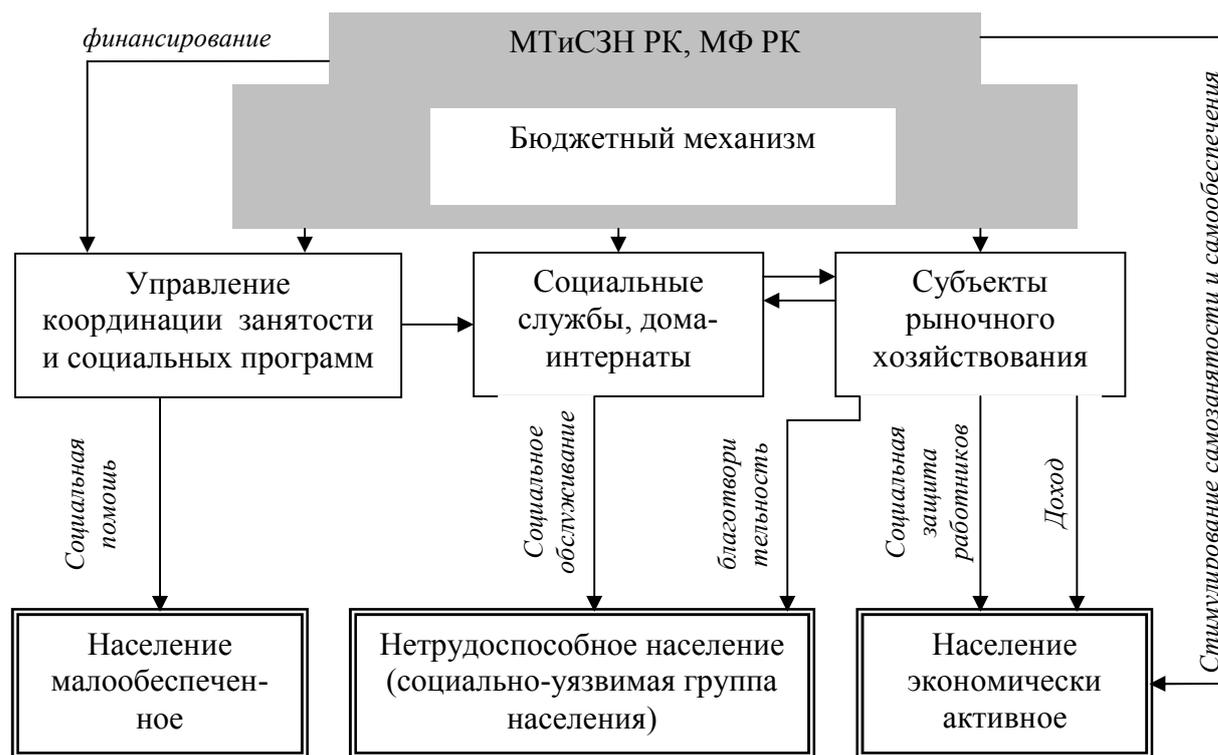


Рисунок 1.6 - Механизм управления системой социальной защиты населения в Казахстане

Примечание – Составлено автором

Именно такой взаимосвязанный подход, представленный на рисунке 1.6, направлен на развитие общества, и отдельного индивидуума. Важно отметить, что общественные затраты на специальные социальные услуги - не только один из видов формирования человеческого капитала, но и важный аспект развития личности в обществе [22, с.232].

Таким образом, система социальной защиты населения требует построения нового механизма, который позволит обеспечить управление данной системой на основе системного подхода, позволяющего комплексно решать проблемы развития социальной защиты населения. Также данный механизм будет способствовать повышению интереса предприятий, организаций в более справедливом распределении средств через систему,

исходя из получаемого дохода [25, с.178].

В социально-экономических исследованиях по проблемам уровня жизни населения особое место занимают методологические аспекты измерения количественной и качественной оценки данной социально-экономической категории. Любая система показателей должна завершаться интегрирующим показателем, обеспечивающим методологическое единство всех частных показателей системы и однозначную оценку уровня и динамики исследуемого процесса [25, с.182].

Основными теоретическими положениями, опираясь на которые современное развитое государство выстраивает свою политику в вопросе социальной защиты граждан, являются следующие:

– Государство более не рассматривается как инструмент, решающий проблемы общества, а скорее как институт, создающий условия для решения индивидуума своих проблем, взаимодействующий с обществом и его структурами (с частным сектором и общественными организациями некоммерческого сектора). При этом допускается идея не расширения, а сокращения функций государства за счет отмены малоэффективных программ, в том числе социальной направленности [26, с.44].

– Государство рассматривается как институт, обслуживающий общество, отвечающий на нужды населения и их сообществ по месту жительства, более всего особых социально-уязвимых групп общества, содействующий проявлению более широких гражданских инициатив и контролируемый ими [27, с.98].

– Современное социальное государство является институтом социальных инвестиций, в котором вместо принципа всеобщности государственных услуг благосостояния действует принцип вложений в человеческий или социальный капитал, основными составляющими которого является здоровье и профессионализм экономически активного населения. Этот принцип сочетается с принципом адресности социальной помощи и социальных услуг, направленных на интеграцию социально-уязвимых групп населения в общество, прежде всего детей-инвалидов и взрослых-инвалидов [28].

В системе социального обслуживания хозяйствующими субъектами выступают представители всех секторов экономики, а именно:

- государственного (местного) сектора;
- частного сектора;
- некоммерческого сектора;
- сектора домашних хозяйств (рисунок 1.7).

*Государственные и местные органы* власти отвечают за разработку общегосударственной социальной политики и ее осуществление в стране (регионе). Они координируют деятельность по осуществлению программ социальной защиты населения с другими официальными учреждениями находящимися в секторе НКО [28].

*Субъекты частного сектора* финансируются смешанным образом: за счет благотворительных и спонсорских взносов, даров частных лиц, платы лиц,

которым оказываются услуги, средствами общественного сектора. Но доминирует коммерческая форма, в рамках которой благополучатель получает услугу на платной основе. Они могут различаться не только характером своей деятельности, спецификой предоставляемых услуг, но и масштабом деятельности в регионе и страны в целом. Хозяйствующие субъекты в сфере социального обслуживания, как правило, имеют внешние признаки частной компании [29]. Персонал обычно укомплектован профессиональными социальными работниками, представителями других специальностей, техническим персоналом (ассистентами, помощниками) [28].

Но специфика социальной сферы выражается в том, что эти организации имеют четкие уставные правила, которые определяют такие позиции, например, каких клиентов обслуживать, какие проблемы решать и какие методы для решения проблем использовать [14].

Если они используют в практике хозяйствования средства государственного бюджета, то к ним предъявляются требования по соответствию стандарту социальных услуг, утвержденному государственными органами власти. Финансовые ресурсы поступают частному сектору через государственные закупки услуг, через благотворительные или специально организованные фонды, или непосредственно от населения [37, с.225-226].

*Некоммерческий сектор (НКО)* представлен организациями, существующими на добровольной основе (добровольческие организации). Однако, как считают зарубежные авторы, говорить о них как о неприбыльных организациях не совсем корректно, поскольку многие из них имеют весьма значительный доход. Главное, что в рамках их деятельности четко разделены коммерческие и некоммерческие услуги, а вся полученная прибыль направляется на расширение профильной деятельности или благотворительность [44, с.174].

Финансовые ресурсы в некоммерческий сектор поступают из общественного сектора на основе государственного социального заказа, из частного сектора в форме ресурсов благотворительных и специализированных фондов. Если ресурсы поступают из общественного сектора, то контроль за расходованием ресурсов осуществляется на основе социальных стандартов [44, с. 174-175].

Поскольку НКО, как правило, обслуживают сравнительно небольшие по численности, но разнообразные по составу группы, спектр предоставляемых ими услуг намного шире, а информированность о нуждах клиентов точнее, чем у государственного сектора. Кроме того, НКО предоставляют смешанные услуги: минимальный набор услуг на бесплатной основе, а дополнительные за отдельную плату [46, с.28].

При всех своих государственных и коммерческих элементах, которые появились в последнее время, добровольческие организации имеют ориентиры, отличные от ориентиров других организаций и в целом образуют третий сектор в социальном обслуживании. Иногда для социального обслуживания привлекаются также частные лица. Представители сектора домашних хозяйств,



Рисунок 1.7 – Экономические отношения субъектов в системе социального обслуживания населения

Примечание – Составлено автором с использованием источников [27-28]

как правило, родственники или просто добровольцы привлекаются для оказания индивидуальных услуг престарелым или инвалидам [42, с.4]. В этом случае от них также требуется выполнение условий стандарта услуги и квалификационное соответствие. В этом случае ресурсы общественного сектора передаются на основе контракта с частным лицом [42, с.4].

Итак, предоставление социальных услуг субъектами, осуществляется либо в государственных учреждениях, либо в некоммерческом секторе на основе участия в государственном социальном заказе в соответствии с законодательством о государственных закупках. В то же время, нельзя сказать, что экономический механизм, применяемый при оказании данной социальной услуги позволяет удовлетворить её адекватно [46, с.124-125].

Рассмотрим схему взаимодействия основных экономических агентов в пределах действующего механизма социального обслуживания населения Казахстана (рисунок 1.8).



Рисунок 1.8 – Схема взаимодействия экономических агентов в системе социального обслуживания населения РК

Очевидно, что действующий механизм не реализует главное право благополучателя, право выбора поставщика услуги (товара), а, следовательно, проблема по удовлетворенности получателя услуг остается до сих пор не решенной [104]. В то время как в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, удовлетворенность благополучателя является целевым индикатором, а информация о субсидировании является прямым, но не конечным результатом деятельности государственных органов по реализации данной задачи [46, с.125].

В развитых странах механизмы, имитирующие рыночный тип отношений на основе конкуренции между субъектами разных секторов экономики (частным, государственным и некоммерческим) получили название «управление и бюджетирование, ориентированное на результат» [46, с.125].

С методологической точки зрения рассматриваемая система вводит в общественный сектор экономики, элементы механизма конкуренции и устанавливает для общественного сектора индикаторы оценки его деятельности, имитирующие рыночные инструменты [27, с.87]. Возможность использования рыночных элементов (конкуренции) и механизмов в блоке социального обслуживания общественного сектора теоретически

обосновывается присутствием частного компонента в потреблении этих услуг: при наличии нескольких производителей потребитель имеет возможность предпочтительный вариант [27, с.27]. Путем разделения производителя и потребителя, подобно условиям рыночного обмена, создается почва для установления между ними отношений подобных рыночным [29, с.22]. Подобно тому, как клиент выбирает и оплачивает на рынке услугу или товар, только если он удовлетворен, в условиях общественного сектора конечным результатом его деятельности становится оценка клиентом качества услуги и возможность выбора поставщика услуги [28, с.45]. На такого рода рынке поставщики услуг уже не представляют интересы потребителей и не используют данную ситуацию в своих целях, как это происходит в традиционной модели распределения финансовых средств между государственными организациями обслуживания [29, с.22] (рисунок 1.9).

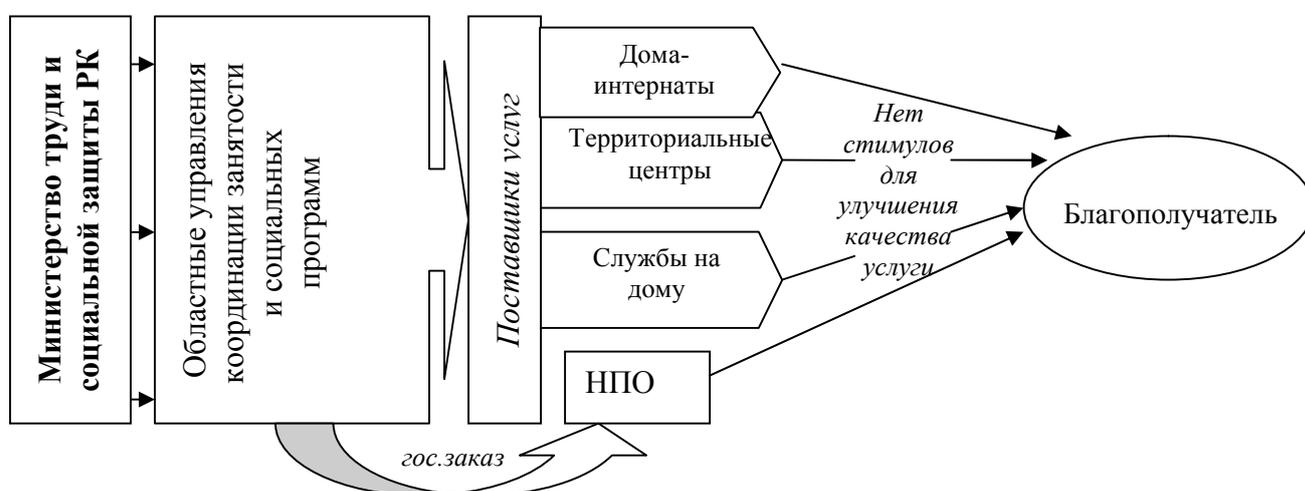


Рисунок 1.9 - Распределительная модель социального обслуживания населения

Услугодатели вынуждены под давлением конкуренции учитывать потребности и потребительский спрос, совершенствовать свою услугу. Практика хозяйствования в общественном секторе развитых стран подтверждает, что конкуренция во многих своих проявлениях не только не противоречит принципам общественной экономики, но и позволяет в той или иной степени смягчать или даже устранять крупные изъяны государства (рисунок 1.10). И в первую очередь самый серьезный из них - монополизм [27, с.99].

Если экономическим механизмом будет субсидирование благополучателя (через тендерную систему), то конкуренция между услугодателями заставит их соперничать за рынки, максимально учитывая потребительские предпочтения, тем самым, достигая удовлетворенность клиента качеством услуги [27, с.102].

Управление и бюджетирование по результатам в сфере социального

обслуживания в развитых странах вводит рыночные отношения в сектор социального обслуживания и субсидирует благополучателя. Но не всегда возможно организовать конкуренцию между двумя услугодателями. Вряд ли рентабельно будет функционирование двух центров территориального обслуживания в сельской местности или малом городе [33].

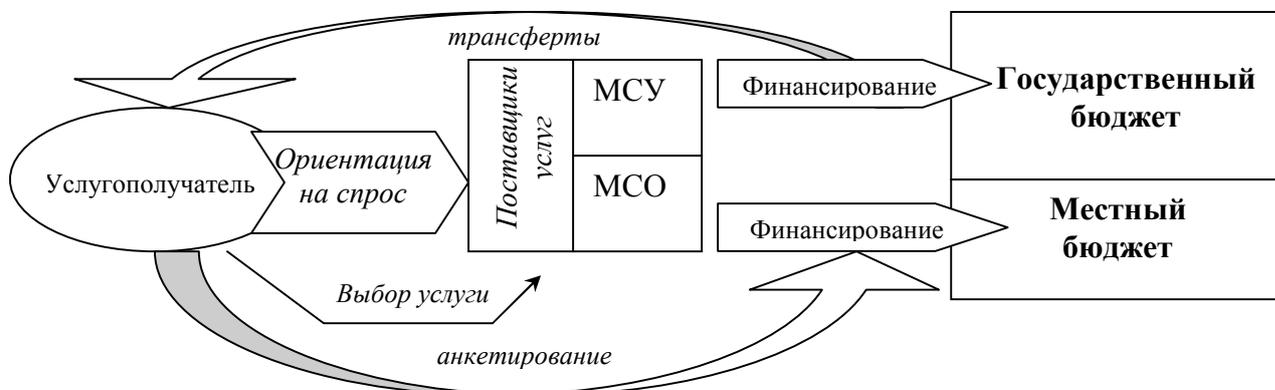


Рисунок 1.10 – Конкурентно-рыночная модель социального обслуживания населения

Примечание – Составлено автором по источникам [27; 85]

При такой системе эффективность социального обслуживания, безусловно, возрастает, так как предоставляется потребителю право выбора услуг и услугодателей. В связи с этим возрастает влияние спроса на рациональное распределение бюджетных ресурсов, которые направляются на удовлетворение подлинных потребностей. И, следовательно, ослабевает существенное в сфере социального обслуживания давление субъективных оценок государственных чиновников и субъективных подходов [33].

В качестве методологической базы используется система оценок услуг, состоящая из стандарта социальной услуги, оценки результативности (прямой и конечный результат, измеряемые на основе индикаторов) и эффективности (чаще всего затрат на одного человека) фактически оказываемых поставщиками услуг [44, с.185]. Эти инструменты необходимы в рамках управления и бюджетирования по результатам, поскольку они позволяют структурировать требования к поставщикам услуг, независимо от их принадлежности к сектору хозяйствования, и ротировать поставщиков услуг в случае невыполнения ими стандартов качества услуги. Стандарт социальной услуги нужен для определения цены услуги для услугодателя или, в случае субсидирования потребителя, размера целевой потребительской субсидии [42, с.6].

Формирование стандартов в системе управления и бюджетирования, ориентированного на результат создает принципиальную возможность привлечения для её оказания субъектов некоммерческого и частного секторов [85, с.334].

Объединение интересов и взаимовыгодных экономических отношений

на основе тщательно спланированной спецификации правомочий собственности в общественном секторе способствовал росту сектора услуг, численности бизнес-структур и некоммерческих организаций, помогающие государству осваивать ресурсы общественного сектора [33].

Концепция партнерства государства с негосударственными секторами не новая. Партнерские отношения представляют собой системы формализованной кооперации структур различной институциональной природы для реализации совместных программ и проектов. Партнерские отношения существенно варьируют по целям, формам организации, масштабам вовлеченных ресурсов, структуре, методикам реализации концепции и т.д [46, с.203].

Каждый участник партнерства обязуется выполнять функции, которые он способен реализовать с наибольшим эффектом. Внимание государства, в основном, концентрируется на постановке целей, установлении приоритетов в реализации программ, на ресурсном обеспечении совместных проектов, оно несет ответственность за недопущение социальной дискриминации, выполняет контрольные функции. Негосударственные структуры в большей степени вовлечены в само производство общественных благ, принимают участие в той или иной мере в его финансировании (в основном бизнес-проекты и инвестиционные проекты) [46, с.203-204].

Государство выступает в роли движущей силы и катализатора отношений партнерства, привлекая негосударственные структуры к совместному решению круга социальных и хозяйственных задач с помощью различных механизмов. В первую очередь к ним относятся системы контрактов, совместные программы и проекты, концессионные соглашения, ваучеры, индивидуальные гранты и субсидии. Государство определяет главные параметры сотрудничества и скрепляет его организационно. В сфере социального обслуживания основным партнером государства являются субъекты некоммерческого сектора [44, с.197].

Рост доходов многих групп населения и трансформация стиля жизни изменили структуру потребления в сторону повышения доли сферы услуг. В составе конечного потребления услуг довольно отчетливо выражено смещение потребительских предпочтений в направлении услуг более высокого порядка – здравоохранения, образования, социальной помощи, культуры, рекреации [37, с.212].

Росту совокупного спроса населения на услуги разного рода в период 70-90-х годов способствуют также внушительные расходы государства в общественном секторе. В результате доминирования в государственной социальной политике концепций человеческого капитала, человеческого потенциала и концепции социальной справедливости как равенства возможностей всех членов общества, приоритет развития социальных услуг и социального обслуживания целевых групп населения стал явной тенденцией социально-экономического развития в развитых странах в конце 20 века [37, с.215].

Рост уровня жизни и социальных расходов государства являются главными движущими силами структурных сдвигов отраслей социальных услуг и социального обслуживания в ВВП и в численности занятых и дают фундаментальное основание под факторы второго уровня [37, с.218] (рисунок 1.11).



Рисунок 1.11 – Тенденции развития социального обслуживания населения

Примечание – Составлено автором по источникам [32; 37]

Проблема рационализации деятельности государства породила ряд теоретических разработок и последующих обоснований организационно-экономических механизмов, повышающих эффективность использования государственных финансовых ресурсов [44, с.185].

В целом анализ имеющихся социальных услуг в Казахстане свидетельствует об общем соответствии общемировым стандартам, однако ряд механизмов для достижения результатов социального обслуживания не работают. К таким механизмам относятся:

– Во-первых, достижение результатов через получение услуг необходимого качества в социально-ориентированной рыночной экономике

достигается формированием конкурентной среды в сфере социального обслуживания, т.е. развитием конкуренции между поставщиками через внедрение и распространение конкурсных процедур выбора поставщика заказчиком и механизм целевых потребительских субсидий, когда окончательный выбор поставщика услуги совершит сам потребитель. В условиях бесконкурентной среды возможности поставщика к оказанию возможно более качественных услуг и достижению удовлетворенности клиента ограничены как субъективными факторами (например, энтузиазм поставщика) и отсутствием результатов оценки получателем качества оказываемой услуги (мониторинг результативности деятельности поставщика фактически не осуществляется) [41]. То есть, наблюдается отсутствие свободы выбора в потреблении социальной услуги у инвалидов и пожилых людей. Например, в вопросах выбора санаторно-курортных услуг, или же обеспечение протезно-ортопедических услуг и др.

–Во-вторых, отсутствие в практике деятельности механизма мониторинга и финансового обеспечения в организации оценки качества предоставляемых социальных услуг инвалидами и престарелыми (результативности обслуживания), с целью совершенствования социального обеспечения [88].

–В-третьих, согласно современному мировому опыту необходимо выделение социально-трудовых услуг в качестве отдельного пункта. В территориальных центрах социального обслуживания (за исключением г. Алматы) профреабилитация распространения не получила, таким образом, большая часть предусмотренных услуг предоставляется МСУ и МСО [59]. Трудотерапия в рамках интеграции инвалидов в рынок труда Казахстана не получила развития и в социальном обслуживании на дому, так как в рамках такого обслуживания выполняется только социально-бытовая и социально-педагогическая функция (для детей). Некоторые аспекты трудотерапии присутствуют в деятельности МСУ и МСО, проявляющиеся скорее как трудовая реабилитация, а не интеграция в рынок труда. Так же вопросы труда инвалидов рассматриваются в рамках трудоустройства безработных на общих основаниях, т.е. отдельного направления по поиску социальных рабочих мест для инвалидов не осуществляется, в то время как это отдельная система услуг, как нами будет показано ниже [66].

–В-четвертых, отсутствуют льготные условия для инвалида в обустройстве жилья: переустройство квартиры, приобретение специальных приспособлений (автомобиль, специально оборудованный мотороллер, дополнительное оборудование для автомобиля, информационно-текстовая аппаратура к телевизору, телефон с подключенным дисплеем, устройства, позволяющие заниматься посильными видами физкультуры и спорта).

Современная система социального обслуживания обеспечена нормативно-законодательными и подзаконными актами [57].

Согласно Государственному стандарту Республики Казахстан от 01.07.2006г., социальное обслуживание инвалидов и престарелых

реализуется через следующие формы:

– социальную помощь на дому – структурное подразделение юридических лиц, самостоятельное юридическое лицо или подразделение с подчинением местному исполнительному органу, предназначенное для оказания социальных услуг инвалидам и престарелым, нуждающимся в постороннем уходе и помощи;

– территориальные центры социального обслуживания – организация, предназначенная для дневного пребывания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с целью получения медико-социальных и реабилитационных услуг, проведения досуга;

– государственные медико-социальные учреждения (ГМСУ) государственное учреждение, предназначенное для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, инвалидов из числа психоневрологических больных и детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании;

– негосударственные медико-социальные организации (НМСО) – негосударственные организации, предназначенные для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании [16, с.23].

Основными организационными формами деятельности в сфере социального обслуживания населения, предоставляющим специальные социальные услуги населению являются:

– дома-интернаты (медико-санитарные учреждения и медико-санитарные организации) – государственные и негосударственные учреждения (организации), предназначенные для постоянного или временного проживания инвалидов и престарелых, нуждающихся в постоянном уходе и медицинском обслуживании;

– территориальные центры социального обслуживания – предназначены для дневного пребывания инвалидов и престарелых, детей-инвалидов с целью получения медико-социальных и реабилитационных услуг, проведения досуга;

– отделения социальной помощи на дому – структурные подразделения, которые выступают как самостоятельное юридическое лицо или подразделение с подчинением местному исполнительному органу, предназначенное для оказания специальных социальных услуг инвалидам и престарелым, нуждающимся в постороннем уходе и помощи [16, с.24].

На сегодняшний день в Казахстане территориальные центры социального обслуживания слабо развиты. Также слабо развиты частные дома-интернаты малой вместимости и детские центры (например, Общественное объединение «Центр социальной адаптации и профессионально-трудовой реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии», «КЕНЕС Общественное объединение инвалидов» [32]), хотя в Алматинской и Акмолинской областях уже существуют такие организации,

финансируемые из местного бюджета и денежных взносов клиентов (сеть социальных частных домов-интернатов вместимостью от шести до 50 человек).

Изучая деятельность вышеперечисленных организационных форм управления в системе социального обслуживания можно представить следующую организационную структуру, представленную на рисунке 1.12.

По состоянию на 1 января 2013 года в Республике Казахстан функционирует около 67 домов-интернатов для престарелых граждан и инвалидов-взрослых, в которых проживает более 12 тысяч человек. А для детей-инвалидов в Казахстане функционирует 22 домов-интернатов, в которых на полном государственном обеспечении находится более 2,5 тысяч детей [31].

Воспитание и обучение в домах-интернатах осуществляется по специальным программам и методикам Министерства образования и науки Республики Казахстан, специальному учебному плану по воспитанию и дифференцированному обучению.



Рисунок 1.12 – Организационная структура форм социального обслуживания населения Казахстана

Дети-инвалиды, инвалиды, проживающие в домах-интернатах, сохраняют право на получение государственного социального пособия. Экономический механизм по организационным формам социального обслуживания населения представлен на рисунке 1.13.

Защита в социальных учреждениях подобного рода хороша тем, что лица, нуждающиеся не только в общем уходе, но и разного рода в специализированной помощи, получают её в рамках одного учреждения. Однако содержание в домах-интернатах обходится дорого. А дома-интернаты, как правило, являются крупными и изолированными от общества учреждениями, что представляет определенные трудности для последующей социальной адаптации и интеграции детей и подростков [22, с.224].

**Дома-интернаты для престарелых и инвалидов общего типа** предоставляют постоянно проживающим в них лицам такие виды бесплатных социальных услуг, как уход и бытовое обслуживание, организация рационального и диетического питания с учетом возраста и состояния здоровья проживающих, оказание медицинской помощи, проведение комплекса реабилитационных мер по восстановлению личностного и социального статуса престарелых и инвалидов, проведение культурно-массовой работы с учетом состояния здоровья и возраста престарелых и инвалидов и др.

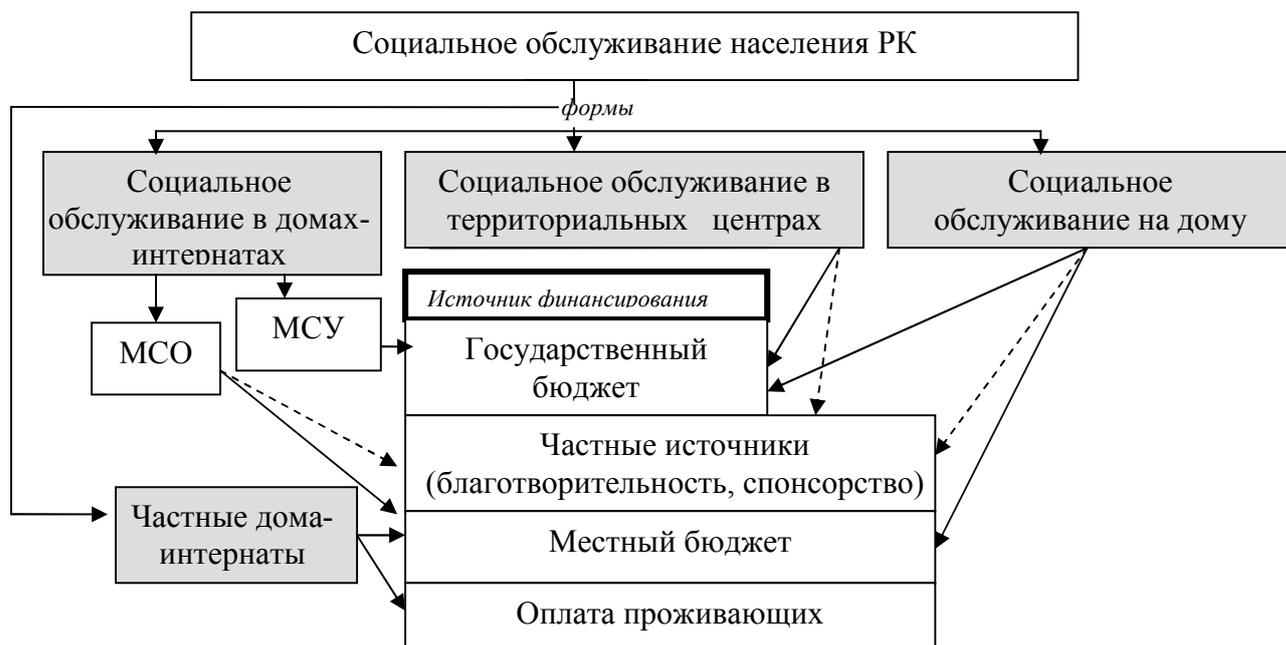


Рисунок 1.13 – Экономические взаимосвязи организационных форм социального обслуживания населения Казахстана

Примечание – Составлено автором

Как показывает международный опыт, в работе с лицами со специфическими потребностями наиболее эффективные результаты даёт индивидуальный подход, поэтому в последнее время появились и

развиваются альтернативные формы оказания социальных услуг нуждающимся лицам: социальные дома, частные дома-интернаты малой вместимости, где условия проживания приближены к домашним [24]. Так, в Акмолинской области функционирует семь социальных домов-интернатов с численностью проживающих от 8 до 50 человек. Содержатся такие учреждения за счёт местного бюджета и денежных взносов (часть пенсии) проживающих в них пожилых граждан.

**Территориальные центры социального обслуживания.** По оказанию специальных социальных услуг территориальными центрами социального обслуживания, центрами реабилитации для детей-инвалидов с различного рода функциональными нарушениями, по состоянию на 1 января 2013г. в стране функционируют 11 территориальных центров социального обслуживания (в Алматинской, Атырауской, Жамбыльской, Костанайской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях), к которым относятся полустационарные отделения (таблица 1.1). В 2011 году введен в эксплуатацию реабилитационный центр на 150 мест в Кызылординской области.

Таблица 1.1 - Данные о территориальных центрах социального обслуживания населения Республики Казахстан по состоянию на 1 января 2013 года

Показатели	Количество
Количество территориальных центров, единиц	11
из них имеют стационарное отделение	4
Количество мест, всего:	728
в том числе:	
- постоянное и временное проживание	183
- дневное пребывание	545
Количество человеко-дней, проведенных престарелыми и инвалидами в течении года, всего :	58526
в том числе	
- пятидневного пребывания, чел.-дн.	7548
из них на платных условиях	0
- дневного пребывания	50978
из них на платных условиях	0
Среднегодовые затраты на содержание центров, тыс. тенге	36766,5

Основными функциями дневных отделений территориальных центров является предоставление возможности посильного труда, организация бытового и медицинского обслуживания, организация отдыха. Социальные службы совместно с органами здравоохранения и образования оказывают помощь опекаемым, помогают им в реализации их социальных прав, преодолении, компенсации ограничения жизнедеятельности, развитии потенциальных способностей, осуществляют координацию в решении вопросов оказания медицинских, специальных образовательных и социальных услуг, предоставляют другие виды помощи. При этом

социальные услуги предоставляются с учетом требований Государственного стандарта РК «Социальное обслуживание населения. Социальное обслуживание на дому детей с ограниченными возможностями». Основные виды услуг предоставляются бесплатно. На платной основе организовано питание и предоставление дополнительных социальных услуг.

Особого внимания заслуживают детские центры, созданные неправительственными общественными организациями (Центр социальной адаптации и трудовой реабилитации «Кенес», Лига «Ақ бота» по опеке инвалидов и детей с нарушением психофизического развития). В целом работа территориальных центров видится достаточно эффективной, что связано с улучшенными материально-техническими условиями, более широким спектром предоставляемых социальных услуг (педагогически, реабилитационные), их адресностью (в силу предоставления на основе договоров) и возможностью центров привлекать благотворительные средства.

**Отделения по оказанию социальной помощи на дому.** Деятельность отделений социальной помощи на дому регламентируется специальным Положением, утверждённым приказом Министра социальной защиты населения Республики Казахстан от 18 ноября 1993 года. В соответствии с Положением отделения социальной помощи создаются для обслуживания не менее 80 одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан, нуждающихся в помощи на дому. На надомное обслуживание принимаются одинокие и одиноко-проживающие престарелые граждане, инвалиды I, II групп и супружеские пары из числа престарелых граждан и инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи, не страдающие психическими, онкологическими и инфекционными заболеваниями, семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями [79].

В Казахстане по состоянию на 1 января 2013 г. функционируют 463 отделений социальной помощи на дому инвалидам и престарелым, семьям, воспитывающим детей-инвалидов, в которых обслуживаются более 46 тыс. инвалидов, детей-инвалидов и престарелых граждан. На эти цели из средств республиканского и местного бюджетов ежегодно направляется более 5 млрд. тенге.

Самое большее число отделений социальной помощи функционирует в Карагандинской области - 47 (штат социальных работников – 509 работников), в ВКО - 42 (штат – 543 социальных работников), в г. Алматы - 27 (штат 329 человек). Меньше количество отделений надомной социальной помощи функционирует в Кызылординской области – девять (штат - 165 социальных работника), в Мангистауской области - восемь отделений (штат - 111 социальных работников), в Жамбылской области - семь (штат 80 - работников) и в г. Астане – три (штат составляет 31 социальных работников).

В Республике действует ряд общественных объединений, имеющих соответствующую направленность, таких как: Республиканское общество инвалидов и его областные подразделения, Казахское общество слепых,

Казахское общество глухих, Республиканское общество женщин-инвалидов «Биби-Ана», Центр социальной адаптации и трудовой реабилитации «Кенес», Лига «Ақ бота» по опеке инвалидов и детей с нарушением психофизического развития, Ассоциация родителей детей-инвалидов, Объединение юридических лиц, Союз некоммерческих организаций «Инвалиды Казахстана» и другие [44, с.175].

В комплекс социального обслуживания входит обеспечение инвалидов (по показаниям) техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами. Общие принципы организации и предоставления такого рода услуг определяются на центральном уровне государственного управления. Реализуется государственная политика на местах уполномоченными органами социальной защиты [45].

Мониторинг потребностей инвалидов в Казахстане позволил установить, что в настоящее время в сурдосредствах и сурдопомощи на регулярной основе нуждаются 94 000 человек, в тифлосредствах – 18 841 человек, в протезно-ортопедических изделиях – 31 474 человек [56].

Образовательные услуги дети-инвалиды получают в специализированных и общеобразовательных организациях, на дому. Предоставление образовательных услуг инвалидам регулируется Законом Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» [21]. В статье 29 «Обеспечение инвалидам условий для получения образования и дошкольного воспитания» отмечается:

- бесплатное среднее общее образование;
- при поступлении в среднее профессиональное учреждение, получение квот;
- льготы по стипендиальному обеспечению инвалидам, обучающимся в высших учебных заведениях, учащимся средних профессиональных учебных заведений, обучающимся в организациях образования: по государственному заказу или гранту на основе законодательства РК;
- для детей-инвалидов состояние здоровья, которых исключает возможность их пребывания в организациях образования общего типа, создаются детские сады и другие специализированные коррекционные организации в порядке, установленном законодательством РК;
- государство полностью или частично несет расходы на содержание инвалидов, инвалидов с детства и детей-инвалидов в период обучения, в порядке установленном законодательством Республике Казахстан [19].

Необходимо отметить, что численность специальных дошкольных коррекционных организаций фактически не меняется с 1991 года, а численность дошкольных организаций, имеющих специальные коррекционные группы, снизилась с 1993 года по 2009 год более чем в два раза, и к настоящему моменту находится фактически на таком же уровне [36, с.5]. Снизилась численность узких специалистов в коррекционно-педагогических организациях и численность детей, получающих в них образование. Обучение детей с ограниченными возможностями в обычных

школах (инклюзивное обучение) не получило широкого распространения как по материально-техническим причинам, так и по причине нехватки финансирования и дефицита соответствующего персонала [36, с.5] .

Профессиональное обучение детей и подростков с ограниченными возможностями ограничивается преимущественно специальными школами. Профессиональная подготовка в таких школах не всегда соответствует спросу на рынке труда из-за некорректируемых дефектов развития или иных препятствий [36, с.6]. Так же посредством Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» в статьях 30 и 31 регулируются вопросы профессиональной реабилитации инвалидов, их занятость и права в области трудовых отношений [19].

В целях профессиональной реабилитации уполномоченные государственные органы оказывают целевым группам (взрослое население) содействие в трудоустройстве, но работа имеет временный характер.

В то же время, профессиональная подготовка инвалидов является актуальной и востребованной формой содействия интеграции инвалидов на рынке труда в развитых странах [50], в Казахстане оккупационная терапия существует только в г.Алматы. В то время как в других городах и тем более в районах, для инвалидов такая форма услуги не обеспечена.

Согласно проведенному исследованию спектра предоставляемых услуг в рамках социального обслуживания социальная помощь на дому для престарелых и инвалидов ограничивается социально-бытовыми услугами, выполняемыми социальными помощниками на дому и медико-санитарными услугами. Для детей-инвалидов также предусматриваются услуги социального работника в рамках социально-педагогических услуг.

Рассмотрим организационные формы социального обслуживания, их виды и экономические механизмы реализации, которые предоставлены в таблице 1.2.

Социальное обслуживание на областном уровне осуществляется через систему социальных служб. Система социальных служб включает в себя сеть специализированных учреждений, предназначенных для обслуживания целевых групп населения. В рамках Закона РК «О социальной защите инвалидов в РК» инвалидам оказывается протезно-ортопедическая помощь, обеспечение инвалидов по слуху сурдосредствами, инвалидов по зрению тифлосредствами, обеспечение кресло-колясками, обеспечение нуждающихся инвалидов обязательными гигиеническими средствами, предоставление услуг специалистов жестового языка и индивидуальных помощников, социальное обслуживание на дому [19, с.16].

Рассмотрим взаимодействие подведомственных учреждений в региональном разрезе. При отделе Павлодарской области функционируют шесть подведомственных социальных учреждений (рисунок 1.14).

На рисунке 1.14 изображены все подведомственные учреждения и организации, участвующие в сфере социального обслуживания населения Павлодарской области, но в области предоставления специальных

Таблица 1.2 – Организационные формы и экономические механизмы социального обслуживания населения (СОН)

Формы	Цель назначения соц. обслуживания	Объем социальных услуг	Экономический механизм	Нормативно-правовая база	Преимущества	Недостатки
1	2	3	4	5	6	7
Дома-интернаты (МСУ и МСО)	Временное или постоянное проживание престарелых и инвалидов I, II групп, нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе и медицинском обслуживании	Гарантированный объем специальных социальных услуг (Постановление Правительства РК от 25.12.2009г. №2184)	Государственный бюджет ↓ поставщик услуг	– Конституция РК, – Закон РК «О социальной защите инвалидов в РК»; – Закон РК от 29.12.2009г. № 114-IV «О специальных социальных услугах» и подзаконные акты	- При МСО может создаваться культурно-бытовая комиссия из числа подопечных; - может иметь спонсорские, благотворительные и иные счета	– Отсутствие индивидуального подхода; – Отсутствие самостоятельного выбора услуг подопечным – Изолированность от общества
Частные дома-интернаты		Гарантированный объем спец. социальных услуг (Постановление Правительства РК от 25.12.2009г. №2184)	Государственный бюджет ↓ поставщик услуг ↑ Домашнее хозяйство		- Индивидуальный подход; - условия приближены к домашним	-Недостаточное финансирование из местных бюджетов
Отделения социальной помощи на дому	Оказание высококвалифицированной специализированной помощи получателям услуг на дому и членам их семей	гарантированный объем специальных социальных услуг	Государственный бюджет → поставщик услуг	-Закон РК от 29.12.08г. № 114-IV «О спец. социальных услугах», -СТ РК 1173-2003 Соц.обслуживание населения. Соц. обслуживание на дому детей с ограниченными возможностями.	- Надомное обслуживание, особенно удобно для отдаленных районов; - ежедневный учет потребностей услугополучателей	- нет механизма оценки эффективности выполнения социальных услуг социальными работниками; - нет мониторинга и оценки степени удовлетворения услугополучателя

Продолжение таблицы 1.2

1	2	3	4	5	6	7
Территориальн. центры социального обслуживания	Дневное пребывание престарелых и инвалидов I, II и III групп, в т.ч. детей-инвалидов, нуждающихся в соответствии с ИПР или заключением медицинской организации в постороннем уходе и соц.обслуживании	Не менее гарантированный объем специальных социальных услуг	Государственный бюджет → поставщик услуг	СТ РК 1457-2005 Социальное обслуживание инвалидов и престарелых в отделении социал. помощи на дому, территориальных центрах, МСУ и МСО	- широкий спектр предоставляемых услуг; - материально-техническое обеспечение; - можно привлекать благотворительные средства	-бюджетные средства ограничены; -нет оккупационной терапии для взрослых; - слабо развиты территориальные центры
Специализир. коррекционные школы для детей с ограниченными возможностями	Расширение возможностей полноправного участия клиентов в жизни общества (получение или восстановление нарушенных профессиональных навыков, профессиональная ориентация и трудоустройство)	Бесплатное среднее общее образование, квота при получении среднего профессионального образования	Государственный бюджет → поставщик услуг	Закон РК «О социальной защите инвалидов»: ст.29 «Обеспечение инвалида условий для получения образования и дошкольного воспитания»; ст.30 и ст.31 «Проф. реабилитация инвалидов, их занятость и права в области трудовых отношений»	– Групповое общение – Квоты и льготы при поступлении в специальные профессиональные учреждения	–Профессиональное обучение ограничивается специальными школами. –Отсутствует инклюзивное обучение –Уменьшение дошкольных организаций с коррекционными группами
Примечание – Составлено автором с использованием источников [12; 17]						

социальных услуг населению участвуют три субъекта: «Центр социального обслуживания населения города Павлодара» (надомное обслуживание), дома-интернаты (МСУ и МСО) и общественные организации (НПО). Исследование действующих организационно-экономических механизмов специального социального обслуживания в Казахстане показало:

- Институциональное обеспечение, после принятия закона РК «О специальных социальных услугах» соответствует наиболее эффективным практикам обслуживания населения.

- Модель социального обслуживания в законе трансформировалась из распределительной в квази-конкурентную, т.к. в качестве поставщиков указаны субъекты государственного сектора, частного сектора, НПО, а также домохозяйства;

- финансовым механизмом социального обслуживания населения является перераспределительный механизм средств государственного бюджета;



Рисунок 1.14 - Структура социального обслуживания населения Павлодарской области

Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

- каждая из представленных форм специального социального

обслуживания (МСУ, территориальные центры, обслуживание на дому, частные дома-интернаты) имеет свои достоинства и недостатки, но согласно мировому опыту, доминирующим направлением должна стать деинституционализация и персонификация обслуживания, а также малые формы совместного проживания;

- спектр предоставляемых услуг в рамках социального обслуживания на дому для престарелых и инвалидов достаточно обширен, в то время как ранее он ограничивался социально-бытовыми услугами (покупка и доставка продуктов питания, уборка и т.д.), выполняемыми социальными помощниками на дому и медико-санитарными услугами. Для детей-инвалидов также предусматриваются услуги социального работника в рамках социально-педагогических услуг;

- из-за слабой институциональной базы не развита услуга профориентации и профреабилитации как эффективный метод интеграции инвалидов в общество;

- финансовый механизм частного сектора, занимающегося социальным обслуживанием формируется за счет благотворительности, даров частных лиц, платы лиц, которым оказываются услуги. Но доминирующей формой финансирования является коммерческая.

Одно из актуальных направлений социального обслуживания - формирование модели профессиональной реабилитации инвалидов в Казахстане.

### **1.3 Развитие услуги профессиональной реабилитации инвалидов в развитых странах**

В ряде стран в законодательных актах нашла отражение так называемая «позитивная дискриминация инвалидов», которая заключается в получении некоторых льгот по сравнению с остальным обществом по причине особых обстоятельств, в которых она находится. Такая концепция позволяет законодательно укрепить позиции социальной защиты инвалидов.

Одним из главных направлений государственной политики Республики Казахстан в сфере социальной защиты инвалидов Республики Казахстан является интеграция инвалидов в общество, что также подразумевает и их трудовую реабилитацию [19]. Согласно ст. 27 «Труд и занятость» Конвенции ООН государства-участники, в том числе и Казахстан, обязались признать право инвалидов на труд наравне с другими гражданами Казахстана [95]. Данное право дает инвалидам возможность зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно может выбрать или на который он свободно даст согласие, в условиях, когда рынок труда и производственная среда являются открытыми, инклюзивными и доступными для лиц с ограниченными возможностями. Законом Республики Казахстан «О занятости населения» инвалиды отнесены к целевым группам (статья 5 «Государственные гарантии в сфере занятости населения»), испытывающим затруднения в трудоустройстве и требующие социальной защиты. Согласно ст. 7 Закона РК «О занятости

населения» местные исполнительные органы обязаны обеспечить реализацию политики занятости путем установления квоты рабочих мест для инвалидов в размере 3% от общей численности рабочих мест, а также создания специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов (ст. 7 «Местные исполнительные органы»). А, согласно статье 9 данного Закона РК, работодатели, в свою очередь, обязаны выполнять установленную квоту рабочих мест для инвалидов (ст. 9 «Участие работодателей в обеспечении занятости населения») [58].

Несмотря на мощные законодательные аспекты по профессиональной реабилитации инвалидов, трудоустройство инвалидов в Казахстане, также как и во многих странах постсоветского пространства, осложняется весовыми препятствиями, а именно отсутствуют эффективные институциональные и организационно-экономические механизмы по реализации профессиональной реабилитации инвалидов [39]. По трудовой реабилитации инвалидов сложились следующие проблемы:

- низкая конкурентоспособность инвалидов на рынке труда;
- слабая образовательная база для трудоустройства на вакантные рабочие места;
- отсутствие инфраструктуры для беспрепятственного доступа на рабочее место;
- отсутствие экономических стимулов для работодателей по предоставлению инвалидам специально созданные условия труда и оплаты и другие;
- индивидуальной программой реабилитации инвалидов не учитываются особенности прав на труд инвалидов [40].

Для моделирования трудовой реабилитации и интеграции инвалидов в общество рассмотрим системы профессиональной реабилитации в европейских странах.

*Процесс профессиональной оценки и реабилитации инвалидов.* При изучении трудоустройства инвалидов в Европе выявилось, что процесс профессиональной реабилитации инвалидов состоит из двух взаимосвязанных составляющих компонентов, экспертизы и оценки, которые состоят из пятиэтапного процесса (рисунок 1.15) [35].

Содержание этапов является следующим:

1) С одной стороны происходит оценка навыков, способностей и интересов инвалида, по результатам которой формируется его личное дело. С другой стороны, с помощью методов оценки потенциального рабочего места проводится анализ требований к желаемой работе, по результатам которого формируются параметры работы.

2) Для принятия решения о возможности трудоустройства оценивается возможность адаптации инвалида к рабочему месту. Кроме того, с помощью данного сопоставления определяется состояние индивидуального пакета услуг (Индивидуального Плана Реабилитации), которые необходимы инвалиду для преодоления препятствий к трудоустройству [43].

Профессиональное обучение является одним из важных элементов в

процессе трудоустройства индивидуума. В процессе профессионального обучения инвалида необходимо найти индивидуальный подход к обучению каждого индивидуума [48]. Учитывая индивидуальные потребности обучаемого можно выделить следующие принципы профессионального обучения:



Рисунок 1.15 – Организационный механизм профессиональной реабилитации инвалидов

Примечание – Составлено автором с использованием материалов источника [75]

- обучение должно быть организовано таким образом, чтобы максимально соответствовать их индивидуальным потребностям;
- организации, осуществляющие профессиональное обучение, должны целенаправленно *развивать профессиональные навыки* у инвалида для потенциальной деятельности;
- обучение должно проводиться в *рабочей среде*, специально созданной для

целевых групп, либо быть приближенной к реальной рабочей обстановке;

- *временные ограничения* профессионального обучения должны быть тщательно продуманы для инвалида;

- необходимо предоставлять *социальные услуги* с целью социальной адаптации инвалидов на рабочем месте [59].

3) Цель следующего этапа - повысить уровень трудоспособности клиента. Здесь предоставляется необходимый пакет социальных услуг, а именно профессиональное обучение, физическое восстановление, приобретение ассистивной технологии.

4) Достигнутый уровень трудоспособности означает выход на определенный сектор рынка труда (защищенная занятость, поддерживаемая занятость, открытый рынок труда), который соответствует оптимизированному профессиональному потенциалу инвалида.

5) После трудоустройства необходимо консультирование инвалида на рабочем месте для обеспечения занятости на долгосрочной основе [75].

Ассоциации поставщиков социальных услуг активно действуют во всех европейских странах, где долгое время наблюдались коллективные формы поддержки занятости, но сейчас в большинстве данных стран большее внимание уделяют моделированию индивидуальной поддержки. В практике известна модель «Поддерживаемое трудоустройство», которая требует пересмотра требований рабочих мест от поставщиков услуг и создания новой функции – консультирования по трудоустройству, которая возлагается на специального консультанта (куратора). В лице консультанта по трудоустройству выступают специалисты в сфере занятости, которые помогают инвалидам получать «обычные» рабочие места на рынке труда. Функции консультанта по трудоустройству основываются на принципиальном подходе к человеку как личности, на выбор места работы для которой влияют индивидуальные потребности индивидуума, а не инвалидность. Работнику должны быть предоставлены все услуги по поддержке: от выбора вакансий до помощи при получении работы. Консультанты должны позитивно оценивать работу, которую инвалиды в состоянии выполнять, окружающую среду, индивидуальную поддержку [75].

Важным вопросом для устранения неравенств на рабочем месте является недоступность места работы и необустроенность рабочих мест. В связи с этим выделяют два подхода к организации рабочих мест для инвалидов: Северо-Американский (работодатель адаптирует рабочее место под известные ограничения занятых у него инвалидов) и Европейский (работодатель старается все рабочие места сделать доступными для занятости на них инвалидов) (рисунок 1.16).

*Модели трудоустройства инвалидов.* При выходе на определенный сектор рынка труда рассматривается несколько моделей занятости по отношению к трудоустройству целевых групп населения: поддерживаемая и защищенная (таблица 1.3).

*Трудовой куратор.* В зарубежной практике специалист по трудоустройству

Таблица 1.3 – Сравнительная характеристика моделей и механизмов трудовой реабилитации в европейских странах

	Финляндия	Франция	Германия	Ирландия	Италия	Великобритания
<b>Профессиональное обучение</b>						
Источник финансирования	Все организации финской реабилитационной системы	Ассоциация по Управлению Фондом Социализации инвалидов (AGEFIPH)	Правительство и служба занятости	Национального агентства по вопросам занятости (FAS)	Организация министра здравоохранения (A.S.L.)	Remploy, Remploy Interwork
Центр проф. реабилитации	Государственная служба занятости (PES)	- ЦПР (Центр Подготовки Работников)	- Институт начального обучения инвалидов (52 института)	- Общая программа - Специализированная программа	- курсы в спец. образов. центрах - стажировка, обучение на рабочем месте	«WORKSTEP» и «Доступ к работе»
Программы трудовой реабилитации	- Программа нац. социальной безопасности - Программа пенсии по выслуге лет	- ЦПС (Центр Подготовки Специалистов)	- Институт продолженного обучения инвалидов (28 институтов)			
<b>Защищенная занятость</b>						
Организации по трудоустройству инвалидов в мастерских	муниципалитет с ориентацией на инвалида	-Centres d'aides par le Travail -Ateliers Proteges	Integrationsprojekte (от 25% до 50% состав инвалиды)	Департаментом здравоохранения и детства	Социальное сотрудничество типа А и В («Cooperative Sociali»)	Remploy, Interwork
<b>Поддерживаемая занятость</b>						
Организация по трудоустройству	VATES Foundation	«Сервис плюс»	Интеграционная служба	24 консорциума разных по типу организаций	A.S.L и U.V.H	Организация Job Centre Plus
Виды поддержки	- Оценка способностей к работе инвалида - Помощь на рабочем месте - Руководство по услугам	- донорские институты - Европейская инициатива «Равные»	- подготовка к работе, - обучение, поиск, консультация по трудоустройству - поддержка	- консультация по трудоустройству -помощь на рабочем месте - руководство по социальным услугам	- «Добро пожаловать» (Accoglienza) - «Профессиональное руководство» (Orientamento) - «Сопровождение» (Accompagnamento)	-Составление досье -Анализ рабочего места -Консультация
Отличительные черты	Финансирование продолжается и после найма на работу	Нет стимулов для перехода к открытому рынку труда	Услуги консультанта инвалид оплачивает лично			Сохранение пособия при выплате зарплаты
<b>Экономический механизм поддерживаемой занятости</b>						
Частный сектор	Традиционная субсидия, комбинированная субсидия	Дотация на трудоустройство	<u>Служба занятости</u> Субсидирование заработной платы инвалида	Работодателю: - финансовая поддержка (ESP); - грант на покрытие расходов (FAS)	Субсидирование работодателя для компенсации налогов за инвалида	WORKSTEP – субсидии работодателю на зарплату инвалидов
Государственный сектор	Комбинированная субсидия, пособие по инвалидности	Компенсация за низкую производительность труда				

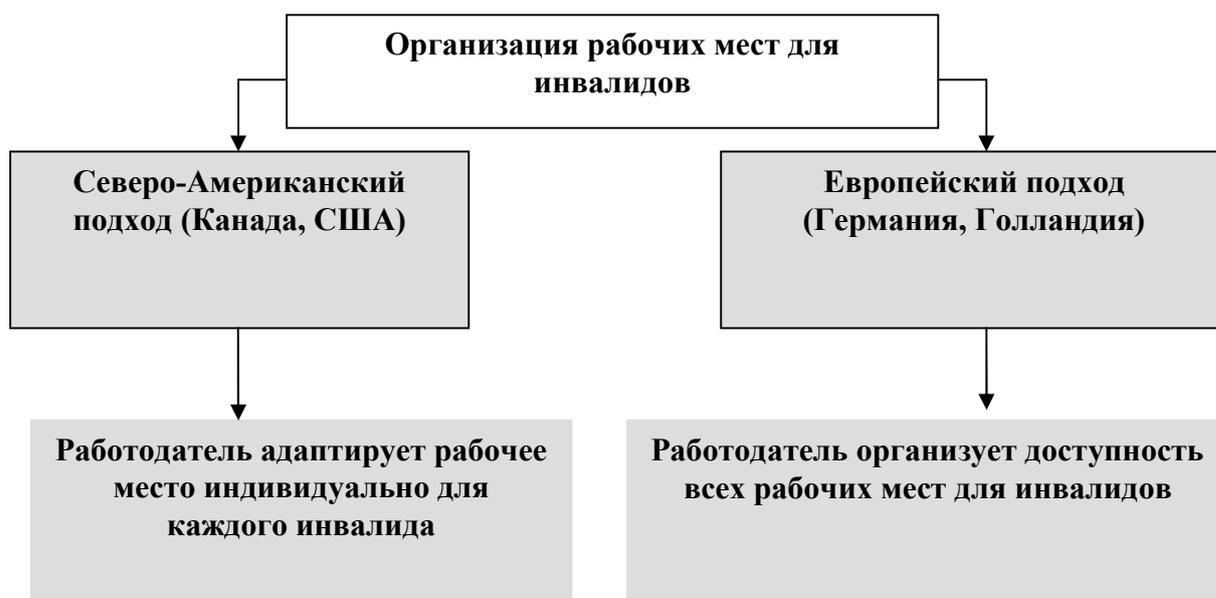


Рисунок 1.16 – Подходы к организации рабочих мест для инвалидов

Примечание - Составлено автором по источнику [66]

инвалидов называется «Job coach» (тренер, наставник), функции которого состоят в следующем:

- сбор информации о потенциальных работодателях для инвалида-соискателя;
- собеседование с работодателем о найме инвалида на рабочее место;
- адаптация на рабочем месте во время прохождения стажировки;
- помощь в развитии необходимых профессиональных навыков для качественного выполнения работы;
- индивидуальная помощь в решении возникающих проблем в области психологии, экономики ит.д. (с работодателем, с социальными и экспертными службами и пр.) [86].

Исследование деятельности кураторов в зарубежных странах показывает, что для успешного трудоустройства инвалида необходимо следующее:

- организовать доступность рабочих мест с последующим обустройством;
- на первоначальной стадии найти рабочее место, подходящее максимально под требования индивидуума;
- организация сети работодателей, предоставляющие услуги хорошего качества;
- личный контакт консультанта с работодателями, и предоставление им достоверной информации о претенденте на рабочее место;
- использование коротких сроков прохождения испытательного срока как основа для заключения трудового договора на долгосрочный период [89];
- после заключения трудового договора с работодателем необходимо периодически проводить мониторинг по профессиональной реабилитации инвалида на рабочем месте (таблица 1.4) [38].

Таблица 1.4 – Нагрузка на одного трудового куратора при «Поддерживающей занятости»

Страна	Нагрузка на 1 куратора	Период профессиональной реабилитации 1 соискателя-инвалида
Голландия, Норвегия	20-22 человек (10-12 тяжелые инвалиды)	3 года
Португалия	10-20 человек	4 года
Ирландия	20-40 человек	18 месяцев
Шотландия	6-10 человек (10-16 на практике)	4-6 месяцев
Испания	До 20 человек	9 месяцев
Финляндия	10-12 человек (максимум до 40)	60 дней
Примечание – Составлено автором по источнику [65]		

*Модели финансирования «Поддерживающая занятость».* Существует несколько способов финансирования модели «Поддерживающая занятость»: стабильное, на основе результатов, смешанное. Выбор модели финансирования зависит от ситуации, в которой находится инвалид-соискатель (рисунок 1.17).

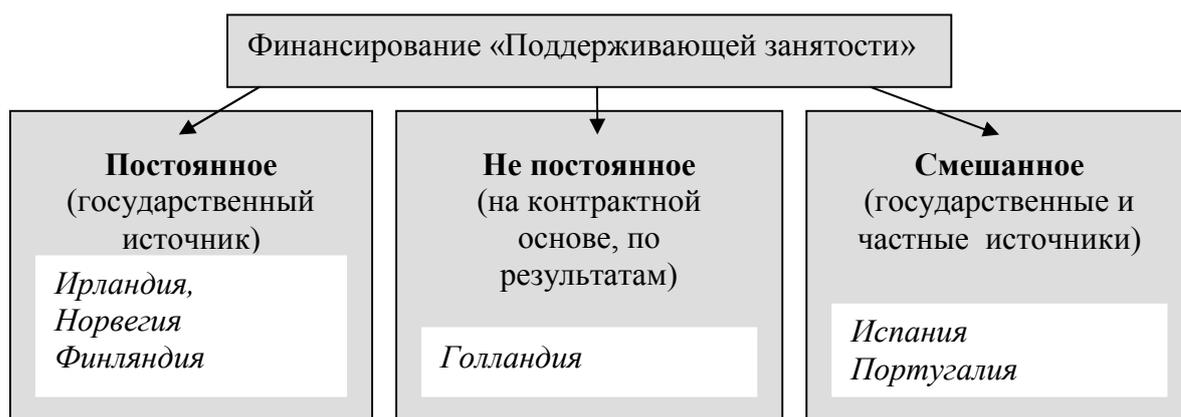


Рисунок 1.17 – Модели финансирования «Поддерживающей занятости»

Примечание – Составлено автором по источнику [81]

При *постоянном финансировании* службы занятости должны получить одобрение со стороны государственных структур и отчитываться о расходовании средств. Следовательно, у поставщиков услуг для инвалидов два вида потребителей: услугополучатели и работодатели [82].

При *смешанном финансировании* государственные Департаменты труда финансируют проекты по «профессиональному обучению», а службы трудоустройства ежегодно подают заявки на проведение данных курсов. Некоторые службы дополнительно финансируются муниципалитетами или региональными властями. То есть финансирование служб основано на выделяемых средствах на обучение Департаментом труда и спонсорских средствах, привлекаемых проектом [65, с.55]. Что касается субсидирования, то, например, в Португалии прекращается выплата пособия по безработице в

размере 374 евро на время работы независимо от размера заработной платы. Если инвалид ранее работал, он может получать пособие по безработице, что составляет 70% от средней зарплаты или минимальную зарплату [64].

В Голландии используются тендеры, проводимые Общественной страховой компанией (UWV), что является мощным стимулом для трудоустройства соискателя в кратчайшие сроки. Сумма выплаты для службы в Голландии зависит от количества рабочих часов соискателя, то есть, если соискатель работает неполный рабочий день, то куратор тратит на сопровождение и обучение меньше времени, следовательно, уменьшается финансирование. Финансирование работы с одним соискателем длится 3 года. В первый год служба получает 15% от количества рабочих часов соискателя, во второй год — 7,5%, а в третий — 6%. Финансирование составляет 72 евро в час [65, с.77]. В Голландии альтернативный вариант зарплате — это пособие в размере 70% от минимальной заработной платы и некоторые льготы на оплату жилья. И если инвалид работает больше 20 часов в неделю, то его зарплата получается больше пособия [92].

При применении модели «защищенная занятость» в практике зарубежных стран известны «защищенные мастерские», миссия которых заключается в привлечении в процесс трудоустройства инвалидов всех заинтересованных агентов рынка. Поставщики социальных услуг также должны взять на себя функции консультантов по трудоустройству лиц с ограниченными возможностями [105]. Основная идея «мастерских» состоит в том, что они не должны становиться единственным выходом для инвалидов трудоустроиться, а должны предлагать возможности для развития и получения квалификации.

*Экономические меры «Поддерживающей занятости».* Практика зарубежных стран показывает, что трудоустройство лиц с ограниченными возможностями работодателями до сих пор не приветствуется по некоторым социальным и экономическим причинам (рисунок 1.18).

По результатам исследований зарубежных стран можно утверждать, что на открытом рынке труда инвалиды могут быть эффективными сотрудниками. Задача консультантов состоит в убеждении работодателей о выгоде найма инвалидов. В зарубежных странах существует ряд правительственных целевых программ, которые стимулируют работодателей нанимать на работу лиц с ограниченными возможностями. Механизмы таких программ могут варьироваться от снижения налогов до субсидий на покупку оборудования в зависимости от страны [109].

Специфическая поддержка по эффективному обучению инвалидов и финансовое стимулирование могут дать работодателям от найма инвалидов экономическую выгоду, наравне с другими сотрудниками.

**Финляндия.** Финская система образования для инвалидов предлагает те же самые квалификации, которые доступны основному населению, с целевым направлением повысить их трудоспособность. Государственная Служба Занятости (PES) является основным координатором в сфере профессиональной реабилитации.

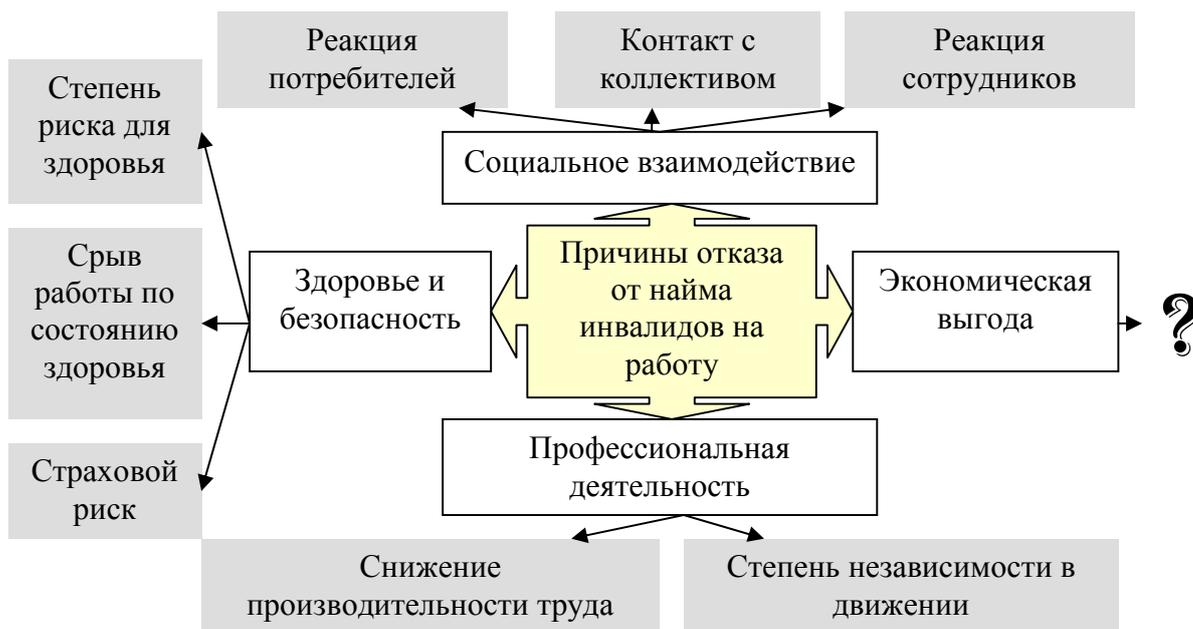


Рисунок 1.18 – Основные причины отказа от найма инвалидов на работу

Примечание – Составлено автором по источникам [59; 75]

Испытательный срок рассматривается как одна из форм трудового обучения, так как в его рамках предлагается обучение и получение опыта на рабочем месте. В законодательстве Финляндии большое внимание уделяется трудовой реабилитации инвалидов, представленная трехуровневой системой: профессиональное образование, переподготовка инвалидов, консультация на рабочем месте [68].

«Защищенные мастерские» – это финансируемые муниципалитетом организации, которые предоставляют работу, в первую очередь, инвалидам. Финские защищенные мастерские имеют ряд проблем связанных с системой оплаты труда, то есть уровень зарплаты остается низкими и взаимопересечение пособий, пенсий и зарплат вызывает проблемы. Но принятым законодательством выплата пенсии по инвалидности приостанавливается при трудоустройстве инвалида [75].

*Поддерживаемая занятость.* Модель «поддерживаемой занятости» в Финляндии базируется на англо-американских моделях (обучение за счет фонда реабилитации), а рекомендации основываются на ирландской модели поддерживаемого трудоустройства. «VATES Foundation» – финская организация, которая занимается трудоустройством инвалидов [75].

Поддержка состоит из оценки способности к работе, помощи на рабочем месте и руководства по услугам. В отличие от других систем профессиональной реабилитации, финансовая поддержка не заканчивается при найме на работу. Получение этой дополнительной финансовой помощи считается элементом удержания человека на работе [67].

*Финансовая поддержка при «Поддерживающей занятости».* Для стимулирования инвалидов выйти в открытый рынок труда финские политики разработали несколько форм субсидированного трудоустройства:

- *Субсидированное трудоустройство* в частном секторе – это традиционная политическая мера, при которой работодатель ежемесячно получает субсидию как компенсацию за любое потенциальное снижение продуктивности, последовавшее ввиду инвалидности. Уровень компенсации остается одинаковым на протяжении всего периода занятости (2 года с возможным продлением еще на два года). Размер компенсации, предоставляемой работодателю, в основном зависит от переговоров между ним и государственной службой занятости [75].

- *Комбинированная субсидия* доступна как в государственном, так и в частном секторе и предполагает увеличенную компенсацию за первый год работы инвалида. Со второго года уровень компенсации снижается до стандартного. Не смотря на то, что субсидированная занятость традиционно используется для поддержки статуса инвалидов на открытом рынке труда, она также применяется ко всем другим целевым группам финской политики занятости. Размер компенсации включает в себя базовое пособие по безработице и субсидию по трудоустройству. Эти средства обычно покрывают все расходы по занятости, и заработная плата сотрудника может быть выше, т.к. работодатель получает большую компенсацию за первый год [75]. Однако субсидированная занятость в государственном секторе активно критикуется за отсутствие постоянства в работе, потому что субсидии на заработную плату ведут к циркулирующей безработице. Исходя из этого (хотя субсидированная занятость в частном секторе классифицируется как поощрительная программа по трудоустройству), субсидированная занятость в центральных государственных институтах или муниципальном секторе рассматривается как непосредственное создание рабочих мест [75].

- Другой программой поощрения занятости, доступной инвалидам в дополнение к субсидированной занятости, является *пособие по инвалидности*, связанное с трудоустройством. Институт социального страхования предоставляет пособие по инвалидности, связанное с трудоустройством, которое выплачивается во время работы, обучения и безработицы. Потому у инвалида есть возможность получить поддержку на рынке труда во время прохождения обучения на рабочем месте или зарабатывания средств. При этом он получает дополнительные финансовые ресурсы. Пособие выплачивается по трем уровням в зависимости от степени инвалидности человека [75].

**Германия.** Весь финансовый механизм прописан в Германии в законодательстве. И если организация по каким-либо причинам не принимает инвалида на работу, то в обязательном порядке вносит плату в «Фонд интеграции», который направляет полученные средства в специально созданные организации. Такой фонд действует во всех землях Германии [105].

*Профессиональное обучение.* По возможности процесс обучения инвалида должен проходить в тесном контакте с обычными сотрудниками. Инвалиды с

умственными расстройствами могут быть приняты в один из 52 Институтов Начального обучения инвалидов (Berufsbildungswerke), где около 12000 мест для обучения. С целью продолжающего образования или обучения новой специальности они могут быть зачислены в один из 28 институтов Продолженного обучения инвалидов (около 15 000 мест) [75].

*Защищенные мастерские.* Так как в мастерских примерно 70% - это инвалиды с умственными расстройствами, следовательно, у работников нет обычного трудового контракта, а значит они не получают зарплату в полном объеме. Существует ряд специальных программ по стимулированию перехода к обычной занятости, однако многие остаются в мастерских [65].

Были созданы проекты, напоминающие «защищенные мастерские», где 25-50% составляли сотрудники с тяжелыми формами инвалидности (Integrationsprojekte). Такие проекты, которые в принципе принадлежат обычному рынку труда, могут быть созданы как подразделение компании (ранее существовали в Западной Германии), или как компании по взаимопомощи, или специальные секции для инвалидов в обычных компаниях (в Восточной Германии) [65].

Для инвалидов, работающих в мастерских выплачивается рабочее пособие, которое составляет 26 евро в месяц при условии, если сумма заработной платы и данного пособия не превышает 325 евро в месяц. Если месячная заработная плата больше 299 евро, то инвалиду выплачивается разница между заработной платой и пособием [60].

*Поддерживаемая занятость.* «Концепция поддерживаемой занятости» (Unterstützte Beschäftigung) включает в себя обучение, поиск работы, консультации по трудоустройству и поддержку на рабочем месте. Источником финансирования является Интеграционная служба (Integrationsfachdienste). Получение текущей поддержки на долгосрочный или неопределенный период времени остается проблематичным, хотя Социальный Кодекс (Arbeitsassistenz) предоставляет «персональную поддержку на рабочем месте». Персональный ассистент может быть непосредственно нанят инвалидом (Selbstorganisierten, Arbeitsassistenz), может работать на организацию, услуги которой оплачивает инвалид из личных средств (Dienstleistungsmodell), или нанимается работодателем, на которого работает инвалид (Arbeitgeberorganisierte, Arbeitsassistenz) [65].

*Экономический механизм «Поддерживаемой занятости».* Поддержка инвалидов на пути к рынку труда – обязанность Службы Занятости (Arbeitsamt), а также особой Государственной службы по работе с лицами, имеющие тяжелые формы инвалидности (Integrationsamt). Данные службы полагаются в основном на услуги, предоставляемые третьими сторонами (Integrationsfachdienste), которые сопровождают инвалида на всем пути к рынку труда: оценка, поиск программ обучения или рабочего места, информирование и поддержка работодателей и коллег [65].

В случае необходимости «Integrationsfachdienste» использует «метод личного дела» для выяснения способностей человека и наиболее подходящей

для него работы. Оценка может продолжаться в течение месяца, после чего человек приступает к работе, либо три месяца, если человек направляется в защищенную мастерскую (Eingangsverfahren) [75].

Служба занятости является основным поставщиком субсидий по занятости. Они полностью покрывают расходы на заработную плату за 3 месяца испытательного срока. Расходы частично (от 30% до 70%) покрываются при всех других вариантах обычной занятости, в зависимости от многих факторов, таких как степень инвалидности, возраст человека, длительность периода без работы, частичная или полная занятость, предварительная работа в защищенной мастерской, и т.д. Однако, ни одна из данных субсидий не является постоянной (максимальная продолжительность выплат составляет 60 месяцев) [65].

Для немецкой организации, где численность работников превышает 40 человек, квота по трудоустройству составляет 5% - люди с инвалидностью. В Германии выплаты в фонд интеграции производятся в обязательном порядке, и суммы существенные - от 180 до 500 евро в месяц за инвалида. Фонд интеграции использует финансовые средства на открытый (30%) и закрытый (70%) рынок труда для организации рабочих мест [65].

**Великобритания.** Чтобы увеличить занятость инвалидов в Великобритании, «поддерживаемая занятость» должна иметь широкое распространение, принимая во внимание следующие рекомендации:

- «поддерживаемой занятости» должна финансироваться из фонда модернизированной программой WORKSTEP;

- необходимо усилить связь Агентства по «поддерживаемой занятости» и Советников с целью обеспечения доступа к модели поддерживаемой занятости через любую форму;

- пособия должны мотивировать инвалидов к трудоустройству;

- обеспечить поддержку молодым инвалидам переход к трудоустройству после окончания школы, колледжа [67].

*Профессиональное обучение.* В Великобритании существуют многие программы по трудоустройству, в которых могут принять люди в возрасте от 25 до 63 лет, которые находятся без работы более 6 месяцев. Программа под названием «Программа обучения на рабочем месте для взрослых людей» направлена на людей, которые потеряли работу и им нужно получить новые навыки. Инвалиды могут принять в ней участие, если они остались безработными [75].

*Защищенная занятость.* Remploy – компания, субсидируемая государством, чья деятельность ограничена специальной гарантией. Компания состоит из 90 фабрик, на которых работает 6684 человека и Службы Remploy и Interwork, в которой работают 4925 инвалида (данные за 2011 год). Программа компании Remploy предлагает стабильную и хорошо оплачиваемую работу. Она реализуется в рамках инициативы местных властей и волонтерских организаций WORKSTEP, которой предоставляются поддерживаемые рабочие места [75].

Interwork предоставляет субсидию по заработной плате, согласованную с работодателем на основе анализа продуктивности. Сотрудники переходят от системы социальной поддержки (исключая приоритетные пособия) к работе более 16 часов в неделю для того, чтобы иметь право принять участие в программах. Существует большое количество людей с проблемами в обучении в программах Interwork. Этот показатель ниже в мастерских Remploy [75].

*Поддерживаемая занятость.* Агентство по «поддерживаемой занятости» масштабно финансируется из бюджетов социальных служб местных властей. Эти службы составляют профессиональное досье, ориентируясь на интересы работодателя; анализируют рабочее место для оптимального понимания работы и соотношения ее с клиентом; консультируют на рабочем месте; дают оценку. Программа WORKSTEP стала достаточно гибкой для того, чтобы оплачивать услуги консультанта по трудоустройству или осуществлять выплату работодателю за поддержку на рабочем месте. Программа «Доступ к работе» может использоваться для получения поддержки на рабочем месте на ограниченный период времени [75].

- *Реинтеграция в открытый рынок труда.* Для трудоустройства инвалид обращается в организацию «Job Centre Plus», где его направят к Советнику по вопросам занятости инвалидов (рисунок 1.19). Советник пригласит дополнительных региональных экспертов для проведения более тщательного анализа.

Советники по вопросам трудоустройства инвалидов проведут оценку и разработают план действий с инвалидом по одной из схем:

- «Схема подготовки к работе» – это специально разработанная для инвалидов программа по поддержке до 6-13 недель, в рамках которой обычно предоставляется неоплачиваемая работа для получения опыта, а также мероприятия по персональному развитию, проводимые поставщиком услуг.

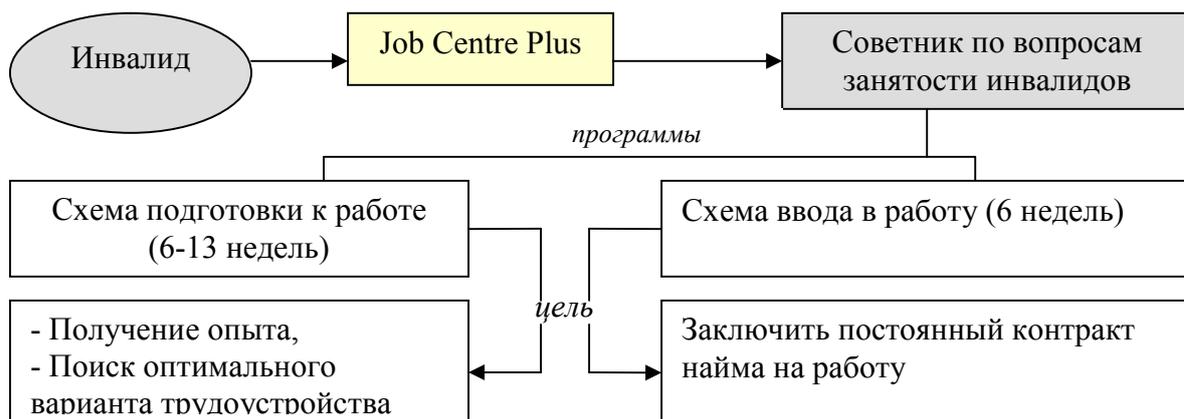


Рисунок 1.19 – Процесс реализации трудовой реабилитации инвалидов Великобритании при интеграции в открытый рынок труда

- Эти программы используются для оценки лучших вариантов трудоустройства и помощи по выработке навыков у человека.

- «Схема введения в работу» предлагает 6 недель дополнительного

финансирования работодателей и обычно используется для преодоления короткого вводного испытательного срока до заключения постоянного контракта [75].

Субсидированная занятость: WORKSTEP – это центральная программа, финансируемая правительством. Она направлена на предоставление работы инвалидам, которые в последствии могут принять участие в неподдерживаемой занятости. Программа предлагает рабочие места в 145 муниципалитетах или волонтерских организациях, предоставляющих услуги. WORKSTEP также предлагает возможность поддерживаемой занятости через 200 организаций, при этом люди направляются на работу в обычные компании. В 90-х годах это достигалось в основном за счет предоставления работодателю субсидии на заработную плату, уровень которой определялся в соответствии с продуктивностью инвалида. Сейчас финансирование в рамках программы WORKSTEP может быть использовано для получения других услуг по поиску долгосрочной занятости на открытом рынке труда, включая оплату услуг консультантов по трудоустройству, кураторства и обучения на рабочих местах [65].

Изучив систему трудовой реабилитации индивидов с ограниченными возможностями в развитых странах можно систематизировать её организационные и экономические механизмы:

- повсеместно применяется многоступенчатый экономический механизм стимулирования работодателей при найме работников с ограниченной работоспособностью и самих работников с ограниченными возможностями при прохождении профессиональной реабилитации;

- для поддержки инвалидов при трудоустройстве создана сеть специализированных институтов по определению степени трудоспособности, профессиональному ориентированию и профессиональной реабилитации со специализированным штатом педагогов, психологов, социальных работников и специалистов – профессионалов;

- с целью интеграции инвалидов в открытый рынок труда развит организационно-экономический механизм «поддерживающей занятости»;

- для трудоустройства инвалидов со значительными нарушениями здоровья сохранена система «защищенных мастерских» и система мер их экономической поддержки.

## **2 АНАЛИЗ И ОЦЕНКА МЕХАНИЗМА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **2.1 Анализ системы социального обслуживания в условиях полного стационара**

В Казахстане социальная защита инвалидов и работа по их реабилитации, а также их интеграции в общество осуществляется в рамках:

- Закона РК от 13 апреля 2005 года № 39 «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»

- Закона РК от 11 июля 2002 года № 343 «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями»;

- Закона РК от 29 декабря 2008 года №114-IV «О специальных социальных услугах» и соответствующих постановлений Правительства Республики Казахстан;

- «Программы реабилитации инвалидов на 2008-2011 годы», согласно которой разработаны региональные программы.

В соответствии с ними основные усилия направлялись на обеспечение доступности социальной, профессиональной и медицинской реабилитации; предоставлении инвалидам современных технических компенсаторных (вспомогательных) средств реабилитации; взаимодействие с общественными объединениями и иными организациями, осуществляющими функции по защите прав и законных интересов инвалидов.

По состоянию на 1 января 2013 года численность инвалидов в Республике Казахстан составила 506,4 тыс. человек (2,9% к общей численности страны), в том числе 45,8 тыс. детей-инвалидов. А в Павлодарской области на обслуживании находилось 27346 инвалидов и престарелых (что составляет 2,0% от общей численности населения области), в том числе 2385 детей-инвалидов с детства и детей с сохраненным интеллектом, то есть 0,3% от общей численности населения по области.

Преимущественным типом социальных учреждений остаются крупные дома-интернаты, в которых преобладает общий уход и сохраняется изолированность опекаемых лиц, препятствующая их интеграции в общество.

По состоянию на начало 2013 года система социального обслуживания лиц с ограниченными возможностями в Республике Казахстан имеет следующую структуру обслуживания:

- 160 отделений социальной помощи на дому – для семей, воспитывающие детей-инвалидов и ухаживающие за инвалидами с психоневрологическими патологиями (обслуживаются более 14000 инвалидов);

- 303 отделения социальной помощи на дому - для престарелых и инвалидов (обслуживаются свыше 32,5 тыс. одиноких и одинокопроживающих лиц);

- 101 МСУ для инвалидов и престарелых, профилированных в соответствии с возрастом и состоянием здоровья инвалидов (49 – домов-

интернатов общего типа, 32 – психоневрологических интернатов, три дома-интерната для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 17 – детских психоневрологических интернатов), где на обслуживании находится свыше 18 000 инвалидов и престарелых;

– 11 территориальных центров для инвалидов (в Алматинской, Атырауской, Жамбылской, Костанайской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях). В 2011 году введен в эксплуатацию реабилитационный центр на 150 мест в Кызылординской области.

По состоянию на 1 января 2013 года в Павлодарской области систему социальных учреждений для людей, нуждающихся в посторонней помощи и специальном уходе осуществляет восемь подведомственных УКЗиСП домов-интернатов (четыре – для престарелых и инвалидов, один – для инвалидов и участников войны, один – для умственно-отсталых детей, один – для психохроников, один – для детей с ограниченными возможностями).

Рассмотрим фактическую численность проживающих в МСУ за последние четыре года, где в соответствии с таблицей 2.1 зарегистрировано по состоянию на 1 января 2013 года в общем 1454 опекаемых, из них 59% составляют инвалиды.

Таблица 2.1 – Данные по численности проживающих и обслуживающихся в домах-интернатах Павлодарской области за 2009-2012 гг.

Наименование учреждения	Количество проживающих в МСУ, человек								Изменение в 2012г. к 2009г.
	2009г.		2010г.		2011г.		2012г.		
	всего чел.	в т.ч. инвалиды	всего чел.	в т.ч. инвалиды	всего чел.	в т.ч. инвалиды	всего чел.	в т.ч. инвалиды	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов Павлодарской области»	257	75	267	75	267	75	300	75	+43
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа» г.Аксу	213	63	215	65	215	65	241	70	+28
ГУ «Дом-интернат «Забота» для престарелых и инвалидов» Щербактинского района	11	-	12	-	12	-	12	-	+1
ГУ «Иртышский дом-интернат для престарелых и инвалидов Павлодарской области»	32	5	34	5	34	5	34	4	+2
ГУ «Санаторий для инвалидов и участников войны «Ардагер үйі» Павлодарской области»	855	20	1179	23	117	23	945	10	+90

Продолжение таблицы 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ГУ «Областной дом-интернат для умственно-отсталых детей»	27	5	59	3	59	3	60	2	+33
ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохроников»	496	496	500	500	500	500	645	645	+149
ГУ «Областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями»	51	51	149	149	149	149	233	233	+182
Итого проживает	936	419	1087	648	1087	648	1454	861	+518
Итого посетили и прошли лечение	1006	296	1328	172	1328	172	1016	178	+55
Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области									

Увеличение численности проживающих в домах-интернатах наблюдается, в основном, в ДИИП для психохроников, и рост в 2012 году в сравнении с 2009 годом составил 149%. Также мощный темп роста наблюдается в реабилитационном центре на 182%. Увеличение койко-мест в данных учреждениях связано с объемом государственного финансирования и обеспечением дополнительным оборудованием и помещением.

Изучив подробнее группы «инвалиды» и «престарелые», обслуживаемых в домах-интернатах Павлодарской области за период 2009-2012 гг. можно наблюдать в структуре рост численности престарелых (рисунок 2.1) и инвалидов (рисунок 2.2) в рассматриваемых периодах.

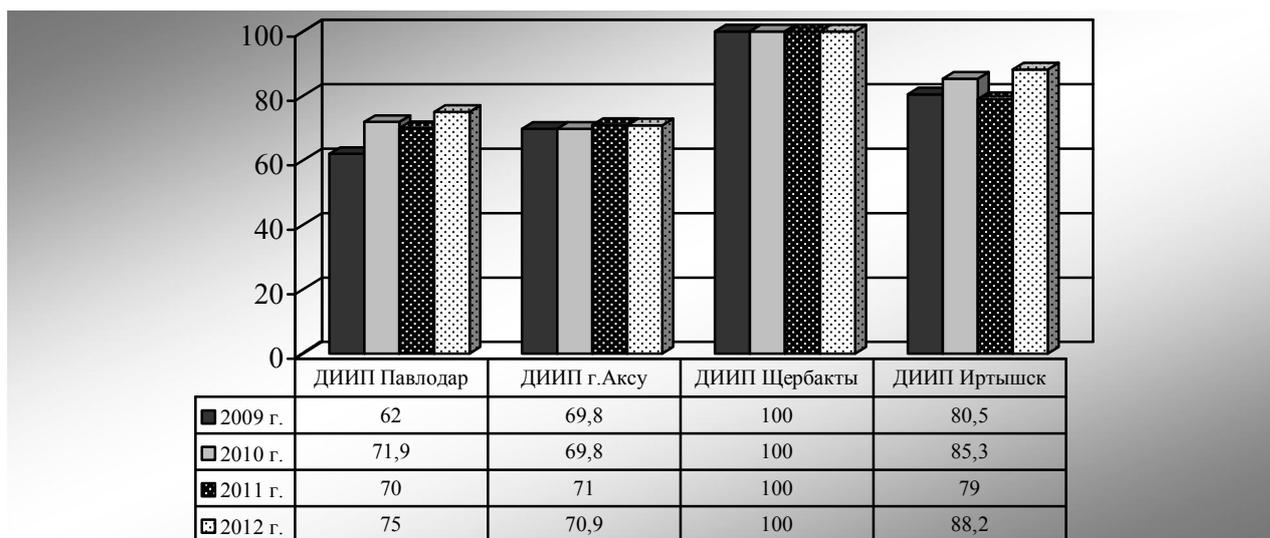


Рисунок 2.1 – Структура престарелых, проживающих в домах-интернатах Павлодарской области в 2009-2012 гг., в процентах

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

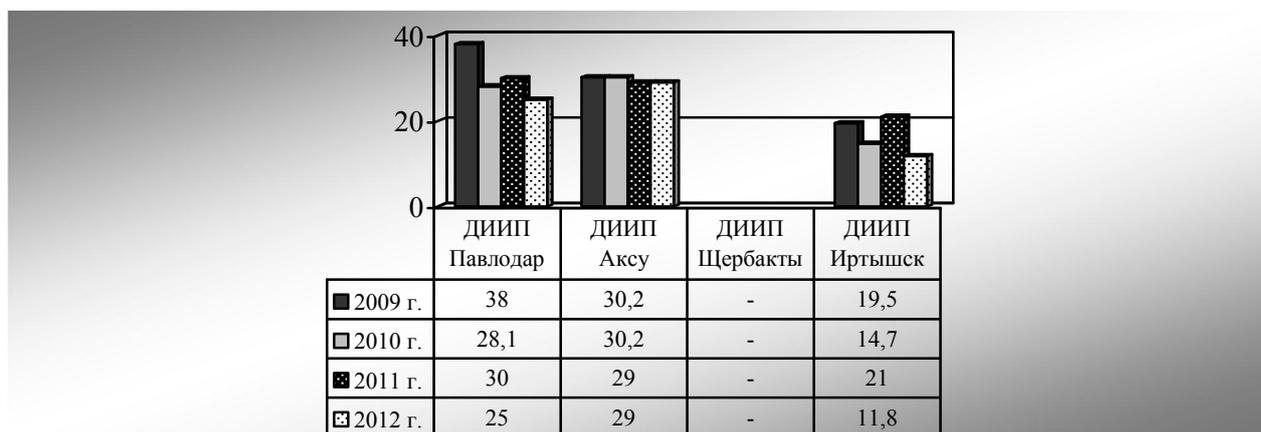


Рисунок 2.2 – Структура инвалидов, проживающих в домах-интернатах Павлодарской области в 2009-2012 гг., в процентах

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

При изучении возрастной структуры инвалидов и престарелых, проживающих в МСУ, представленной на рисунке 2.3 видно, что доля клиентов МСУ в возрасте до 50 лет является доминирующей, причем 60% из них являются инвалиды.

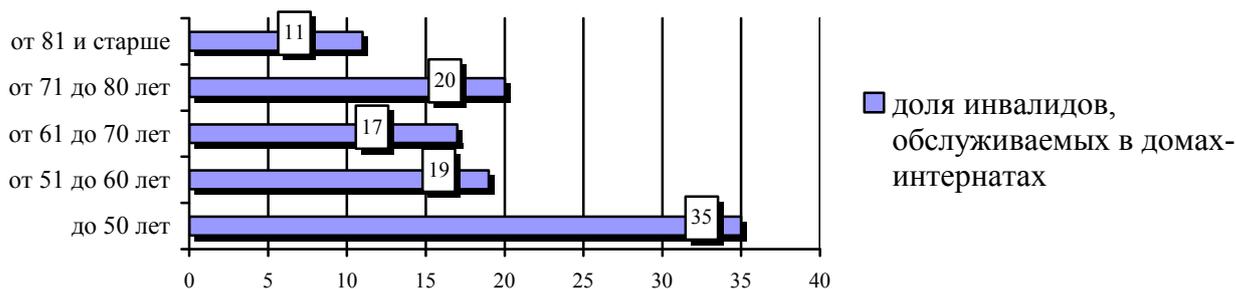


Рисунок 2.3 – Возрастная структура численности престарелых и инвалидов, проживающих в домах-интернатах Павлодарской области по состоянию на 01.01.2013 г., в процентах

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

Если рассматривать социальную группу «инвалиды», за долгосрочный период, то можно отметить, что количество обеспеченных специальными социальными услугами по Павлодарской области на 01.01.2013 год составляет 861 человек.

За последние года наблюдается рост обслуживаемых в домах-интернатах, что связано с увеличением бюджетного финансирования данных учреждений, мощной комплектацией специальным оборудованием (рисунок 2.4).

При этом численность проживающих за период с 2004 по 2005 гг. уменьшается, что связано с ограниченностью койко-мест и отсутствием специальных средств для восстановления состояния здоровья опекаемых [98].

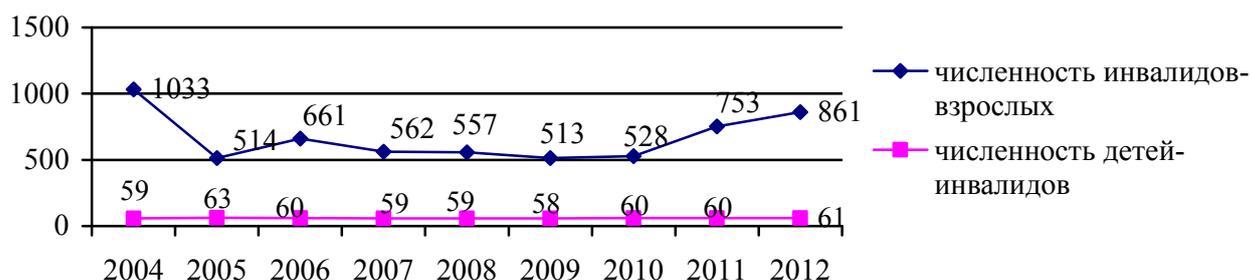


Рисунок 2.4 – Динамика фактической численности проживающих престарелых и инвалидов старше 18 лет и детей-инвалидов в домах-интернатах Павлодарской области за 2004-2012 гг.

Примечание - Составлено автором по данным Агентства статистики РК

Также необходимо отметить, что на снижение численности контингента повлияло увеличение количества специальных учреждений образования на основании вступления в действие Закона РК «О социальной медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями» [70]. Начиная с 2004 года и до текущего периода действуют [71]:

- три кабинета психолого-педагогической коррекции в Качирском, Иртышском, Баянаульском районах;

- специальная коррекционная школа для подростков с девиантным поведением в городе Павлодаре;

- областной детский сад для детей с нарушением слуха в городе Павлодаре. В 2004 году открылись и действуют:

- три психолого-медико-педагогические консультации в городах Павлодар, Аксу, Экибастуз;

- два коррекционных класса для детей с задержкой психического развития в поселке Теренколь (ранее Кашыр) Качирского района (ОСШ №1,2) [72].

В 2005 году открылись и функционируют:

- шесть кабинетов психолого-педагогической коррекции в Актогайском, Железинском, Майском, Лебяжинском, Успенском, Щербактинском районах;

- два коррекционных класса для детей с задержкой психического развития в селах Песчаное и Воскресенка Качирского района;

- два коррекционного класса для детей с задержкой психического развития в г.Экибастузе;

- семь коррекционных классов в г.Павлодаре [73].

В Павлодарской области принимают основную долю нуждающихся в услугах, в основном, два дома-интерната, Павлодарский и Аксуский (рисунок 2.1 и 2.2). Для более полной оценки обслуживания проживающих в домах-интернатах рассмотрим наличие и состояние материально-технической базы домов-интернатов за 2009-2012 гг. (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Данные по материально-технической базе подведомственных домов-интернатов за 2009-2012 гг.

Наименование учреждения	Тип здания	Коммунальное обеспечение			Площадь спальных помещений, кв.м.				Наличие транспорта, ед.			
		водоснабжение	канализация	отопление	2009 год		2012 год		2009 год		2012 год	
					всего	на 1-го опекаемого	всего	на 1-го опекаемого	кол-во	износ	кол-во	износ
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов Павлодарской области»	типовое	центр.	центр.	центр.	2096,6	8,5	2096,6	8,6	3	38%	3	45%
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа» г.Аксу	типовое	центр.	центр.	центр.	2041,1	9,4	2041,1	9,3	2	52%	2	70%
ГУ «Дом-интернат «Забота» для престарелых и инвалидов» Щербактинского района	приспособленное	центр.	местная	местная	101,9	8,5	101,9	8,7	-	-	-	-
ГУ «Иртышский дом-интернат для престарелых и инвалидов Павлодарской области»	типовое	местное	местная	центр., местное	510,6	18,8	510,6	18,4	-	-	-	-
Итого					4750,2		4750,2		5		5	
ГУ «Санаторий для инвалидов и участников войны «Ардагер үйі» Павлодарской области»	типовое	центр.	центр.	центр.	561,1	5,6	561,1	5,4	2	35%	2	45%
Итого					561,1		561,1		2		2	
ГУ «Областной дом-интернат для умственно-отсталых детей»	приспособленное	центр.	центр.	центр.	228,0	3,8	228,0	3,9	3	10%	3	16%
ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохроников»	типовое	местное	местное	местное	1927,3	4,0	1927,3	4,1	9	70%	9	78%
ГУ «Областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями»	типовое	центр.	центр.	центр.	239,5	4,5	375,5	7,5	2	72%	2	80%
Итого					2394,8		2530,8		14		14	
Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области												

По изучению состояния материально-технической базы ДИИП можно сделать следующие выводы, а именно территории домов-интернатов имеют ограждения, частичное озеленение, частично или полностью асфальтированы, и имеются подъездные пути. В то же время наблюдаются некоторые недостатки по расположению зданий, например, Иртышский дом-интернат расположен в двух зданиях, которые находятся друг от друга на расстоянии 3,2 км.

По результатам проведенного нами мониторинга качества предоставления услуг в домах-интернатах техническое оснащение оценено удовлетворительно.

Хотя результаты анализа, приведенные в таблице 2.2, позволяют сделать вывод о ряде негативных характеристик материально-технической базы в домах-интернатах Павлодарской области за 2009-2012 гг.

На сегодняшний день актуальна проблема в определении инвалидов с психоневрологическими заболеваниями, очередность которых составляет 384 человек.

В связи с тем, что санатории не относятся к медико-социальным учреждениям, так как осуществляются только лечебные и оздоровительные услуги, УКЗиСП планирует на базе ГУ «Областной санаторий для ветеранов войны и труда «Ардагер үйі» создать реабилитационный центр для инвалидов, где будет проводиться социальная реабилитация и адаптация инвалидов всех групп по общему заболеванию, профессиональному заболеванию и трудовому увечью.

И в то же время, учреждения, оказывающие специальные услуги, на сегодняшний день в соответствии с таблицей 2.2, имеют ряд выраженных проблем, а именно:

- имеющиеся в наличии оборудование и здания имеют высокий моральный и физический износ, так как дома-интернаты начали своё функционирование ещё в советский период и были оснащены оборудованием, которое отвечало требованиям советского времени. Износ зданий составляет в среднем 60%, а оборудования 60-70%.

- необходима реконструкция и модернизация основных зданий и сооружений, строительство новых хозяйственных построек, так как имеются приспособленные здания;

- не во всех учреждениях имеется централизованное отопление, водоснабжение и канализация, что очень важно для людей с ограниченными возможностями;

- площадь спальных помещений на одного опекаемого в областном доме-интернате для умственно-отсталых детей за рассматриваемый период равна 3,8 кв.м. на одного опекаемого.

Опекаемые расположены в одно- и двухместных комнатах, в среднем на одного опекаемого приходится 7,9 кв.м. [106].

Исследуем динамику расходов на содержание подведомственных учреждений Павлодарской области без учета и с учетом инфляции, где наблюдается в 2012 году по сравнению с 2009 годом тенденция роста бюджетного финансирования (таблица 2.3) [71-73].

Таблица 2.3– Анализ расходов на содержание подведомственных учреждений Павлодарской области за 2009-2012 гг., тыс.тенге

Наименование учреждения	Расходы на содержание МСУ					Изменени е без учета инфляции в 2012г. к 2010г.	Измени е с учетом инфляции в 2012г. к 2010г.
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.			
				без учета инфляции	с учетом инфляции		
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов Павл.области»	139484,0	142109,0	141995,8	131721,5	+2511,8	-7762,5	+1283,9
ГУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа» г. Аксу	103952,2	127207,0	126146,3	117018,8	+22194,1	+13066,6	-6155,7
ГУ «Дом-интернат «Забота» для престарелых и инвалидов» Щербактинского района	6495,2	8924,0	8892,6	8249,2	+2397,4	+1754,0	+3583,5
ГУ «Иртышский дом-интернат для престарелых и инвалидов Павлодарской области»	14115,7	18497,0	17794,1	16506,6	+3678,4	+2390,9	+5336,4
Итого	264047,1	296737,0	294828,8	273496,1	+30781,7	+9449,0	+4048,1
ГУ «Санаторий для инвалидов и участников войны «Ардагерлер үйі» ПО	38821,6	80338,0	79828,0	74051,9	+41006,4	+35230,3	+16696,6
Итого	38821,6	80338,0	79828,0	74051,9	+41006,4	+35230,3	+16696,6
ГУ «Областной дом-интернат для умственно-отсталых детей»	51367,4	73283,0	69795,3	64745,2	+18427,9	+13377,8	+7366,9
ГУ «Павлодарский специализированный дом для психохроников»	237691,3	274027,0	268406,8	248985,9	+11294,6	+11294,6	+88691,8
ГУ«Областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями»	50694,5	67273,0	65535,9	60794,0	+14841,4	+10099,5	+1801,0
Итого	339753,2	414583,0	403733,0	374520,4	+63979,8	+34767,2	+97859,7
ВСЕГО	642621,9	791658,0	778389,8	722068,4	+135767,9	+79446,5	+118604,0
Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области							

По приведенным данным можно наблюдать увеличение расходов на

содержание МСУ в 2012 году по сравнению с 2010 годом на 24,2%. Но с учетом инфляции которая составила за период с 1.01.2012 г. по 1.01.2013 г. 7,3 % расходы выросли всего лишь на 118604,4 тыс.тенге (на 15,0% соответственно), что на 9,2% меньше чем, без учета инфляции.

В основном прирост расходов на содержание МСУ Павлодарской области, однозначно, определен обновлением материально-технической базы, но также, значительная часть прироста связана с введением с 1 января 2009 года новых норм питания, которые были утверждены Постановлением Правительства РК от 31 декабря 2008 года №1354 «Об утверждении натуральных норм питания для лиц, обслуживающихся в домах-интернатах, реабилитационных центрах, учебных заведениях для детей-инвалидов, территориальных центрах социального обслуживания, центрах социальной адаптации» [19]. Нормы питания разработаны Казахской академией питания с учетом их возраста и состояния здоровья подопечных. Принятые нормы увеличены с учетом современных подходов сбалансированности и калорийности питания. Для достижения поставленной задачи из средств республиканского бюджета было выделено в 2009 году – 545,6 млн. тенге, в 2010 году – 612,3 млн. тенге, в 2011 году- 685,2 млн. тенге.

При этом, основными проблемами остаются контроль за освоением средств выделяемых из бюджета на питание (должно отвечать нормам питания) и отсутствие улучшенных стандартов по предоставлению специальных услуг в психоневрологических интернатах и домах-интернатах общего типа.

Динамика фактических и плановых среднегодовых удельных расходов на одного опекаемого (престарелого, инвалида) в домах-интернатах Павлодарской области представлен на рисунке 2.5.

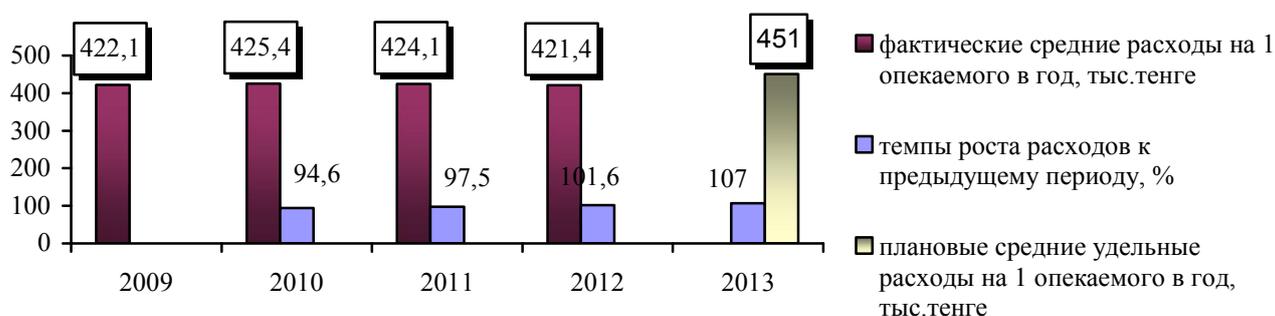


Рисунок 2.5 – Динамика фактических и плановых удельных расходов на одного опекаемого в домах-интернатах для престарелых и инвалидов

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

К фактическим удельным расходам относятся расходы в период с 2009г. по 2012г. К плановым удельным расходам относятся расходы, планируемые в рамках Стратегического плана управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области на 2010-2014гг. (утвержден постановлением акимата Павлодарской области от 25.12.2008 г. №261/18).

Совокупные услуги за счет бюджета в домах-интернатах для инвалидов и

престарелых подразделяются на социальные [107; 110], медицинские [111] и питание [112]. Рассмотрим динамику и структуру бюджетных среднемесячных расходов на одного опекаемого в стационаре (таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Среднемесячные удельные расходы на услуги 1 опекаемого в домах-интернатах для престарелых и инвалидов Павлодарской области

Виды услуг	2009г.	2010г.		2011г.	2012г.		Абсолютное изменение расходов в 2012г. к 2010г.	Структур. сдвиги в 2012г. к 2010г., %
		удельные расходы, тенге	доля, %		удельные расходы, тенге	доля, %		
Социальные	109132,7	136525,1	64,1	102646,0	165425,1	65,8	+28900	+1,7
Питание	47632,0	67481,2	31,7	67481,2	76341,2	30,4	+8860	-1,3
Медицинские	5443,2	8825,5	4,1	7825,5	9725,3	3,9	+889,8	-0,2
Итого	162207,9	212831,8	100	177952,7	251491,6	100	+38659,8	-

Примечание - Составлено и рассчитано автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

По данным таблицы 2.4 в связи с увеличением бюджетного финансирования в 2012 году наблюдается рост бюджетных средств на 38659,8 тенге к 2010 году. Повышение произошло за счет увеличения расходов на социальные услуги (фонд оплаты труда работников и приобретение гигиенических средств) на 28900 тенге, и на медицинские (увеличение штата) на 889,8 тенге. В то же время можно наблюдать и увеличение выделенных средств на питание и в 2012 году повысились бюджетные расходы на 8860,0 тенге, что связано с принятым новым стандартом по нормам питания в подведомственных учреждениях УКЗиСП (рисунок 2.6).

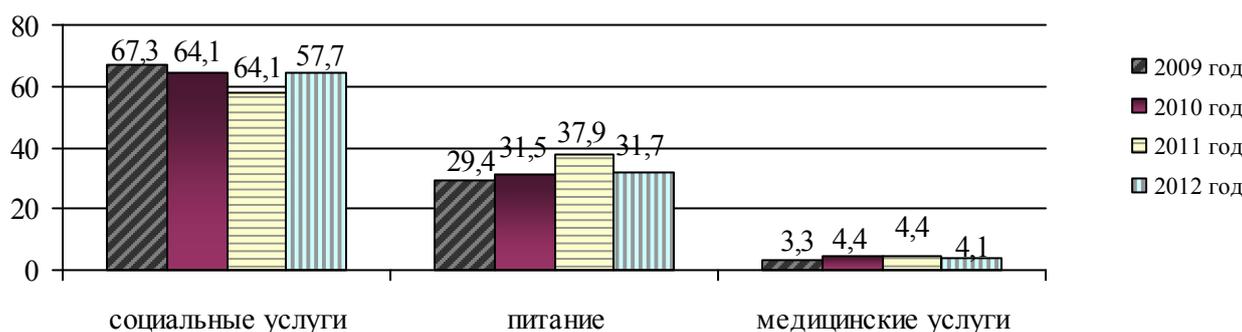


Рисунок 2.6 – Структура среднемесячных удельных расходов на услуги на одного опекаемого в ДИИП, в процентах

По изменениям структуры на рисунке 2.6 также можно наблюдать незначительное увеличение расходов на питание за счет уменьшения доли расходов медицинских услуг [53].

Рассмотрим среднегодовые расходы на комплекс специальных услуг на одного опекаемого-взрослого в психоневрологическом интернате Павлодарской области (таблица 2.5)

Таблица 2.5 - Стоимость специальных социальных услуг на одного опекаемого в областном доме для психохроников за 2009-2012 гг.

Статьи затрат	Расходы в 2009г., тенге	Расходы в 2010 год, тенге		Расходы в 2011г., тенге	Расходы в 2012 год, тенге		Абсолютное изменение расходов 2012г. к 2010г.	
		в год	в день		в год	в день	в год	в день
<b>Социальные услуги</b>								
Фонд оплаты труда соц. работников	120123,0	130072,0	356,4	206432,0	231955,0	635,5	101883,0	279,1
Питание	154765,0	161800,0	443,3	162896,0	179903,0	492,9	18103,0	49,6
Одежда и мягкий инвентарь	-	12957,5	35,5	16390,0	18220,0	49,9	5262,5	14,4
Вспомогательный инвентарь	-	29672,0	70,2	30000,0	30100,0	82,5	428,0	12,3
Моющие средства и средства гигиены	11087,0	12350,0	33,8	21050,0	23600,0	64,7	11250,0	30,9
<b>Итого</b>	<b>285975,0</b>	<b>346851,5</b>	<b>939,2</b>	<b>436768,0</b>	<b>483778,0</b>	<b>1325,5</b>	<b>136926,5</b>	<b>386,3</b>
<b>Медицинские услуги</b>								
Фонд оплаты труда обл. мед. персонала	89000,0	11626,0	31,8	90533,0	98300,0	269,3	86674,0	237,5
Врач-невролог	-	-	-	350,0	450,0	1,2	450,0	1,2
Психотерапевт, лаборант, физиотерапевт, стоматолог	1500,0	2010,0	5,4	3788,0	4285,0	11,7	2275,0	6,3
Мед. сестры стоматологии, диагностики, лаборатории	18655,0	24187,0	66,3	39765,5	49500,0	135,6	25313,0	69,3
Зав. отделением аптекой	300,0	400,0	1,1	990,0	1740,0	4,8	1340,0	3,7
Психолог, логопед	-	-	-	300,0	950,0	2,6	950,0	2,6
Санитарки	1850,0	2400,0	6,6	3500,0	4100,0	11,2	1700,0	4,6
Мед. оборудование	-	-	-	-	12145,0	33,3	12145,0	33,3
Медикаменты	-	-	-	54000,0	83874,0	229,8	83874,0	229,8
<b>Итого</b>	<b>111305,0</b>	<b>40623,0</b>	<b>111,2</b>	<b>193226,5</b>	<b>205844,0</b>	<b>699,5</b>	<b>165221,0</b>	<b>588,3</b>
<b>Психокоррекционные услуги</b>								
Фонд оплаты труда	550,0	740,0	2,0	1560,0	2400,0	6,6	1660,0	4,6
Музыкальный работник	225,0	370,0	1,0	1150,0	1200,0	3,2	830,0	2,2
Учебно-методическое оборудование и канцтовары	45,0	45,0	0,1	85,0	85,0	0,2	15,0	0,1
<b>Итого</b>	<b>820,0</b>	<b>1155,0</b>	<b>3,1</b>	<b>2795,0</b>	<b>3685,0</b>	<b>10,0</b>	<b>2530,0</b>	<b>6,9</b>

По данным таблицы 2.5 в 2012 году можно наблюдать по всем

специальным услугам на одного опекаемого значительное увеличение стоимости комплекса услуг: по социальным на 492,0 тенге в день (59%); по медицинским наблюдается увеличение в шесть раз (588,3 тенге в день); по психокоррекционным услугам в три раза больше (на 6,9 тенге в день) в сравнении с 2010 годом. Увеличение стоимости комплекса специальных услуг произошло по новому Стандарту, а именно за счет расширения штата обслуживающего персонала, приобретения дополнительного медицинского оборудования, приобретения гигиенических средств и мягкого инвентаря.

Социальные услуги в доме-интернате для умственно-отсталых детей Павлодарской области предоставляются в соответствии с государственными стандартами [106]. Основной целью является социальная адаптация, формирование навыков социально-бытовой и трудовой ориентации и создание условий для успешного развития ребенка с целью его интеграции в общество.

Проанализируем среднегодовые удельные расходы на одного опекаемого в доме-интернате для умственно-отсталых детей (рисунок 2.7).

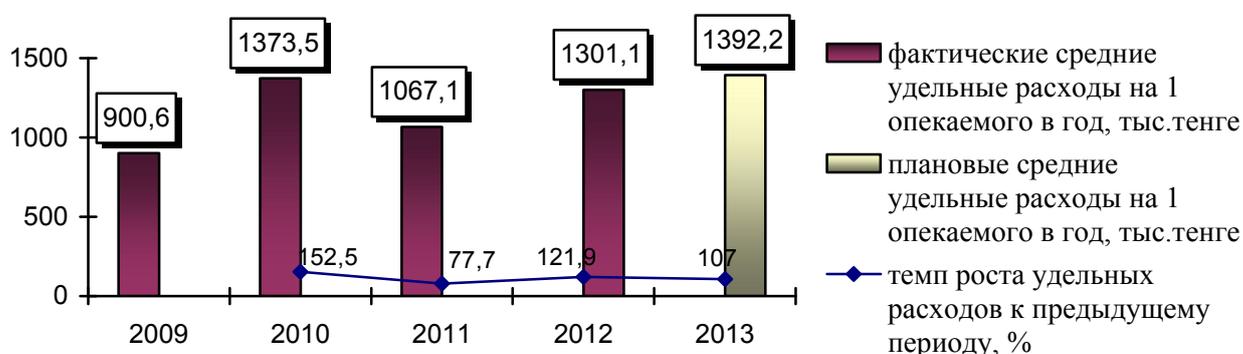


Рисунок 2.7 – Динамика фактических и плановых среднегодовых удельных расходов на одного опекаемого в доме-интернате для умственно-отсталых детей

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

На рисунке 2.7 можно наблюдать в 2012 году снижение объемов финансирования на 22,3% в сравнении с предыдущим периодом. Уменьшение удельных расходов на одного ребенка связано с уменьшением спроса на услуги дома-интерната. Так как количество койко-мест ограничено в МСУ, то пришлось в срочном порядке разместить детей в психоневрологическом доме-интернате, что потребовало дополнительные расходы. Согласно Стратегическому плану Управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области на 2009-2013 годы удельные расходы на одного проживающего в психоневрологических домах-интернатах будут расти: в 2013 году темп прироста составит 7,0%.

Анализ среднегодовых удельных расходов обслуживания детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями по факту показывает положительную динамику (рисунок 2.8).

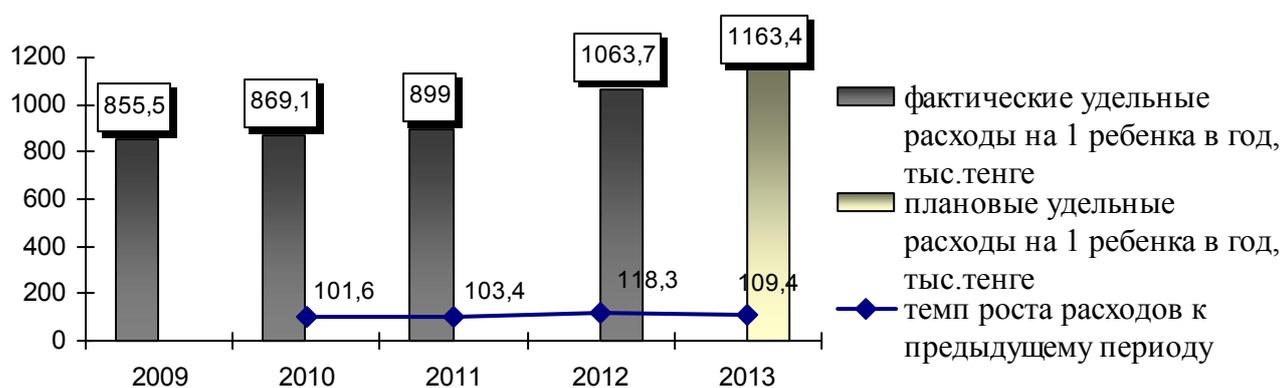


Рисунок 2.8 – Динамика среднегодовых плановых и фактических удельных расходов на одного ребенка-инвалида с психоневрологическими патологиями

Примечание - Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

Все специальные социальные услуги в психоневрологическом доме-интернате можно разделить на следующие группы:

- социально-бытовые услуги;
- социально-медицинские услуги;
- социально-психокоррекционные услуги [106].

Сравнивая удельные среднегодовые расходы на детей по действующей методике и по новому стандарту, вступивший в действие с 1 января 2009 года [107], можно наблюдать тенденцию роста расходов на вышеуказанные услуги (таблица 2.6) [110-112; 114].

Таблица 2.6 – Удельные расходы на услуги в доме-интернате для умственно-отсталых детей в год

Вид услуги	Расходы в 2009г., тыс.тенге	2010г.		Расходы в 2011г., тыс.тенге	2012г.		Абсол. изменения расходов в 2012г к 2010г.	Структ. сдвиги в 2012г к 2010г.
		расходы, тыс.тнг.	доля, %		расходы, тыс.тнг.	доля, %		
Социальные услуги	19650,0	20415,0	66,8	20115,8	21915,0	46,2	1500,0	-20,6
Медицинские услуги	9050,5	9879,9	32,3	1550,6	24079,1	50,8	14199,2	+18,5
Психокоррек. услуги	150,5	264,0	0,8	998,0	1386,9	2,9	1122,9	+2,1
Всего	28851,0	30558,9	100	22664,4	47381,0	100	16822,1	-

Примечание - Составлено и рассчитано автором по данным ГУ «Областного дома-интерната для умственно-отсталых детей» Павлодарской области

Из таблицы 2.6 следует, что удельные расходы в 2012г. с сравнении с 2010г. на одного ребенка в год, согласно новому государственному стандарту увеличиваются на 16822,1 тыс.тенге. Увеличение, в основном, происходит за

счет значительного роста стоимости социально-медицинских на 143,7% и увеличения расходов на психокоррекционные услуги в пять раз. В 2012 году уменьшение доли стоимости социальных услуг произошло за счет увеличения доли медицинских и психокоррекционных услуг.

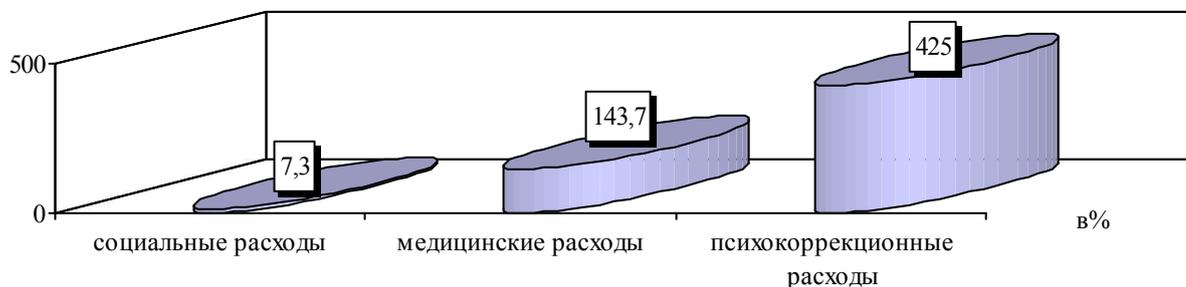


Рисунок 2.9 – Темпы прироста удельных расходов на услуги на одного ребенка в доме-интернате для умственно-отсталых детей, в процентах

Рассмотрев социальное обслуживание в домах-интернатах можно сделать заключение, что основными проблемами в данной области остаются:

- превышение спроса над предложением на специальные социальные услуги и мест в интернате для взрослых - психохроников, детей-психохроников, престарелых и т.п.

- некоторые государственные учреждения расположены в приспособленных зданиях, а около 40 % зданий, имеют локальное коммунальное обеспечение (собственные котельные и т.д.);

- высокий моральный и физический износ транспорта и оборудования в некоторых учреждениях;

- дефицит в специализированном оборудовании для развития физических и других способностей;

- потребность в специальных педагогах и врачах - узких специалистах, то есть в невропатологах, педиатрах, физиотерапевтах;

- в настоящее время система предоставления социальных услуг МСУ не гарантирует оказания помощи всем нуждающимся в полном объеме и в соответствии с индивидуальными потребностями.

## 2.2 Анализ социального обслуживания в отделениях социальной помощи на дому

Социальный уход на дому в мировой практике является одной из базовых форм оказания услуг, так как обеспечивает индивидуальный подход в привычных условиях [107; 108].

На 1 января 2013 года в Павлодарской области функционирует:

- пять отделений социальной помощи на дому для детей с ограниченными возможностями (два – в г.Павлодаре, один – в г.Аксу, два – г.Экибастузе);

- 130 надомных социальных работников по обслуживанию детей с ограниченными возможностями;

- 12 отделений социальной помощи на дому одиноким, престарелым и инвалидам-взрослым (шесть – в г.Павлодаре, четыре – в г.Аксу, два – г.Экибастузе);

- 399 социальных работников, обслуживающих одиноких, одинокопроживающих престарелых и инвалидов 1,2 групп по районам.

**Контингент детей-инвалидов.** Изучим подробнее структуру численности детей-инвалидов, которые обслуживаются отделениями социальной помощи на дому.

На основании Приложения №5 к Стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому нагрузка на одного социального работника по уходу составляет от четырех до шести детей, которая устанавливается руководителем субъекта надомного обслуживания с учетом отклонений в развитии, двигательной активности, а также отдаленности проживания [74]. Рассмотрим данные по численности детей с ограниченными возможностями по Павлодарской области по состоянию на 1 января 2013 г. (таблица 2.7).

Таблица 2.7 – Численность и региональная структура детей с ограниченными возможностями, обслуживаемых отделениями социальной помощи на дому Павлодарской области на 1 января 2013 г.

Наименование городов и районов	Количество и структура детей-инвалидов, всего		В том числе:			
			мальчиков		девочек	
	человек	структура, %	человек	структура, %	человек	структура, %
Павлодарская область, итого	1489	100	319	100	218	100
г. Павлодар	167	11,2	91	28,5	66	30,3
г. Аксу	219	14,7	43	13,5	29	13,3
г. Экибастуз	554	37,2	98	30,7	66	30,3
Актогайский	57	3,8	8	2,5	6	2,8
Баянаульский	31	2,1	17	5,3	14	6,4
Железинский	18	1,2	12	3,8	7	3,2
Иртышский	53	3,6	11	3,4	5	2,3
Качирский	82	5,5	10	3,1	11	5,0
Лебяжинский	55	3,7	9	2,8	1	0,5
Майский	46	3,1	7	2,2	4	1,8
Павлодарский	92	6,2	3	0,9	4	1,8
Успенский	37	2,5	6	1,9	2	0,9
Щербактинский	78	5,2	4	1,3	3	1,4
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области						

Наибольшая концентрация детей с ограниченными возможностями сосредоточена в городской местности, а именно в г.Экибастуз, г.Аксу и г.Павлодар. По данным таблицы 2.7 значительная доля детей с надомным обслуживанием наблюдается в г.Экибастузе, что составляет 37,2%, или 554

человека. Значительный удельный вес наблюдается в г.Аксу, что составляет 14,7% (219 человек) и в г.Павлодаре, что составляет 11,2% (167 человек). Наименьший удельный вес наблюдается в Железинском районе и составляет 1,2%, или 18 детей.

Проанализируем численность социальных надомных работников, обслуживающих детей с ограниченными возможностями по Павлодарской области (таблица 2.8).

Таблица 2.8 – Численность и региональная структура социальных работников, обслуживающих детей с ограниченными возможностями по Павлодарской области за 2009-2012 гг.

Наименование городов и районов	Численность и структура социальных работников, чел.				Изменение (+,-)	Количество отделений
	2009 г.		2012 г.			
	человек	%	человек	%		
Павлодарская область	98	100	130	100	+32	5
г. Павлодар	29	30	28	21,5	-1	2
г. Аксу	12	12	17	13,1	+5	1
г. Экибастуз	27	27	19	14,6	-8	2
Актогайский	2	2	4	3,1	+2	
Баянаульский	9	9	9	6,9	-	
Железинский	4	4	14	10,8	+10	
Иртышский	3	3	6	4,6	+3	
Качирский	4	4	11	8,5	+7	
Лебяжинский	2	2	6	4,6	+4	
Майский	2	2	3	2,3	+1	
Павлодарский	2	2	7	5,4	+5	
Успенский	1	1	2	1,5	+1	
Щербактинский	1	1	4	3,1	+3	
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области						

По данным таблицы 2.8 можно наблюдать изменение численности социальных работников, предоставляющих специальные социальные услуги детям с ограниченными возможностями. Наибольшее увеличение фактической численности приходится на Железинский район и составляет 10 человек, в Качирском районе на семь человек. Значительно сократилась численность обслуживающего персонала в г.Экибастузе.

Увеличение контингента социальных работников произошло в связи с расширением контингента детей и ростом объема специальных социальных услуг, согласно принятому в 2009 году Закону РК «О специальном социальном обслуживании» и Стандарту предоставления специальных социальных услуг.

Расчет числа детей-инвалидов, приходящихся на одного социального работника, занятого оказанием услуг на дому представлен на рисунке 2.10.

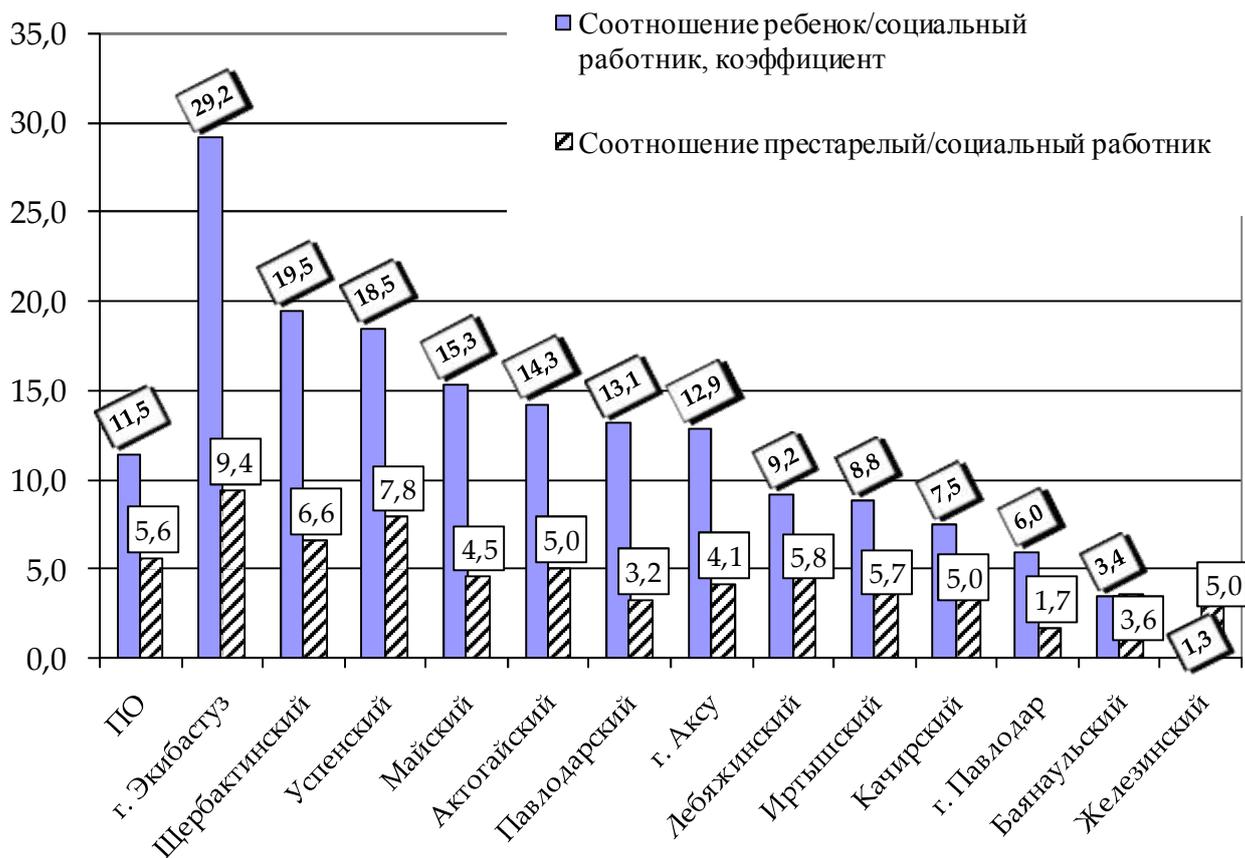


Рисунок 2.10 – Трудовая нагрузка на одного социального работника по обслуживанию детей-инвалидов на дому в 2012 году, человек на 1 ребенка

Столь значительное расхождение в 22 раза в нормативах нагрузки на социального работника по уходу за ребенком-инвалидом необъяснимо объективными причинами. Фактически нормативному требованию четырех - шести детей или лиц старше 18 лет на одного работника удовлетворяет только Железинский и Баянаульский районы и город Павлодар. Во всех остальных регионах нормативы значительно превышены.

Кроме того, действующий методический подход, когда норматив устанавливается в зависимости от состояния здоровья и двигательных функций, представляется весьма приблизительным и нечетким, а также оценки объема потребности субъекта в специальных социальных услугах он не дает. Следовательно, затруднительно определить объем трудовых обязанностей социального работника.

**Контингент инвалидов старше 18 лет и престарелых.** Рассмотрим структуру численности одинокопроживающих, престарелых и инвалидов старше 18 лет. На рисунке 2.11 наибольший удельный вес среди выявленных нуждающихся инвалидов и престарелых наблюдается в г.Павлодаре.

Анализ нуждающихся в надомном обслуживании по отношению к выявленным показывает неудовлетворенный спрос, а именно максимальная доля наблюдается в Качирском районе и составляет 98,2%, а также в

Лебяжинском и составляет 90,1% [98].

В гендерном разрезе наибольший удельный вес среди обслуживающихся социальными службами по Павлодарской области составляют женщины, что в доле составляет 73,0%, или 1621 человека (рисунок 2.11).

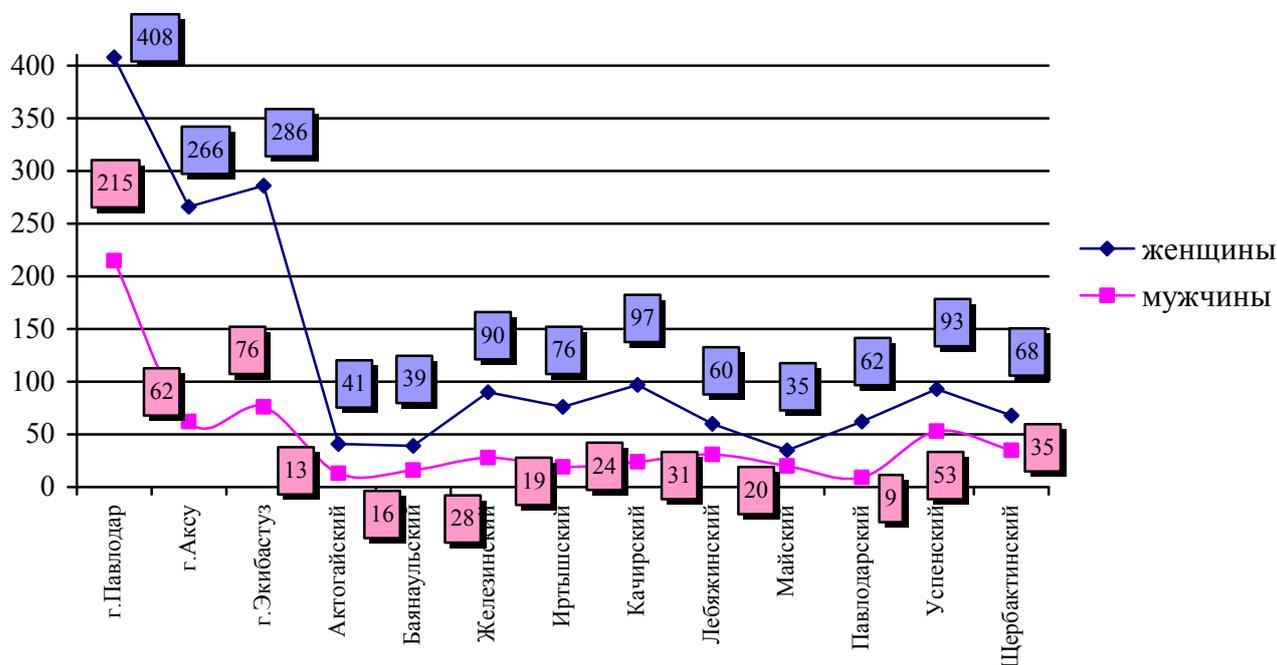


Рисунок 2.11 - Численность престарелых и инвалидов по Павлодарской области в гендерном разрезе по состоянию на 1 января 2013 года

Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

Рассматривая по группам обслуживающихся граждан Павлодарской области, наибольший удельный вес среди зарегистрированных в социальной службе составляют одинокие и одинокопроживающие престарелые, их доля составляет 81,7%, или 1815 человек, а наименьший удельный вес наблюдается в группе инвалидов и участников ВОВ, и составляет 2,7%, или 59 человек по области (таблица 2.9).

Таблица 2.9 – Численность одиноких, одинокопроживающих престарелых, обслуживающихся отделениями социальной помощи на дому Павлодарской области на 1 января 2013 г.

Наименование городов и районов	Фактически обслуживается граждан	в том числе:		
		участники и инвалиды ВОВ	инвалиды	одинокие и престарелые
1	2	3	4	5
Павлодарская область	2221	59	347	1815
г. Павлодар	627	31	151	441
г. Аксу	328	7	43	278

Продолжение таблицы 2.9

1	2	3	4	5
г. Экибастуз	361	3	57	301
Актогайский	54	1	7	46
Баянаульский	55	0	5	50
Железинский	118	4	17	97
Иртышский	94	3	22	69
Качирский	121	5	2	114
Лебяжинский	91	0	11	80
Майский	55	0	5	50
Павлодарский	71	0	4	67
Успенский	146	2	11	133
Щербактинский	104	3	12	89

Примечание – Данные УКЗиСП Павлодарской области

По состоянию на 1 января 2013 года фактически на учете состоит 2221 человека.

С целью исследования трудового потенциала инвалидов и престарелых, и оценки возможностей их интеграции в рынок труда был рассмотрен качественный анализ по области, а именно структура контингента по возрасту и уровню образования (таблица 2.10).

Таблица 2.10– Качественный состав инвалидов и престарелых Павлодарской области по состоянию на 01.01.2013 г.

Показатель	Всего, чел.	Численность инвалидов и престарелых Павлодарской области по состоянию на 01.01.2013 г.											
		Павлодар		Аксу		Экибастуз		Актогайский		Баянаульский		Железинский	
		чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %
По возрасту:													
До 50 лет	3630	14	2,2	83	7,7	17	3,1	162	11,2	941	34,6	313	26,7
От 51 до 60 лет	2485	15	2,4	36	3,3	10	1,9	324	22,4	606	22,3	185	15,8
От 61 до 70 лет	3494	51	8,1	341	31,6	116	21,5	469	32,4	559	20,6	275	23,5
От 71 до 80 лет	3759	172	27,4	442	40,9	284	52,7	402	27,7	490	18,0	295	25,2
От 81 и старше	1623	375	59,8	178	16,5	112	20,8	92	6,3	119	4,4	104	8,9
Итого:	14991	627	100	1080	100	539	100	1449	100	2715	100	1172	100
По образованию:													
Высшее	825	43	6,9	71	6,6	25	4,6	105	7,2	131	4,8	47	4,0
Сред. спец.	3867	316	50,4	212	19,6	227	42,1	312	21,5	504	18,6	627	53,5
Среднее общее	6047	268	42,7	406	37,6	287	53,2	927	64,0	670	24,7	432	36,9
Незаконч. сред	2111	-	-	368	34,1	-	-	-	-	806	29,7	-	-
Без образования	2141	-	-	23	2,1	-	-	105	7,2	604	22,2	66	5,6
Итого:	14991	627	100	1080	100	539	100	1449	100	2715	100	1172	100

Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

Продолжение таблицы 2.10

Показатель	Численность инвалидов и престарелых Павлодарской области по состоянию на 01.01.2013 г.													
	Иртышский		Качирский		Лебяжинский		Майский		Павлодарский		Успенский		Щербактинский	
	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %	чел.	в %
По возрасту:														
До 50 лет	1	1,1	3	1,1	946	55,3	-	-	882	60,2	7	2,2	261	7,4
От 51 до 60 лет	6	6,5	5	1,8	253	14,8	3	14,3	398	27,1	9	2,8	635	18,0
От 61 до 70 лет	23	25,0	56	20,1	240	14,0	11	52,4	85	5,8	112	35,2	1156	32,8
От 71 до 80 лет	45	48,9	123	44,2	206	12,0	7	33,3	84	5,7	144	45,3	1065	30,2
От 81 и старше	17	18,5	91	32,7	67	3,9	-	-	17	1,2	46	14,5	405	11,5
Итого:	92	100	278	100	1712	100	21	100	1466	100	318	100	3522	100
По образованию:														
Высшее	6	6,5	3	1,1	247	14,1	-	-	32	2,2	15	4,7	100	2,8
Сред. спец.	3	3,3	78	28,1	589	34,4	7	33,3	704	48,0	38	11,9	250	7,1
Среднее общее	83	90,2	69	24,8	24,8	51,2	14	66,7	147	10,0	68	21,4	1800	51,1
Незаконч. ср.	-	-	54	19,4	19,4	-	-	-	-	-	181	56,9	702	19,9
Без образов.	-	-	74	26,6	26,6	-	-	-	583	39,8	16	5,0	670	19,0
Итого:	92	100	278	100	1712	100	21	100	1466	100	318	100	3522	100
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области														

По данным таблицы 2.10 в возрастной структуре наблюдается численность инвалидов и престарелых в разрезе районов в основном от 71 года и старше.

Основные причины движения инвалидов и престарелых представлены в таблице 2.11.

Таблица 2.11 – Анализ движения инвалидов, одиноких и престарелых за 2009-2012 гг. по Павлодарской области

Города и районы	2009 год								2012 год								Изменение количества на начало года
	фактическое количество на начало года	принято на учет	снято с учета по причине:						фактическое количество на начало года	принято на учет	снято с учета по причине:						
			смерти	выезд из района (города)	воссоединение с родственниками	определены в Дом Милосердия	по заявлению	определены в Дом-интернат			смерти	выезд из района (города)	воссоединение с родственниками	определены в Дом Милосердия	по заявлению	определены в Дом-интернат	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Павлодарская область	14348	937	467	119	92	4	74	40	14489	687	407	87	89	4	99	33	-141
г. Павлодар	587	139	46	17	7	4	72	2	578	139	32	6	6	3	97	2	-9

Продолжение таблицы 2.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
г. Аксу	1202	128	61	8	40	-	-	5	1216	14	52	21	37	-	2	12	+14
г. Экибастуз	688	42	60	14	6	-	-	3	647	32	41	9	6	-	-	1	-41
Актогайский	896	-	32	2	-	-	-	-	862	2	40	1	-	-	-	-	-34
Баянаульский	2428	1	164	33	3	-	-	3	2226	2	110	12	-	-	-	-	-202
Железинский	1073	51	33	14	6	-	-	11	1060	56	45	11	5	-	-	9	-13
Иртышский	86	30	10	-	7	-	-	3	96	25	15	-	5	-	-	2	+10
Качирский	267	24	15	1	8	-	-	4	263	41	25	6	7	-	-	3	-4
Лебяжинский	1712	35	12	5	-	-	-	5	1725	23	12	5	11	-	-	2	+13
Майский	123	-	9	7	3	-	-	2	102	-	3	-	1	-	-	-	-21
Павлодарский	1435	418	9	7	2	-	-	2	1833	318	8	8	1	1	-	2	398
Успенский	329	49	15	10	9	-	-	-	344	22	24	8	10	-	-	-	+15
Щербактинский	3522	20	1	1	1	-	2	-	3537	13	-	-	-	-	-	-	+15
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области																	

Значимыми причинами позитивного движения контингента (не связанного со смертью) являются выезд из города и воссоединение с родственниками. В то время как определение в Дом-интернат или Дом милосердия является статистически малой величиной, что в целом говорит о позитивной тенденции деинституционализации социального обслуживания.

**Обслуживающий персонал.** В связи с официальным курсом социальной политики на деинституционализацию в области предоставления специальных услуг населению, предусмотрено развитие специальных социальных услуг на дому. И предоставление их качества [51-52].

Численность социальных работников, осуществляющие надомное обслуживание одиноких, одинокопроживающих престарелых и инвалидов Павлодарской области за 2009-2012 гг. (таблица 2.12).

Таблица 2.12 – Данные по численности и структуре социальных работников, обслуживающих одиноких, одинокопроживающих престарелых и инвалидов Павлодарской области за 2009-2012 гг.

Наименование городов и районов	Численность социальных работников, чел.				Изменение (+,-)	Количество отделений
	2009 г.		2012 г.			
	чел.	%	чел.	%		
1	2	3	4	5	6	7
Павлодарская область	317	100	399	100	+82	12
г. Павлодар	67	21,1	67	16,8	-	6
г. Аксу	49	15,5	50	12,5	+1	4
г. Экибастуз	46	14,5	46	11,5	-	2
Актогайский	10	3,2	12	3,0	+2	-
Баянаульский	11	3,5	11	2,8	-	-
Железинский	19	6,0	37	9,3	+18	-
Иртышский	17	5,4	23	5,8	+6	-

Продолжение таблицы 2.12

1	2	3	4	5	6	7
Качирский	21	6,6	21	5,3	-	-
Лебяжинский	14	4,4	16	4,0	+2	-
Майский	11	3,5	11	2,8	-	-
Павлодарский	11	3,5	43	10,8	+32	-
Успенский	25	7,9	41	10,3	+16	-
Щербактинский	16	5,0	21	5,3	+5	-
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области						

По приведенным в таблице 2.12 данным можно наблюдать в 2012 году по сравнению с 2009 годом увеличение численности социальных работников, оказывающих специальные социальные услуги по всей Павлодарской области, которое составило 25,9%, что в абсолютном выражении составило 82 работника.

Увеличение штата связано с расширением спектра специальных социальных услуг в сфере социального обслуживания инвалидов и престарелых, а также увеличением численности престарелых в 2012 году, которые встали на учет по социальному обслуживанию населения.

Соотношение субъект обслуживания/социальный работник представлено на рисунке 2.10. Необходимо отметить, что в действующем Стандарте предполагается норматив: один социальный работник на восемь человек, проживающих в неблагоустроенном жилье или пять человек в благоустроенном жилье. Исходя из рисунка, норматив по престарелым и взрослым инвалидам везде выполняется, т.е. нагрузку на социального работника по всем городам и районам, кроме г.Экибастуза, можно признать нормальной.

Что касается методического обеспечения определения потребностей пожилых и взрослых инвалидов в специальных социальных услугах, то можно отметить, что оно фактически отсутствует и руководители организаций домашнего обслуживания определяют нагрузку приблизительно.

**Бюджет.** Рассмотрим структуру утвержденных и освоенных бюджетных средств, выделенных с целью финансирования отделений социального обслуживания на дому детей с ограниченными возможностями, одинокопроживающих престарелых и инвалидов (таблица 2.13).

По данным таблицы 2.13 можно наблюдать неполное освоение утвержденного бюджета на 2012 год.

Доля освоенных средств в основном составляет от 60% до 75%, что связано с экономией средств по проведению государственных закупок [54]. Самый низкий процент освоения средств на социальное обслуживание одиноких, престарелых и инвалидов наблюдается в Иртышском районе и составляет 37,5%.

Самый высокий процент освоения бюджетных средств на обслуживание детей-инвалидов наблюдается в Баянаульском районе и составляет 81,8%.

Таблица 2.13– Структура бюджетных средств на содержание субъектов и отделений социальной помощи на дому по Павлодарской области по состоянию на 31 декабря 2012 года

Наименование городов и районов	Расходы на социальное обслуживание одиноких, престарелых и инвалидов, тыс.тенге			Расходы на социальное обслуживание детей-инвалидов, тыс.тенге		
	план	исполнение	доля освоенных средств	план	исполнение	доля освоенных средств
Павлодарская область	140488,7	98561,1	70,2	45936,8	33322,5	72,5
г. Павлодар	29496	22107,2	74,9	18214,7	13492,5	74,1
г. Аксу	19194	14695,3	76,6	5640,5	3945,4	69,9
г. Экибастуз	20535,4	14415,5	70,2	10850	8046,9	74,2
Актогайский	4215	3007	71,3	1014	768	75,7
Баянаульский	4287,9	3150	73,5	2362,1	1932,7	81,8
Железинский	8050,2	6037,6	75,0	1657,8	1243,3	75,0
Иртышский	10141	3798	37,5	1530	619	40,5
Качирский	9730	6459,6	66,4	1446	992,7	68,7
Лебяжинский	5409	4059	75,0	648	468	72,2
Майский	4245,6	3204,1	75,5	1151,3	863,4	75,0
Павлодарский	7960	5970	75,0	495	351,2	70,9
Успенский	11673	7596	65,1	418	251	60,0
Щербактинский	5551,6	4061,8	73,2	509,4	348,4	68,4

Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

Рассмотрим удельные расходы на одного опекаемого отделением социальной помощи на дому по Павлодарской области (рисунок 2.12).

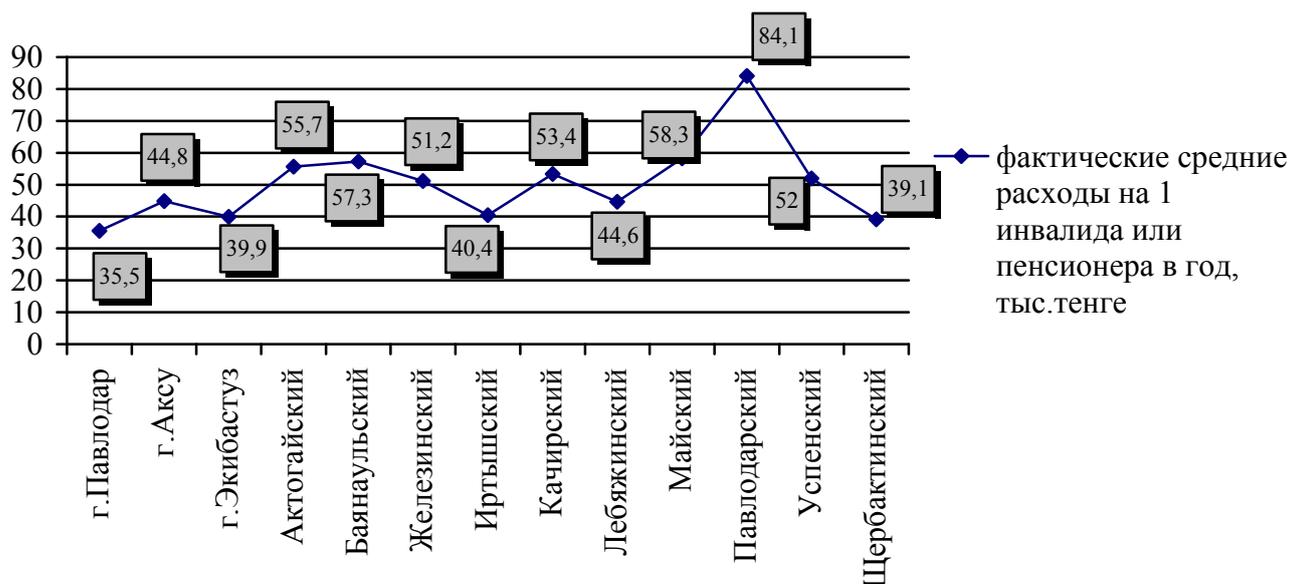


Рисунок 2.12 – Расходы на одного одинокого инвалида (пенсионера) отделением социальной помощи на дому по Павлодарской области за 2012г.

По рисунку 2.12 максимальные удельные расходы на одного опекаемого среди районов Павлодарской области наблюдается в Павлодарском районе и составляет 84,1 тыс.тенге. А самый минимальный показатель наблюдается в г.Павлодаре и составляет 35,5 тыс.тенге на одного одинокого престарелого (инвалида). Анализ среднегодовых удельных расходов обслуживания на дому в расчете на одного ребенка в 2012 году позволяет сделать вывод о крайней неравномерности расходов по районам области (рисунок 2.13).

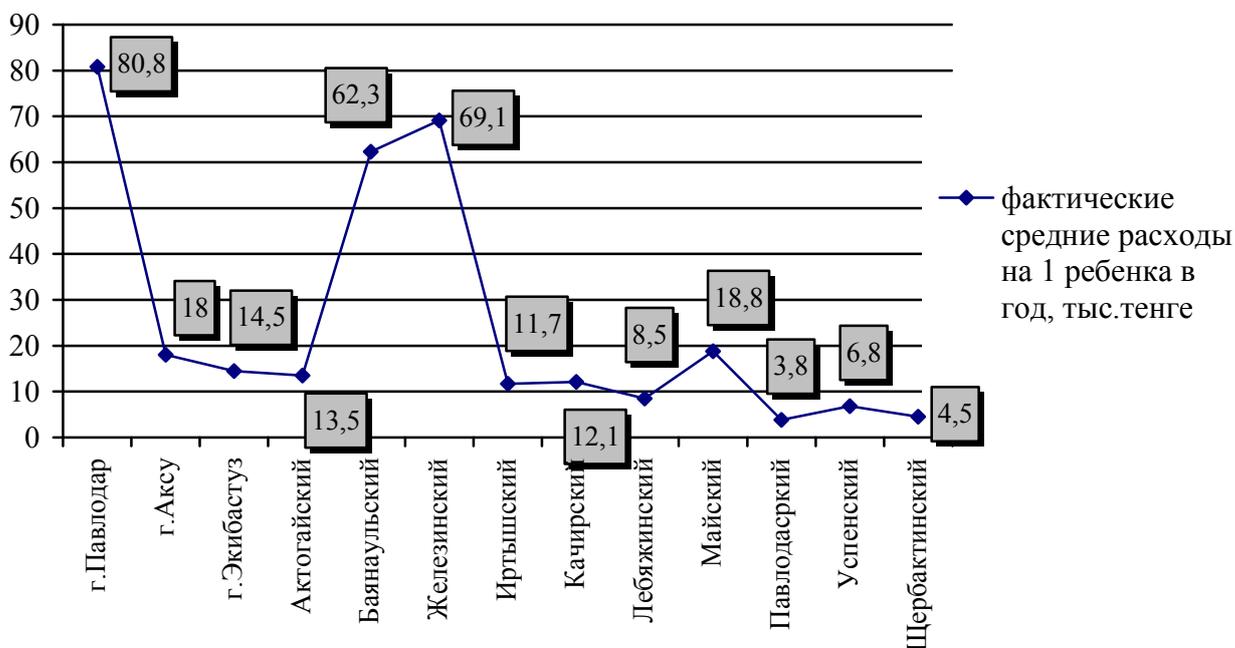


Рисунок 2.13 - Расходы на одного ребенка отделением социальной помощи на дому по Павлодарской области за 2012 год

Для определения степени статистической однородности городов и районов Павлодарской области по удельным расходам на одного обслуживающегося рассчитаем коэффициент вариации по формуле (1):

$$v = \frac{\sigma}{\bar{x}} \times 100\%, \quad (1)$$

где:  $\sigma$  – среднее квадратическое отклонение;  
 $\bar{x}$  – средняя арифметическая взвешенная [55].

Среднее квадратическое отклонение определяет среднее значение отклонения внутри исследуемой совокупности от среднего значения по совокупности рассчитывается по формуле (2):

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n}}, \quad (2)$$

где:  $x_i$  – значение показателя в районе,  
 $n$  – количество районов и городов Павлодарской области [55].

Следовательно, определим коэффициент вариации удельных расходов на социальное обслуживание престарелых и инвалидов в таблице 2.14.

Таблица 2.14 – Расчет коэффициента вариации удельных расходов на социальное обслуживание престарелых и инвалидов за 2012г.

Города и районы	Удельные расходы на 1-го престарелого или инвалида старше 18 лет, тыс.тенге (x)	$x - \bar{x}$	$(x - \bar{x})^2$	$\sigma$
г. Павлодар	35,5	-14,9	222,01	12.2
г. Аксу	44,8	-5,6	31,36	
г. Экибастуз	39,9	-10,5	110,25	
Актогайский	55,7	5,3	28,09	
Баянаульский	57,3	6,9	47,61	
Железинский	51,2	0,8	0,64	
Иртышский	40,4	-10	100	
Качирский	53,4	3	9	
Лебяжинский	44,6	-5,8	33,64	
Майский	58,3	7,9	62,41	
Павлодарский	84,1	33,7	1135,69	
Успенский	52	1,6	2,56	
Щербактинский	39,1	-11,3	127,69	
Сумма	656,3	-	-	-
$\bar{x}$	50,4			

Примечание – Составлено и рассчитано автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

На основе данных таблицы 2.14 рассчитаем среднее квадратическое отклонение по формуле (2):

$$\sigma = \sqrt{\frac{1910,95}{13}} = 12,2.$$

Коэффициент вариации рассчитаем по формуле (1):

$$v = \frac{12,2}{50,4} \times 100\% = 24\%.$$

Рассчитанный коэффициент вариации равен 24%, что означает невысокий разброс величины удельных расходов на содержание одного опекаемого по городам и районам области относительно среднеобластного показателя и свидетельствует об однородности удельных расходов по городам и районам Павлодарской области. (Совокупность является статистически однородной при коэффициенте вариации не больше 30%)

Рассмотрим степень однородности по городам и районам области удельных расходов на одного инвалида-ребенка (таблица 2.15).

Таблица 2.15 - Расчет коэффициента вариации удельных расходов на социальное обслуживание инвалида-ребенка за 2012 год

Города и районы	Удельные расходы на 1-го ребенка, тыс.тенге	$x - \bar{x}$	$(x - \bar{x})^2$	$\sigma$
г. Павлодар	80,8	55,9	3124,81	25,7
г. Аксу	18,0	-6,9	47,61	
г. Экибастуз	14,5	-10,4	108,16	
Актогайский	13,5	-11,4	129,96	
Баянаульский	62,3	37,4	1398,76	
Железинский	69,1	44,2	1953,64	
Иртышский	11,7	-13,2	174,24	
Качирский	12,1	-12,8	163,84	
Лебяжинский	8,5	-16,4	268,96	
Майский	18,8	-6,1	37,21	
Павлодарский	3,8	-21,1	445,21	
Успенский	6,8	-18,1	327,61	
Щербактинский	4,5	-20,4	416,16	
Итого	324,4	-	8594,17	
$\bar{x}$	24,9			

Примечание – Составлено и рассчитано автором по данным УКЗиСП Павлодарской области

На основе данных таблицы 2.15 рассчитаем среднеквадратическое отклонение по формуле (2):

$$\sigma = \sqrt{\frac{8594,17}{13}} = 25,7 \text{ тыс.тенге.}$$

Коэффициент вариации рассчитаем по формуле (1):

$$v = \frac{25,7}{24,9} \times 100\% = 103\%.$$

Рассчитанный коэффициент вариации равен 103%, что означает неоднородность удельных расходов на содержание 1-го ребенка по городам и районам области относительно среднеобластного показателя. Так как коэффициент вариации  $v > 60\%$ , то это означает высокий разброс величины удельных расходов.

Таким образом, основными проблемами государственного сектора при оказании специальных социальных услуг населению являются отсутствие полного спектра услуг, необоснованность нагрузки на социального работника, неоднородность удельных расходов на социальное обслуживание 1 ребенка инвалида в городах и районах области.

Поскольку в последние годы государственная политика активно направлена на развитие усовершенствованной модели предоставления специальных социальных услуг и привлечение некоммерческих организаций к

оказанию специальных социальных услуг, нами была рассмотрен их потенциал в этой сфере.

С принятием в 2009 году Закона РК «О специальных социальных услугах» из республиканского бюджета выделены целевые трансферты на привлечение к этим услугам НПО: в 2010 году – 230227,0 тыс.тенге, 2011 году - 541603,0 тыс.тенге, в 2012 году - 116019,3 тыс. тенге.

Внедрение новой системы (условие полустационара) предоставления специальных социальных услуг позволило активизировать участие неправительственного сектора, к тому же предоставила возможность официально трудоустроиться матерям, воспитывающим детей-инвалидов с психоневрологическими патологиями, не ущемляя при этом прав ребенка на получение необходимого комплекса услуг [47; 49].

Государственные органы Павлодарской области взаимодействуют с общественными организациями на основе государственного социального заказа. По состоянию на 1 января 2013 года по области 13 общественных объединений инвалидов стали победителями конкурсов по государственным закупкам товаров, работ и услуг, на оказание которых из бюджета выделено около 72,3 млн. тенге. Однако, только часть неправительственных организаций оказывает специальные социальные услуги (Приложение А), поэтому доля НПО, специализирующихся на социальных услугах крайне незначительна [77].

Сравнение объемов бюджетного финансирования государственного сектора и НПО в сфере социального обслуживания выявило незначительные объемы такого финансирования, что говорит о необходимости расширения потенциала НПО, специализирующихся на специальных социальных услугах (таблица 2.16).

Таблица 2.16 - Бюджетные затраты на государственный сектор и НПО за 2009-2012 гг.

Период	Финансирование оказания специальных социальных услуг из государственного бюджета млн.тенге		Удельный вес затрат на НПО, оказывающие ССУ, в процентах
	Госсектор	НПО	
2009 год	643,98	22,5	3,49
2010 год	754,02	28,1	3,72
2011 год	821,55	33,5	4,08
2012 год	853,95	39,1	4,51

В 2012 году в городах Павлодар, Аксу и Экибастуз неправительственные организации предоставляют инвалидам, ветеранам и участникам ВОВ, детям с ограниченными возможностями и другим социально уязвимым слоям населения более 11 различных видов социальных услуг, представленных на рисунке 2.14.

Рассмотрим обеспечение предоставляемых инвалидам протезно-ортопедической помощи, технических вспомогательных (компенсаторных)

средств и санаторно-курортного лечения (таблица 2.17).

В 2012 г. по отношению к 2009 году наблюдается снижение темпа роста на 22,4%, что в абсолютном отклонении составило 1261 человек, и снижение роста произошло за счет снижения обеспечения инвалидными креслами-колясками на 44,0% и за счет снижения обеспеченности сурдотехническими и тифлотехническими средствами, а именно на 44,0% и 66,5% соответственно.



Рисунок 2.14– Оказание услуг общественными объединениями Павлодарской области

Примечание – Составлено автором по источнику [90]

По данным таблицы 2.17 можно наблюдать в 2012 году в сравнении с 2010 годом значительный спад численности получателей услуг от общественных организаций Павлодарской области по сравнению с 2010 годом, и снижение составляло 16,3,6%, что произошло за счет уменьшения на 22,7% услуг индивидуальных помощников жестового языка, а также и за счет снижения обеспечения сурдотехническими и тифлотехническими средствами, на 54,2% и 16,3% соответственно.

Таблица 2.17 – Анализ фактической численности обеспеченных услугами НПО в Павлодарской области за 2010-2012 гг.

Виды услуг	Численность обеспеченных, чел.			Темп роста 2012г. к 2010, в %
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	
Гигиенические средства	1127	1134	1251	111,0
Услуги индивидуальных помощников, специалистов жестового языка	820	943	634	77,3
Обеспечение протезно-ортопедической помощью	1200	1562	1552	129,3
Обеспечение инвалидными креслами-колясками	268	286	285	106,3
Обеспечение сурдотехническими средствами	988	675	426	43,1
Обеспечение тифлотехническими средствами	1215	681	556	45,8
Итого	5618	5281	4704	83,7
Примечание – Составлено автором по данным УКЗиСП Павлодарской области				

Накопленный опыт по институциональному партнерству Управления и отделов занятости городов и районов позволяет ставить новые задачи по взаимодействию и повышению качества предоставляемых социальных услуг.

В конце 2009 года при управлении была создана Общественная комиссия по правам инвалидов и социально уязвимых слоев населения, которая является консультативно-совещательным органом и предоставляет интересы получателей государственных социальных услуг. В состав комиссии вошли руководители правозащитных НПО, инвалидов, представители СМИ и другие.

На 2010-2012 годы в области был утвержден План реабилитации инвалидов, основная цель которого - дальнейшее совершенствование системы реабилитации, усиление социальной поддержки и улучшение качества жизни инвалидов. Реализация указанного Плана будет способствовать решению многих задач, в том числе увеличению объемов, ассортимента и качества предоставляемых специальных социальных услуг, обеспечению инвалидов качественными техническими и вспомогательными (компенсаторными) средствами [106].

Принимаемые меры направлены на профилактику инвалидности, внедрение международных стандартов обеспечения равных возможностей для инвалидов, удовлетворение потребностей инвалидов в соответствии с индивидуальными программами реабилитации.

По результатам исследования деятельности государственных организаций по оказанию помощи на дому можно сделать следующие выводы:

– В разрезе городов и районов области социальное обслуживание на дому осуществляется отдельными социальными работниками, следовательно, нуждающиеся в надомном обслуживании не всегда могут получить полный объем услуг (психологических, педагогических – дети; трудовых – инвалиды). В то же время, потребность в услугах профессионального образования и повышения квалификации у инвалидов есть, особенно молодого возраста.

– Анализ по освоению бюджетных средств на содержание отделений

социальной помощи на дому по области за 2012 год показал освоение объемов запланированных средств на 65-75%, что связано, в том числе с экономией средств по проведению государственных закупок методом тендеров, а, следовательно, неполучением инвалидами и престарелыми необходимого объема услуг.

- Анализ трудовой нагрузки на социального работника в отделениях социальной помощи на дому, оказывающего услуги детям с ограниченными возможностями в региональном разрезе показал крайнюю неравномерность, от 1,3 в Железинском районе до 29 в г. Экибастузе, в то время как согласно нормативу нагрузка определяется с объеме 4-6 детей в зависимости от состояния здоровья [77].

- Аналогичный показатель для престарелых и инвалидов варьируется от 1,7 до 9,4 по городам и районам области, что также не соответствует нормативам 5-8 обслуживаемых в зависимости от благоустройства жилья. Более того, единственный применяемый критерий - благоустройство жилья - не является достаточным для определения потребности клиентов в специальных социальных услугах. Методика оценки потребностей, а, следовательно, и объема требуемых услуг, для престарелых и инвалидов отсутствует.

- Удельные расходы на инвалида и престарелого однородны по городам и районам Павлодарской области (коэффициент вариации равен 24%), и крайне неоднородные для группы детей (коэффициент вариации составил 103%).

- Масштабы финансирования сектора НПО, оказывающего специальные социальные услуги нельзя признать значительными (3,72 – 4,51%), кроме того, в настоящее время в области нет НПО, оказывающего специальные социальные услуги для престарелых и инвалидов.

### **2.3 Система предоставления услуг профессиональной реабилитации индивидам с ограниченной работоспособностью**

По официальным данным Министерства труда и социальной защиты Республики Казахстан в 2012 году через органы занятости по социальным программам 1961 инвалидов трудоустроены на постоянную работу, 550 – на работу временного характера, 1097 – на социальные рабочие места. На общественные работы направлены были 1301 инвалидов, 552 – на профессиональную подготовку и переподготовку.

В том же году по квоте выделено 12553 рабочих мест, при этом только 4257 (33,9%) инвалидов трудоустроены на данные места. В целом по Казахстану создано только 984 специальных рабочих мест для инвалидов. Из 11748 рекомендаций ИПР по профессиональной реабилитации исполнено только 30,7%, что не является положительной характеристикой для рынка труда инвалидов.

Основными проблемами при трудоустройстве инвалидов, в том числе на квотируемые рабочие места, являются:

- отсутствие профессионального образования или низкий квалификационный уровень;

- отсутствие возможностей профессиональной реабилитации работника;
- состояние здоровья, требующее гибкого графика работы;
- необходимость приспособления (адаптация) рабочего места к особым потребностям работника;
- несовершенство механизма реализации квотирования занятости;
- отсутствие стимулирования работодателей в создании специальных рабочих мест для инвалидов.

В то же время, число инвалидов в стране, число нуждающихся в трудоустройстве и желающих трудоустроиться значительно и с каждым годом увеличивается.

**Структура социальной группы инвалидов.** По данным МТиСЗН РК по состоянию на 1 января 2013 года численность инвалидов I, II и III категорий в Казахстане составила 483 652 человек, что составляет 2,8% от всего населения страны.

Рассмотрим структуру инвалидов в разрезе районов Павлодарской области по группам инвалидности за 2010-2012 гг. (рисунок 2.15).

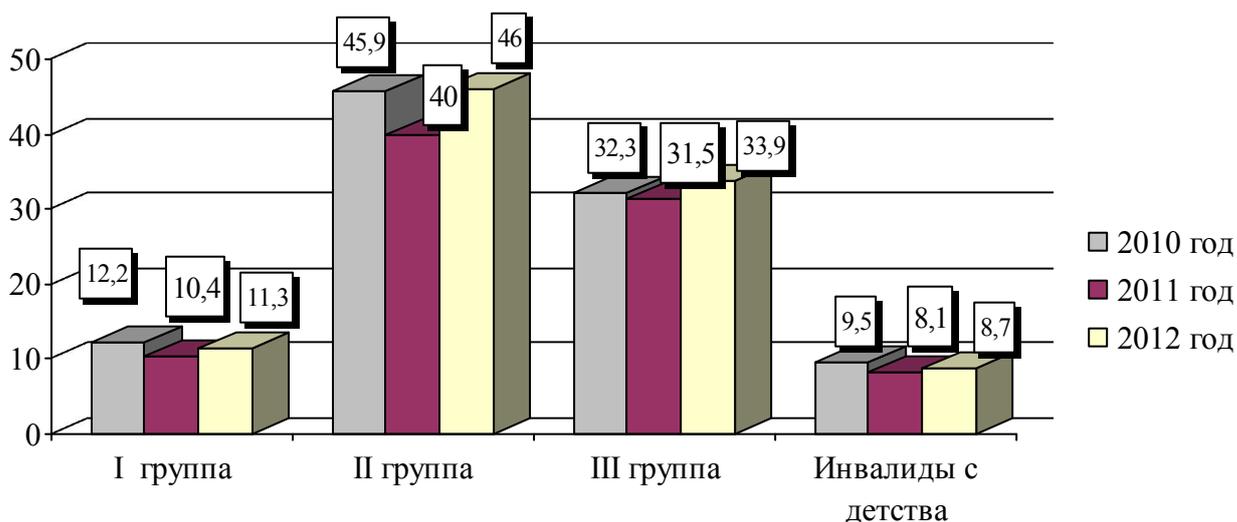


Рисунок 2.15 – Структура численности инвалидов Павлодарской области по группам инвалидности за 2010-2012 гг., в процентах

Примечание - Составлено по данным МСЭ Павлодарской области

По рисунку 2.15 можно наблюдать в 2012 году по сравнению с предыдущим периодом уменьшение численности инвалидов с детства на 0,8% и инвалидов I группы на 0,9%.

А численность инвалидов II и III групп увеличилась на 0,1% и 1,6% соответственно.

Для изучения причин структурных сдвигов численности инвалидов по группам инвалидности рассмотрим численность инвалидов по заболеваемости (таблица 2.18).

Таблица 2.18 – Структура социальной группы инвалидов в разрезе заболеваний по Павлодарской области за 2010- 2012 гг.

Причины заболеваний	2010 год		2011 год		2012 год		Изменение численности в 2012г. к 2010г.
	чел.	доля, %	чел.	доля, %	чел.	доля, %	
По зрению	2646	10,6	3140	12,1	2890	11,5	+244
По слуху	953	3,8	1148	4,4	1012	4,0	+59
Опорно-двигательный аппарат	2261	9,1	1411	5,4	2126	8,5	-135
Психическое заболевание	3003	12,1	3120	12,0	2990	11,9	-13
Туб.заболевание	467	1,9	786	3,0	565	2,3	+98
Общее заболевание	15530	62,5	16308	62,9	15490	61,8	-40
Итого	24860	100	259913	100	25073	100	+213

Примечание - Составлено по данным МСЭ Павлодарской области

В 2012 году в сравнении с 2010 годом можно наблюдать увеличение численности инвалидов по всем видам заболеваний на 213 человек, или 0,9%. По инвалидам с нарушением опорно-двигательного аппарата наблюдается уменьшение численности на 135 человек, что связано с усилением реабилитационных программ.

Рассмотрим структуру группы инвалидов, оформивших профессиональную часть ИПР (рисунок 2.16).

Согласно представленной диаграмме, практически половина работников, оформляющих профессиональную реабилитацию представлена инвалидами детства (зрение, слух, ОДА), на втором месте 3 группа, которая имеет наименьшие отклонения в состоянии здоровья.

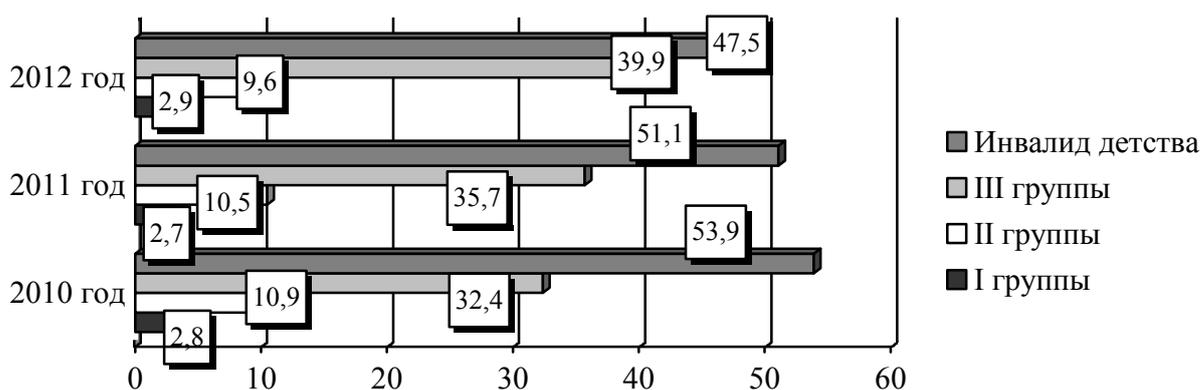


Рисунок 2.16 – Структура группы инвалидов, заказавших профессиональную часть ИПР за 2010- 2012 гг., в процентах

Примечание - Составлено по данным МСЭ Павлодарской области

**Трудоустройство инвалидов.** Нами рассчитаны показатели трудоустройства инвалидов, основные параметры которой представлены в таблице 2.19.

Таблица 2.19– Профессиональная реабилитация и трудоустройство инвалидов Павлодарской области за 2010-2012 гг.

Статьи	Численность инвалидов, чел.		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Численность инвалидов в области на конец периода, чел.	24860	25913	26052
Численность инвалидов, оформивших профессиональную часть ИПР	931	957	1061
Доля лиц, оформивших профессиональную часть ИПР к общей численности инвалидов, в процентах	3,7	3,7	4,1
Численность инвалидов, которые обратились в органы занятости	565	383	397
Доля обратившихся в органы занятости из получивших профессиональную часть ИПР, в процентах	60	40	46
Доля обратившихся в органы занятости из всех инвалидов, в процентах	2,27	1,4	1,65
Численность трудоустроенных инвалидов:			
- на постоянную работу	123	74	131
- на социальные рабочие места	169	139	142
- на молодежную практику	5	5	3
Доля трудоустроенных инвалидов в общей численности обратившихся, в процентах	52	56	53
Доля трудоустроенных инвалидов к общей численности инвалидов, в процентах	1,2	0,8	1,1
Направлены на общественные работы	269	180	200
Направлены на профессиональное обучение	29	24	21
Доля прошедших профессиональную реабилитацию из численности обратившихся, в процентах	5,1	6,2	6,7
Доля прошедших профреабилитацию из численности инвалидов	0,1	0,09	0,1
Трудоустроено по завершению обучения	18	15	11
Доля трудоустроенных после профреабилитации из численности проходивших программу	62	62	28
Доля трудоустроенных после профреабилитации из всей численности инвалидов	0,07	0,05	0,03
Примечание - Составлено по данным УКЗиСП и МСЭ Павлодарской области			

Несмотря на некоторую динамику позитивного изменения показателей за 2010-2012 годы, относительные показатели трудоустройства и профессиональной реабилитации инвалидов остаются малыми и принципиально не изменяются.

Если придерживаться средних величин за 2010-2012 годы, то из общей численности инвалидов заказывающих программу профессиональной реабилитации в МСЭ, 46,8% обращается в Центр занятости (остальные трудоустраиваются по своим каналам или вообще не трудоустраиваются). Из обратившихся в Центр занятости (в среднем за 2010-2012 годы 448 человек) на постоянную работу (включая социальные рабочие места) устраиваются примерно 50%. При этом из общей численности обратившихся 6,1%

направляются на профессиональную подготовку, после которой трудоустраиваются примерно 50% контингента (рисунок 2.17).

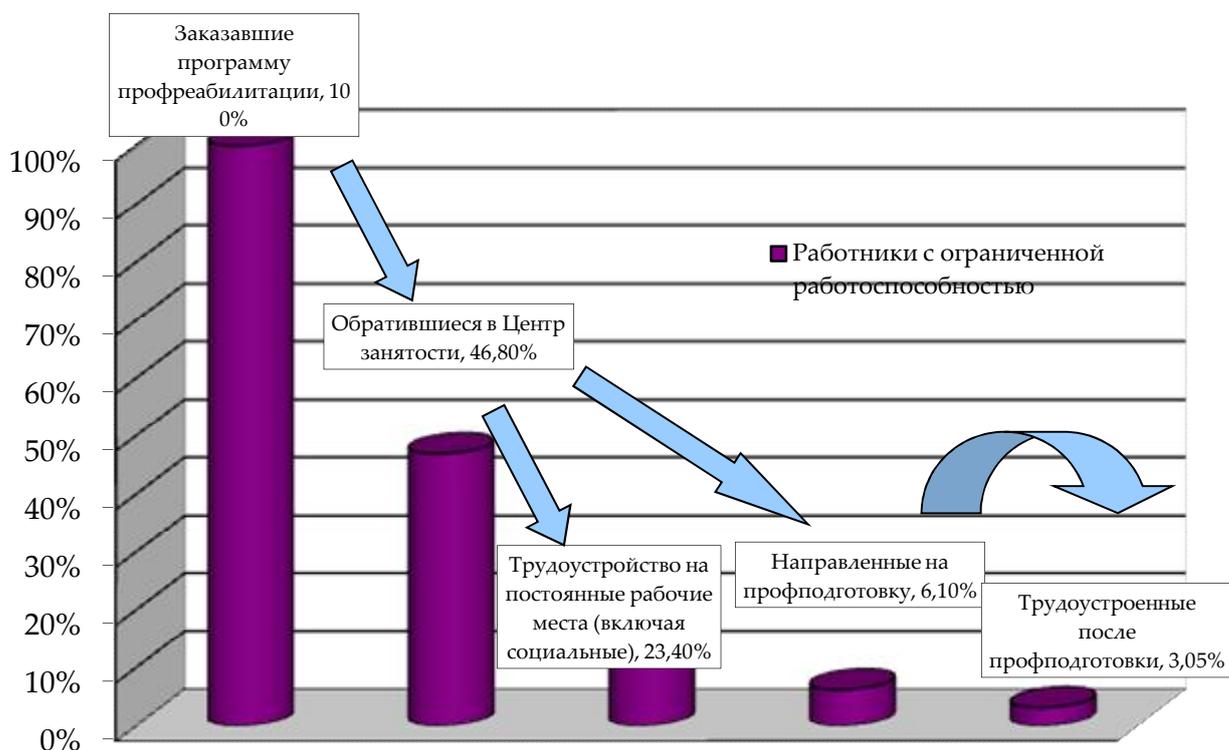


Рисунок 2.17 – Соотношение численности инвалидов, желающих трудоустроиться и трудоустроенных Центром занятости, в том числе после профподготовки, в среднем за 2009-2012гг, %

Примечание - Составлено по данным МСЭ и УКЗиСП Павлодарской области

Значительное число работников с ограниченными возможностями уходит на общественные работы, примерно в два раза больше, чем устраивается на постоянное место.

В целом, это говорит о том, что работодатели неохотно принимают инвалидов на постоянную работу, поэтому общественные работы и социальные рабочие места являются более массовой формой трудоустройства.

В 2009 и 2012 годах трудоустройство на социальные рабочие места стало ведущей формой постоянного трудоустройства.

Работодатели предпочитают принимать работников с ограниченными возможностями на субсидируемые рабочие места, что в принципе соответствует ведущей мировой практике.

Оценка действующей практики трудоустройства инвалидов на основе квотирования рабочих мест в объеме 3% (согласно Закону РК «О занятости населения») позволяет сделать вывод о низкой результативности практики квотирования (таблица 2.20).

Таблица 2.20 - Анализ трудоустройства инвалидов по квоте по Павлодарской области за 2010-2012 гг.

Статьи	Численность инвалидов, чел.		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Численность инвалидов работающих по квоте	805	820	834
Количество установленной квоты рабочих мест (3% от общего числа работающих)	3682	3710	3801
Численность инвалидов, направленных на трудоустройство по квоте	59	58	46
Из них принято на работу:	56	30	21
в том числе:			
- на специальные рабочие места	0	2	1
- по направлению органов занятости	55	11	9
Количество незаполненной квоты рабочих мест	2878	2890	2967
Результативность квотирования, % заполнения рабочих мест	21	22	22
Примечание - Составлено по данным УКЗиСП Павлодарской области			

По приведенным данным таблицы 2.20 можно наблюдать слабое воздействие на занятость инвалидов механизм квотирования рабочих мест. Результативность квотирования, оцениваемая нами как процент заполнения рабочих мест, за период составляет 21-22%.

Аналогичная ситуация имеет место по всему Казахстану. Фактически за 2010-2012гг. трудоустроено по квоте 3493 инвалида из 16961 мест, предусмотренных по квоте.

При этом в городе Алматы рабочие места по квоте не созданы, в Жамбылской области их создано лишь - 12, Кызылординской – 14, Атырауской – 76, городе Астане – 46. В Мангистауской области, несмотря на имеющиеся 3140 рабочих мест по квоте, трудоустроено всего лишь 24 инвалида. Аналогичная ситуация сложилась в Южно-Казахстанской области, где на имеющиеся 2531 мест по квоте, трудоустроены всего 164 инвалида [115].

Если оценивать трудоустройство, исходя из общей численности инвалидов, то оно весьма незначительно (рисунок 2.18).

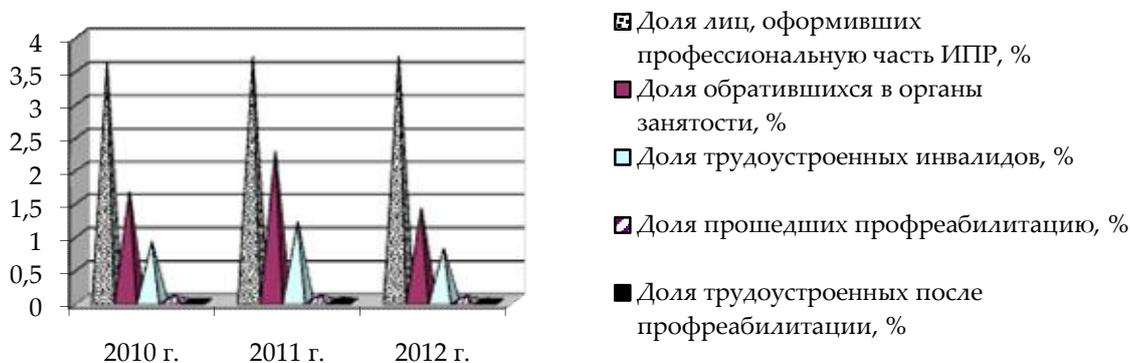


Рисунок 2.18 – Доля инвалидов, предпринимающая активные попытки трудоустройства, в общей численности соответствующей социальной группы

Невозможно не отметить низкий уровень активности инвалидов в вопросе трудоустройства.

Согласно проведенным нами экспертным опросам, это связано как с субъективными, так и объективными причинами.

Исходя из действующего порядка реабилитации и трудоустройства инвалидов в Казахстане, ведущими государственными субъектами являются Областная медико-социальная экспертиза и Центр занятости населения (рисунок 2.19).

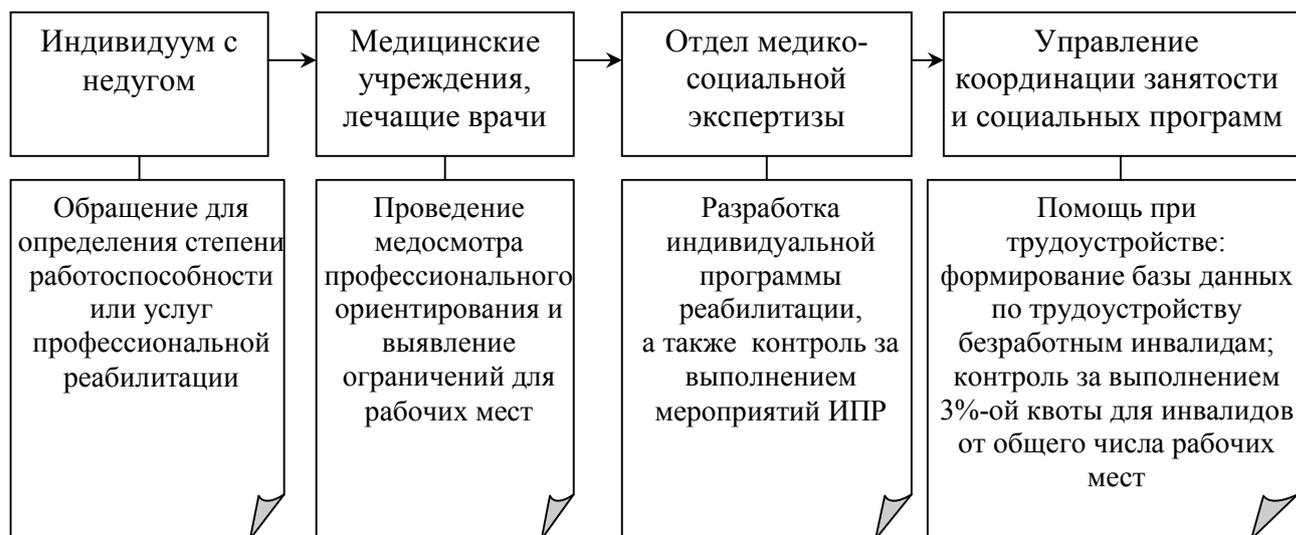


Рисунок 2.19 – Процесс реабилитации и трудоустройства инвалидов в Казахстане

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

В настоящее время медико-социальную экспертизу в Республике Казахстан осуществляют 132 подразделения МСЭ

Они в установленном законодательством порядке осуществляют следующие задачи и функции, касающиеся трудоустройства инвалидов:

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

Основным регламентирующим документом деятельности территориальных отделов МСЭ, являются «Правила проведения медико-социальной экспертизы»,

утвержденные Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20.07.2005г. №750 «Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы», с дополнениями, утвержденными Постановлением Правительства от 29.11.2009г. №1113.

Для работающих граждан медицинские организации проводят экспертизу временной нетрудоспособности и при наличии показаний направляют на медико-социальную экспертизу.

Специалистами ОМСЭ разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая включает ряд мероприятий социально-медицинского, социально-педагогического и социально-психологического характера. Индивидуальная программа реабилитации разрабатывается в течение месяца.

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

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

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

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

- Штат МСЭ ограничен, как правило, пять единиц – начальник отдела, главный специалист и три специалиста. В этой связи, необходимо расширение штата, как минимум в два раза: физиолог труда, социальный работник, психолог, патронажная сестра, медицинский регистратор, водитель специализированной машины. Кроме того, наблюдается дефицит количества отделов МСЭ, практически во всех регионах страны, на один отдел МСЭ приходится более 100-170 тыс. человек, причем в сельской местности ситуация усугубляется. Поэтому индивидуальная программа реабилитации делается только по желанию человека с ограниченными возможностями, и профессиональная часть реабилитации представлена только описательными противопоказаниями к труду.

- Отсутствие в профессиональной части индивидуальной программы реабилитации оценки профессиональных способностей индивида и конкретных указаний на соответствующие профессии (рабочие места) ограничивает

возможность Центров занятости по оказанию помощи в трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями. Включение профессионального обучения в индивидуальные программы реабилитации инвалидов в целях их социально – трудовой интеграции (или реинтеграции) остается слабым звеном в практике этой работы.

– Незначительный набор экономических инструментов стимулирования работодателей к найму лиц с ограниченными возможностями. В Казахстане применяется 3% квотирование рабочих мест для инвалидов, и, санкции за их невыполнение довольно таки высоки. В соответствии со статьей 87-1 Кодекса об административных правонарушениях на должностное лицо за нарушение законодательства о социальной защите инвалидов может налагаться штраф от 20-40 МРП, на юридическое лицо, являющееся субъектом малого и среднего предпринимательства – 70-200 МРП, на юридическое лицо, являющееся субъектом крупного предпринимательства – 200-400МРП. Однако данный механизм квотирования не работает и заполнение квот не более 20% на те рабочие места, которые не нуждаются в адаптации.

– Конкурентоспособность продукции специализированных предприятий, предоставляющих рабочие места преимущественно для инвалидов I и II групп, невысока, что также требует дополнительной государственной поддержки. Несмотря на то, что согласно статье 225 Налогового кодекса эти предприятия освобождаются от налога на добавленную стоимость на оборот по реализации товаров, работ и услуг, если организации соответствует следующим условиям: инвалиды составляют не менее 51% от общего числа работников; расходы по оплате труда инвалидов составляют не менее 51% (в специализированных организациях, в которых работают инвалиды по потере слуха, речи, зрения, - не менее 35%) от общих расходов по оплате труда [116].

– В ходе выполнения Программы реабилитации инвалидов на 2009-2012годы создано 144 специальных рабочих мест для инвалидов, оборудованных специальными приспособлениями и техникой для удобства работы лиц с ограниченными возможностями. Следует отметить, что созданы они лишь в восьми регионах из 16 (а именно: Акмолинская область–27 места, Актюбинская – пять, ЗКО – восемь, СКО – девять, ВКО-один, Костанайская – 53, Мангистауская – 18, Павлодарская – 23) [115].

– Практика трудоустройства инвалидов в Павлодарской области, показывает, что, в основном на открытом рынке труда инвалидам предлагаются низкооплачиваемые, не требующих высокой квалификации рабочие места (дворник, техничка, вахтер). Одной из причин этого является отсутствие возможности получить необходимое профобразование для людей с особыми потребностями. Существует проблема доступности среднего профессионального и высшего образования для инвалидов. Целый ряд факторов делает поступление и обучение лиц с ограниченными возможностями в ПТШ и ВУЗе проблематичным. Практически все учебные заведения Казахстана не обеспечены даже минимальными условиями, необходимыми для обучения в них инвалидов. Учебные программы не адаптированы к

потребностям людей с особыми потребностями в образовании.

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

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

**В качестве итогов второй главы диссертации** проведен стратегический анализ (SWOT-анализ) системы социального обслуживания населения Павлодарской области:

По результатам анализа форм и механизмов деятельности в сфере социального обслуживания населения Казахстане можно выделить сильные и слабые стороны, угрозы и возможности:

**К сильным сторонам** относятся:

1. Наличие стабильно функционирующих элементов системы социального обслуживания на всех уровнях.

2. Принятие закона РК «О специальных социальных услугах», и 3 государственных Стандартов оказания специальных социальных услуг.

3. Нормативно-правовое обеспечение институционального партнерства с некоммерческим и частным сектором и реализации конкурентных отношений в сфере социального обслуживания

4. Повышение качества услуг в МСУ по новым стандартам: расширение штатов социальных учреждений и привлечение специалистов новых профилей, рост нормы расходов на одного опекаемого.

5. Положительный опыт применения программы социальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

**К слабым сторонам** относятся:

1. Отсутствие системы оценки потребностей и качества специальных социальных услуг в сфере социального обслуживания населения.

2. Отсутствие обоснованного нормирования труда социальных работников при обслуживании населения на дому, что снижает качество специальных социальных услуг.

3. Отсутствие в стратегических планах госорганов индикаторов оценки эффективности и результативности социального обслуживания.

4. Тендерная система закупок в домах-интернатах приводит к экономии средств госбюджета в ущерб опекаемым и к значительной разнице в удельных расходах на одного опекаемого, особенно ребенка. (Например, освоение средств на содержание субъектов и отделений социальной помощи на дому в Иртышском районе в 2012 году было равно 37,8%, а на детей – 40%)

5. Необоснованно высокий коэффициент вариации удельных расходов на обслуживание 1 ребенка-инвалида по районам области – 103%

6. Дефицит кадров: потребность в новых специалистах (специалист по движению, специалист по социальной работе), потребность в увеличении имеющихся штатных единиц (учитель-дефектолог, воспитатель, психолог, логопед).

7. Недостаточный потенциал НПО (часто отсутствуют НПО оказывающие услуги инвалидам и престарелым) и малое финансирование из бюджета на оказание специальных услуг: 3-4% по сравнению с госсектором.

8. Крайне низкая результативность системы профессиональной реабилитации инвалидов, в т.ч. в рамках обслуживания инвалидов на дому не оказываются социально-трудовые услуги.

9. Составление профессиональной части ИПР не соответствует системе Международной классификации функционирования: отсутствует оценка профессиональных способностей индивида, не проводится профессиональное ориентирование

10. Инвалиды заняты на неадаптированных рабочих местах (за исключением УПБ ОО слепых и глухих), чаще всего им предлагаются низкооплачиваемые, не требующие высокой квалификации рабочие места (санпост на пищевых предприятиях, техничка, вахтер и др.) или места с обучением простейшим трудовым навыкам на предприятии.

**К ограничениям** относятся:

1. Низкий уровень заработной платы социальных работников, что снижает приток молодых кадров в сферу специального социального обслуживания.

2. Замедление развитие НПО профессионально занимающихся специальными социальными услугами, в связи с ограниченными ресурсами госфинансирования.

3. Отсутствие механизмов стимулирования работодателей в создании (адаптации) рабочих мест для инвалидов при нерезультативном механизме 3% квотирования рабочих мест.

4. Все средние и высшие учебные заведения Казахстана не обеспечены даже минимальными условиями, необходимыми для обучения в них инвалидов.

5. Отсутствует сеть профессиональных реабилитационных центров, где человек с ограниченными возможностями комплексно может получить услуги профориентирования, консультирования, обучения, трудоустройства и последующей поддержки на рабочем месте.

**К возможностям** относятся:

1. Повышение качества специальных социальных услуг на основе повышения квалификации социальных работников госсектора и НПО.

2. Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере социального обслуживания: разработка методики оценки потребностей и оценки качества услуг для инвалидов и престарелых для улучшения результативности социального обслуживания.

3. Обеспечение физической доступности всех объектов инфраструктуры социальных услуг;

4. Улучшение качества услуг ОМСЭ, трансформация их деятельности в направлении профориентации;

5. Обеспечение доступности услуг начального профессионального, среднего профессионального и высшего образования для людей с ограниченными возможностями, а также возможность прохождения переподготовки и повышения квалификации как в рамках общих программ, так и в рамках специализированных программ, адаптированных под образовательные потребности людей с ограниченными возможностями;

6. Создание сети центров профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями;

7. Совершенствование экономического механизма стимулирования работодателей в целях повышения уровня занятости людей с ограниченными возможностями.

## 3 РАЗВИТИЕ МЕХАНИЗМОВ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

### 3.1 Формирование системы профессиональной реабилитации работников с ограниченной работоспособностью

В «Концепции социальной защиты населения Республики Казахстан» от 27.06.2001г. №886 предлагается трудоспособному населению финансирование общественных работ, программ переобучения и содействие в трудоустройстве, при этом предполагается, что уровень оплаты общественных работ должен являться стимулом для активного поиска постоянной работы [2, с.18].

Но на протяжении десяти лет в Казахстане до сих пор не разработан эффективный для государства (сокращение государственных расходов) и для инвалидов (степень удовлетворенности и интеграция в общество) механизм по трудоустройству.

На протяжении последнего столетия в мире произошли масштабные изменения по вопросам инвалидности и к самим инвалидам. Данные изменения основаны на признании равенства прав инвалидов в обществе и создание государствами всех условий для их социальной интеграции.

*Институциональный механизм профессиональной реабилитации инвалидов.* Занятость инвалидов в Казахстане регулируются следующими законодательными актами:

- Закон Республики Казахстан от 13 апреля 2005 года № 39-III «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»;
- Закон Республики Казахстан от 23 января 2001 года № 149-II «О занятости населения»;
- Закон Республики Казахстан от 20 июня 1997 года № 136-I «О пенсионном обеспечении в Республике Казахстан»;
- Трудовой Кодекс Республики Казахстан. Закон Республики Казахстан от 15 мая 2007 года №251-III.

Согласно статье 24 Конституции Республики Казахстан каждый гражданин страны имеет право на свободу труда, свободный выбор рода деятельности и профессии, также имеет право на условия труда, ..., на вознаграждение за труд без какой-либо дискриминации... [1].

Согласно статье 4 Закона о труде каждый имеет равные возможности в реализации своих трудовых прав. Никто не может быть ограничен в трудовых правах... [62].

Согласно Трудовому Кодексу Республики Казахстан инвалиды имеют право заключать трудовые договора с работодателями с обычными условиями труда, либо в специализированных организациях, применяющих труд инвалидов с учетом индивидуальных программ реабилитации [63]. В соответствии со статьей 5 Закона Республики Казахстан «О занятости населения» государство обеспечивает меры по содействию занятости целевым группам населения, в том числе и инвалидам [58].

Изучая государственную поддержку по трудоустройству инвалидов в

Казахстане можно выявить следующую законодательную базу (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Нормативно-правовая база Казахстана по занятости и социальной защите инвалидов

Наименование услуги	Статус потребителя	Периодичность предоставления услуги	Нормативно-правовой акт, регулирующий предоставление услуги	Уровень управления оказания услуги
Содействие в трудоустройстве	Физическое лицо	Постоянно	- ЗРК от 23.01.2001г. № 149 «О занятости населения», - Постановление Правительства РК от 27.01.2005г. № 68 «Об утверждении Программы занятости населения на 2005-2007 годы»	Областной
Профессиональная подготовка, повышение квалификации и переподготовка	Физическое лицо	Постоянно	- ЗРК от 23.01.2001г. № 149 «О занятости населения», - Постановление Правительства РК от 19.06.2001 г, № 836 «О мерах по реализации ЗРК от 23.01.2001 г «О занятости населения», от 27.01.2005г. № 68 «Об утверждении Программы занятости населения на 2005-2007 годы»	Областной
Организация общественных работ	Физическое лицо	Постоянно	ЗРК от 23.01.2001 г «О занятости населения», от 27.01.2005г. № 68 «Об утверждении Программы занятости населения на 2005-2007 годы»	Областной
Организация соц.рабочих мест	Физическое лицо	Постоянно	ЗРК от 23.01.2001 года №149- II «О занятости населения»	Областной
Социальное обеспечение	Физическое лицо	Ежемесячно	ЗРК от 16 июня 1997 года №126-I «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан»	Областной

Организационный механизм профессиональной реабилитации инвалидов функционирует согласно статье 7 Закона «О занятости населения» и местные исполнительные органы обеспечивают реализацию политики занятости инвалидов путем:

- организации общественных работ;
- установления квоты рабочих мест для инвалидов в размере 3% от общей численности рабочих мест;
- создания специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов [58].

А в соответствии со статьей 31 Закона «О социальной защите инвалидов» местные исполнительные органы обеспечивают занятость инвалидов путем:

- создания дополнительных рабочих мест для инвалидов через развитие

индивидуального предпринимательства, малого и среднего бизнеса;

- создания специальных и социальных рабочих мест в соответствии с законодательством РК;

- организации профессионального обучения инвалидов [19].

Однако, как нами было выявлено и описано в параграфе 2.3, этот механизм дает низкие результаты в вопросе трудоустройства инвалидов. Основной проблемой использования механизма квотирования выступают низкие санкции за их невыполнение и/или слабый контроль за выполнением. В реальности, очень незначительное число инвалидов во всех странах, где применялись квоты, было трудоустроено благодаря данному механизму.

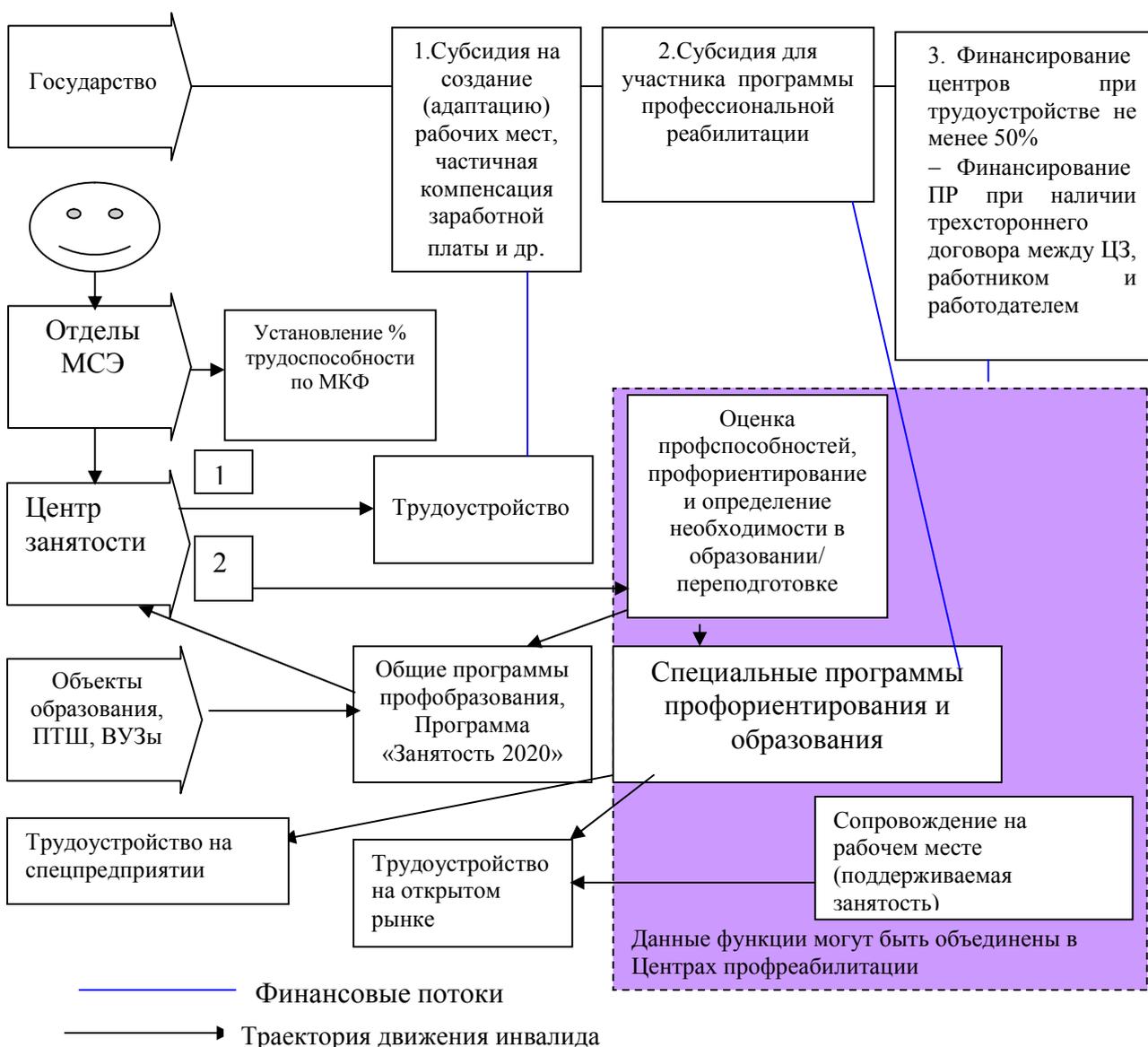


Рисунок 3.1 – Схема организационно-экономического механизма профессиональной реабилитации

Государственные органы управления обеспечивают реформирование действующих структур (МСЭ, Центры занятости, ВУЗы), создают Центры

профессиональной реабилитации и обеспечивают финансовую поддержку как Центров профреабилитации, субсидируют инвалида во время прохождения курса обучения и субсидируют работодателю создание (адаптацию) рабочего места, частично заработную плату инвалида.

Для запуска предлагаемой нами организационно-экономической модели необходимо реформирование МСЭ, расширение их штата и включение социальных работников со специализацией физиология труда, которые могли бы проводить первичное профориентирование. Внедрение в деятельность МСЭ Международной классификации функционирования позволит оценивать уровень трудоспособности инвалида в процентах.

Уровень трудоспособности должен устанавливаться исходя из следующих критериев:

1. Медицинские критерии;
2. Образование;
3. Профессиональная реабилитация;
4. Опыт работы и рабочие навыки;
5. Возраст.

Критерии со второго по пятый оценивают возможность трудоустройства человека.

Далее могут два варианта развития событий по предложенной схеме.

1) Если профессиональная реабилитация не нужна и человек имеет высокий уровень трудоспособности от 60 до 100% (своего рода аналог нашей III группы), то по вопросам трудоустройства инвалид может обратиться в Центр занятости. Имея необходимый уровень и профессиональные навыки работы, он может трудоустроиться по общей программе «Занятость 2020», на открытом рынке труда или в специализированное предприятие (рисунок 3.2).

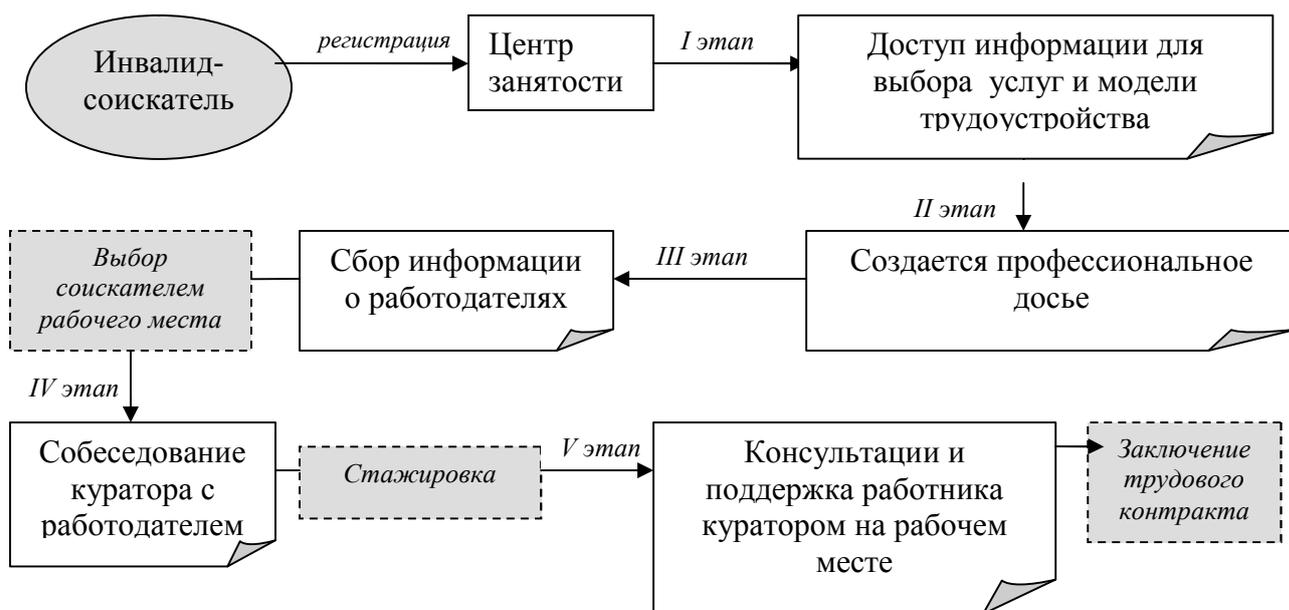


Рисунок 3.2 – Модель поддерживаемой занятости для инвалида с высоким уровнем трудоспособности – 60-100%.

Данная модель соответствует пятиэтапному процессу «поддерживаемой занятости» Европейского союза поддерживаемого трудоустройства (European Union of Supported Employment (EUSE)) [65].

Процесс внедрения сотрудников в обычные организации проходит пошагово. Люди начинают с контракта на прохождение стажировки длительностью три месяца, затем могут получить «оперативный контракт» длительностью от трех месяцев до одного года, который можно однократно продлить, а затем постоянный контракт. Порядка 85% начинающих работников в конце процесса получают постоянный контракт.

В предлагаемой модели куратором выступает работник Центра занятости, но практикой использования модели признано, что лучше эти функции выполняют негосударственные структуры, которыми являются НПО. В этом случае НПО получает финансирование от государства на основе тендера и берет на себя функции сопровождающего лица.

Практика показывает, что НПО, предоставляющие услуги сурдопереводчиков, уже сегодня выполняют подобные функции для людей с ограничениями по слуху в рамках услуги сурдоперевода.

2) Если инвалид не имеет опыта работы, необходимого уровня профессионального образования, либо он нуждается в переподготовке, человеку необходимо предложить полный набор услуг, включающий при необходимости прохождение специальных программ профессионального ориентирования и образования.

Полный вариант системы «поддерживаемой занятости», направленной на интеграцию людей с ограниченными возможностями на открытый рынок труда включает в себя профориентацию, подготовку к работе, обучение, поиск работы, консультации по трудоустройству и постоянную поддержку на рабочем месте.

Как видно из нашей схемы на рисунке 3.4, часть работников с невысоким уровнем трудоспособности, менее 60% (в основном II и I группа по действующей классификации) нуждается в профессиональной реабилитации, включающей все этапы интеграции в рынок труда.

Для второго этапа пути к трудоустройству, на наш взгляд, необходимы Центры профессиональной реабилитации, которые способны выполнять полный объем необходимых функций, в т.ч. адаптированное профобучение.

В Республике Казахстан необходимо создать сеть профессионально реабилитационных центров, которые, согласно мировому опыту, обеспечивают:

- оценку профессиональных способностей;
- профориентирование;
- определение необходимости в профподготовке;
- реализация специальных программ профориентирования и образования;
- трудоустройство;

- консультирование инвалидов в процессе труда с помощью специалистов – работников центра, т.е. фактическое сопровождение инвалида на рабочем месте или «поддерживаемая» занятость.

Необходимо отметить, что функции профессионального ориентирования, образования, сопровождения на рабочем месте в данном случае могут быть представлены комплексно в одном месте – в Центре профессиональной реабилитации (на рисунке 3.1 это выделено отдельной зоной). Это позволит сэкономить финансовые, трудовые ресурсы, затраты времени, что, безусловно, более предпочтительно для людей с ограниченными возможностями. При этом нагрузка на куратора в процессе сопровождения на рабочем месте, согласно мировому опыту, изложенному нами в параграфе 1.3, должна быть не более 20 человек.

Во время прохождения программы профессиональной реабилитации инвалиду необходимо предоставлять пособие в размере не менее 1 МЗП и компенсировать транспортные расходы, если в Центр не предлагает возможность проживания. Продолжительность выплаты пособия не должна быть более 180 дней.

Профессиональные реабилитационные Центры и услуги индивидуального сопровождения и поддержки на рабочем месте, которые осуществляются в течение шести месяцев или одного года социальными работниками Центров (т.к. они проводят профессиональную реабилитацию и знают все преимущества своих подопечных) или частными агентствами, являются в мировой практике эффективной формой содействия занятости инвалидов.

**Субсидия на адаптацию рабочего места и частичная компенсация заработной платы.** На сегодняшний день Налоговый кодекс предлагает следующие льготы для работодателей при найме инвалида на предприятие:

а) Согласно статье 133 Налогового Кодекса налогоплательщики, которые используют труд инвалидов, имеют право на уменьшение налогооблагаемого дохода на сумму 2-кратном размере произведенных расходов на оплату труда инвалидов и на 50% от суммы исчисленного социального налога от заработной платы и других выплат инвалидам [108].

б) Согласно статье 248 Налогового Кодекса освобождаются от налога на добавленную стоимость обороты по реализации товаров, работ, услуг, кроме оборотов по реализации товаров (работ, услуг) от торгово-посреднической деятельности и оборотов по производству и реализации подакцизных товаров, общественных объединений инвалидов, а также производственных организаций, если такие объединения и организации соответствуют следующим условиям:

- инвалиды составляют не менее 51 процента от общего числа работников таких производственных организаций;

- расходы по оплате труда инвалидов составляют не менее 51 процента (в специализированных организациях, в которых работают инвалиды по потере слуха, речи, зрения, - не менее 35 процентов) от общих расходов по оплате труда [108].

в) В соответствии со статьей 135 Налогового кодекса доходы организаций, которые осуществляют деятельность в социальной сфере, не подлежат налогообложению, если численность инвалидов за налоговый период

составляет не менее 51% от общего числа работников, а расходы по оплате труда инвалидов за налоговый период составляют не менее 51% (в специализированных организациях – не менее 35%) от общих расходов по оплате труда [108].

г) В случае невыполнения квоты 3% от общей численности рабочих мест, согласно статье 87-1 Кодекса РК об административных правонарушениях, штраф составляет на должностное лицо в размере от 20 до 40 МРП, на юридическое лицо, являющееся субъектом малого и среднего предпринимательства, – в размере от 70 до 200 МРП, на юридическое лицо, являющееся субъектом крупного предпринимательства, - в размере от 200 до 400 МРП [23].

Но, как показал анализ статистических показателей трудоустройства инвалидов в параграфе 2.3, все эти косвенные меры регулирования не являются для работодателей достаточным стимулом приема на работу человека с ограниченной работоспособностью [113].

Мы считаем, что необходимо перейти к механизму финансового поощрения для работодателей, обеспечивающих рабочие места инвалидам на открытом рынке труда: субсидированию создания рабочего места и частичному субсидированию заработной платы.

*Субсидия по созданию (адаптации) рабочих мест*, состоит из следующих видов затрат:

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

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

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

Для обоснования объемов субсидии мы опирались на мировой опыт и результаты исследования, проведенного Институтом регионального развития по заказу ПРООН и Министерства труда и социальной защиты РК.

1. Согласно проведенным расчетом по адаптации зданий и помещений средние затраты на перестройку здания и помещения составляют 2153,3 тыс. тенге [117].

2) Средние затраты на приобретение и установку оборудования типизировать достаточно трудно, поскольку они привязаны к широкому спектру разнокалиберных видов станков, оргтехники, оборудования, технических приспособлений и мебели. Размер субсидии взят по опыту Литвы [118].

3) Средние затраты на обучение работника в том случае, если аналогичные курсы обучения отсутствуют в Центре занятости населения, могут быть оценены в 100 тысяч тенге (по опросам работодателей не более 3 месяцев,

включая оплату труда наставника) (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Предлагаемый размер субсидии по элементам затрат\*

Элементы	Назначение	Значение	
		МЗП **	Сумма, тенге
1	Ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту	40	695 600
2	Приобретение специализированного оборудования, мебели сроком службы не менее 1 года	14	243 460
3	Обучение работника +зарплата для работника	6	104 340
Примечание: * По каждой позиции заданы верхние границы субсидии ** МЗП в 2012 году составила 17390 тенге			

Общий объем субсидии на создание (адаптацию) рабочего места должен быть не менее 1 млн. тенге.

Работодатель обязан сохранить это рабочее место минимум в течение 36 месяцев с момента трудоустройства. Если рабочее место ликвидируется в течение 12 месяцев, то работодатель обязан возратить всю субсидию, если в течение 13-24 месяцев - 80% субсидии, если в течение 25-36 месяцев - 50% субсидии.

*Возмещение части заработной платы занятого инвалида.*

Во многих странах государство компенсирует работодателю зарплату работника с инвалидностью. Такие компенсации ограничены временем (в Швеции - четыре года, в Германии - восемь лет) и составляют определенный процент от заработной платы инвалида [91].

Одной из моделей расчета компенсации заработной платы является опыт Литвы, в которой процент определяется исходя из степени работоспособности инвалида (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Опыт Литвы в части компенсации заработной платы

Целевая группа	Процент компенсации заработной платы	Максимальный размер компенсации	Продолжительность поддержки
0-25% степень работоспособности или тяжелая степень недуга	75% начисленных средств	2 МЗП (минимальной заработной платы)	весь период трудоустройства
30-40% степень работоспособности или средняя степень недуга	60% начисленных средств		весь период трудоустройства
45-55% степень работоспособности или легкая степень недуга	50% начисленных средств		до 12 месяцев

На первый взгляд, литовская схема компенсаций представляется эффективной, т.к. процент компенсации увеличивается в связи с ограничением трудоспособности.

Скорее всего, в Казахстане работодатель будет использовать меры поддержки по максимуму, тогда уровень оплаты труда работников трех групп инвалидности будет следующим (таблица 3.4).

Если работодатель будет стремиться выбрать компенсацию по максимуму, то это будет стимулировать его занижать уровень оплаты труда и подстраивать его под получение максимальной компенсации, что определит искусственные границы и снизит оплату труда I и II групп работников.

Таблица 3.4 – Заработная плата работника при использовании максимальной субсидии

Целевая группа	Процент компенсации зар. платы	Начисление зарплаты при максимальной субсидии в 2 МЗП, тенге	Продолжительность поддержки
1 группа инвалидности	75%	42664	Весь период трудоустройства
2 группа инвалидности	60%	49227	
3 группа инвалидности	50%	63996	До 12 месяцев
Примечание: * Минимальная заработная плата в 2012 году равна 17390 тенге			

На наш взгляд, целесообразнее определить максимальную сумму субсидии или дифференцировать её по группам: I группа – 2 МЗП; II группа – 1,8 МЗП; III группа – 1,5 МЗП (таблица 3.5).

В этом случае размер субсидии не будет зависеть от абсолютного размера заработка инвалида, эти величины будут автономными, что будет способствовать более справедливой оплате труда. В тоже время требуется дополнительный государственный контроль за целевое использование данного вида субсидий.

Таблица 3.5 – Фактические размеры предлагаемых субсидий для компенсации затрат на заработную плату инвалидов трех групп, тенге

Целевая группа	Максимальная субсидия кратно МЗП	Максимальная субсидия в тенге, 2012г.	Продолжительность поддержки
I группа инвалидности	2	34 780	Весь период трудоустройства
II группа инвалидности	1,8	31 302	
III группа инвалидности	1,5	26 085	До 12 месяцев
Примечание: * Минимальная заработная плата в 2012 году равна 17390 тенге			

Для специализированных предприятий нами предлагается больший размер

субсидий по аналогичной схеме (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Фактические размеры предлагаемых субсидий для компенсации затрат на заработную плату инвалидов всех групп, тенге

Целевая группа	Максимальная субсидия кратно МЗП	Максимальная субсидия в тенге, 2012г.	Продолжительность поддержки
I группа инвалидности	2,2	38 258	весь период трудоустройства
II группа инвалидности	2	34 780	
III группа инвалидности	1,5	26 085	до 12 месяцев
Примечание: * Минимальная заработная плата в 2012 году равна 17390 тенге			

Кроме того, необходимо разработать нормативно-правовую базу функционирования специализированных предприятий, учитывающую дополнительную государственную помощь, компенсирующую часть коммунальных и административных затрат специализированных предприятий, а также затрат на приспособление рабочей среды производственных помещений. Размер указанных видов помощи может составлять не более 70% всех расходов.

Таким образом, определение эффективных в мировой практике мер и типовой расчет затрат на внедрение этих мер по обеспечению занятости инвалидов на открытом рынке труда позволяет разработать следующие рекомендации:

1) На основе Закона РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов» необходимо разработать Правила содействия трудоустройству инвалидов, где определить формы организации рабочих мест, меры и объемы государственной поддержки.

2) В составе системы предлагаются следующие меры и объемы поддержки:

а) Частичное субсидирование затрат работодателя на создание (адаптацию) рабочего места:

- ремонт и адаптация помещения для обеспечения доступа к рабочему месту не более 40 МЗП;

- приобретение специализированного оборудования, мебели сроком службы не менее одного года не более 14 МЗП;

- обучение на рабочем месте, если аналогичные курсы не предоставляются Центром занятости не более 6 МЗП.

Если инвалид для себя организует (приспосабливает) рабочее место в первый раз (индивидуальная деятельность или микропредприятие), субсидия аналогичная.

В Правилах необходимо прописать, что работодатель обязан сохранить это рабочее место минимум в течение 36 месяцев с момента трудоустройства. Если рабочее место ликвидируется в течение 12 месяцев, то работодатель обязан вернуть всю субсидию, если в течение 13-24 месяцев - 80% субсидии, если

в течение 25-36 месяцев - 50% субсидии.

Впоследствии при внедрении в практику понятия «уровень трудоспособности» можно ввести положение, согласно которому работодатель оплачивает не менее 20% расходов на новое (или приспособленное) рабочее место, но если это место для нетрудоспособных с не более чем 25% трудоспособности - то 10%, а если для лиц с 30-40% трудоспособности (ранее вторая группа) - 15%.

В Правилах необходимо прописать источник субсидирования. Так, целесообразно затраты ремонт и адаптацию помещения для обеспечения доступа к рабочему месту, а также затраты на оборудование выплачивать из республиканского бюджета, а субсидировать обучение из местного.

В нашем случае предлагается формирование региональных фондов «Содействия занятости и бизнеса инвалидов», который по существу будет представлять общества инвалидов. Основным источником финансирования данного фонда будут санкции за невыполнение 3% квоты трудоустройства инвалидов.

б) Частичное субсидирование заработной платы для инвалидов на следующих условиях: максимальный размер субсидии не может быть:

- для инвалидов I группы - 2 МЗП (34 780 тенге в 2012г.) - в течение всего периода трудоустройства;

- для инвалидов II группы - 1,8 МЗП (31 302 тенге в 2012г.) - в течение всего периода трудоустройства;

- для инвалидов III группы – 1,5 МЗП (26 085 тенге в 2012г.) – в течение 12 месяцев;

3) Признанную эффективность имеют такие организации поддержки как Профессиональные реабилитационные Центры и услуги индивидуального сопровождения и поддержки на рабочем месте, которые осуществляются в течение полгода или года социальными работниками Центров (т.к. они проводят профессиональную реабилитацию и знают все преимущества своих подопечных) или частными агентствами.

4) В действующую Программу «Занятость 2020», которая предлагает широкие меры поддержки и по которой, как показывает опыт, уже получают поддержку и инвалиды, можно предложить по первому направлению «предоставление субсидии на оплату услуг сурдопереводчика обучающимся инвалидам по слуху (3 группа)». Субсидия предоставляется для усвоения образовательных программ в объеме 10 часов, выплата которой прекращается в случае неудовлетворительной оценки на промежуточном контроле.

Размер субсидии может определяться согласно Правилам предоставления в соответствии с индивидуальной программой реабилитации социальных услуг индивидуального помощника для инвалидов первой группы, имеющих затруднение в передвижении и специалиста жестового языка для инвалидов по слуху – 30 часов» [119]. Размер ежемесячной субсидии будет равен 26085 тенге.

Подводя итоги по разработкам организационно-экономического механизма можно рассмотреть меры совершенствования институционального обеспечения

специальных услуг в республике Казахстан с ориентацией на результат.

### 3.2 Совершенствование институционального обеспечения специальных социальных услуг населению при переходе к управлению по результатам

Несмотря на то, что социальная поддержка и защита инвалидов в Казахстане, обеспечение им равных возможностей в реализации экономических, социальных, и иных прав и свобод гарантированы Конституцией РК и другими нормативно-правовыми документами, со стороны общества и государства имеет место инертное к социально-уязвимым группам населения и их проблемам. Это проявляется в практически полном отсутствии в населенных пунктах страны нормального доступа для инвалидов к жилым, общественным и производственным зданиям, объектам социальной инфраструктуры. Инвалидность является некоторым барьером, который мешает инвалидам в полном объеме и эффективно участвовать в жизни общества, в том числе трудиться наравне с другими, т.к. в системе отсутствуют важнейшие элементы, предназначенные для оказания им услуг. Ряд проблем имеет место, в том числе и в процессе оказания услуг для инвалидов и престарелых на дому.

В связи с этим можно выделить основные приоритеты развития социального обслуживания населения с ориентацией на результат (рисунок 3.3).

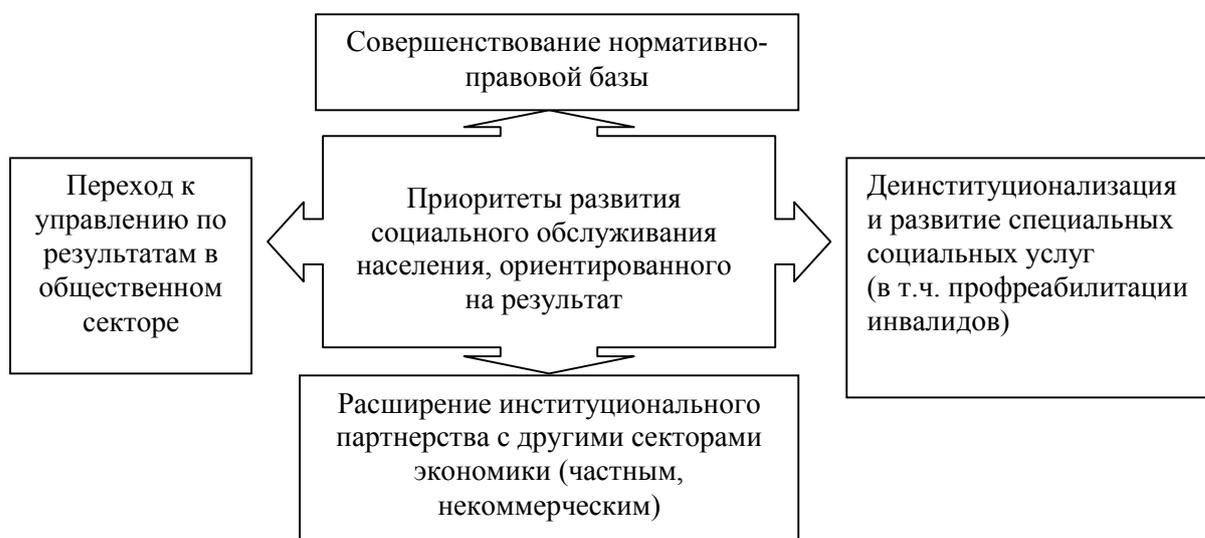


Рисунок 3.3 – Приоритеты развития социального обслуживания, ориентированного на результат

Примечание – Составлено автором

Приказ Министра РК от 6 декабря 2011 года № 394-ө «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» [107] исключил многие ранее существовавшие недостатки:

- внедрен ежемесячный и ежеквартальный мониторинг по результатам

социального обслуживания,

- конкретизированы наименования стандартов по типам стационаров,
- расширено штатное расписание МСУ, что позволило ввести штат специальных педагогов и узких специалистов, специалиста по социальной работе, менеджера по государственным закупкам.

По результатам SWOT-анализа, представленного нами в качестве итога 2 главы, мы предлагаем ряд конкретных изменений в институциональное обеспечение специального социального обслуживания целевых групп, в том числе на дому. Нами предлагается:

1. Разработка универсальной системы оценки потребностей при уходе на дому (в настоящее время методика предназначена только для детей, несмотря на общее название);

2. Разработка методики для оценки качества оказываемых социальным работником услуг (в настоящее время она отсутствует);

3. Проведение нормирования труда социального работника при обслуживании на дому и привязка норм труда к потребностям клиентов, что позволит обоснованно определять нагрузку на социального работника, исходя из уровня потребностей его клиентов (в настоящее время нагрузка определяется по качеству занимаемого клиентом жилья – благоустроенное или неблагоустроенное);

4. Введение в стратегические планы государственных органов показателей удовлетворенности клиентов, как главного результата специального социального обслуживания.

Непосредственно в Закон РК «О специальных социальных услугах» рекомендуется внести изменения, представленные на рисунке 3.4.

Исходя из наших предложений по обеспечению права инвалидов на труд, рекомендуется ввести предложения в Закон РК «О занятости населения» №149-11 от 23.01.2001 года (с дополнениями и изменениями, внесенными ЗРК №444-1V от 27 июня 2011 года), которая создаст нормативно-правовую базу для формирования и функционирования системы профессиональной реабилитации работников с ограниченными возможностями.

**В главе 1 «Общие положения» статью 1** закона дополнить пунктами:

- 27. Специальное рабочее место – рабочее место, обеспеченное доступом и требующее дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

- 28. Разумное приспособление (адаптация) рабочего места – обеспечение необходимых и достаточных условий для выполнения конкретным работником с ограниченными возможностями своих функциональных обязанностей.

- 29. Субсидия на создание (адаптацию рабочего места) – безвозмездные средства, выделяемые на создание (адаптацию) рабочего места, без которых оно не могло быть создано (адаптировано).

Институциональное обеспечение оказания специальных социальных услуг**				
	Закон РК от 29.12.2009г. №114-IV «О специальных социальных услугах»	Закон РК «О занятости населения» №149-11 от 23.01.2001 года (с доп. ЗРК №444-1V от 27.07.2011 года)*	Разработать и утвердить Правила создания и субсидирования специальных рабочих мест	Закон РК от 13.04.2005г. №39-III «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»
<b>НЕДОСТАТКИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- не установлено право выбора поставщика услуг у услугополучателя;</li> <li>- нет положения об оценке качества предоставления услуг</li> <li>- нормы нагрузки на соработника не обоснованы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствуют базовые понятия по обеспечению права инвалидов на труд;</li> <li>- отсутствуют указания на уполномоченные органы, которые отвечают за порядок оказания услуг профреабилитации, создания рабочих мест;</li> <li>- отсутствуют права работодателей на компенсацию затрат и др.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- действующая 3% квота не обеспечивает трудоустройство инвалидов;</li> <li>- у работодателей отсутствуют стимулы для создания специальных рабочих мест.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствует подход к инвалидности с позиций МКФ;</li> <li>- отсутствует вид учреждения профессионально-реабилитационный центр</li> <li>- медицинская модель профреабилитации</li> </ul>
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Нагрузка на социального работника по уходу определяется на основе утвержденных норм труда и согласно индивидуальной потребности клиента;</li> <li>- Процедура определения потребностей и оценки качества услуг благополучателем является обязательной;</li> <li>- Благополучатель имеет право выбора поставщика услуги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ввести основные понятия «разумное приспособление рабочего места», «специальное рабочее место», субсидия на создание (адаптацию рабочего места)</li> <li>- Утвердить компетенции Правительства РК и центрального исполнительного органа по разработке и утверждению порядка профессиональной реабилитации, создания и субсидирования (адаптации) специальных рабочих мест и трудоустройства инвалидов. **</li> </ul>	<p>На основе Закона РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов» необходимо разработать Правила содействия трудоустройству инвалидов, где определить формы организации специальных рабочих мест, меры и объемы государственной поддержки. (Конкретные предложения по объему поддержки в параграфе 3.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определить профессионально-трудовую реабилитацию инвалида как комплекс мер, направленных на обеспечение его права на труд и социальное включение;</li> <li>- Принять определение социальной модели инвалидности;</li> <li>- Закрепить функции МСЭ согласно МКФ: перейти от «степени утраты трудоспособности» к «уровню трудоспособности»;</li> <li>- Расширить права инвалидов по профессионально-трудовой реабилитации</li> </ul>

Рисунок 3.4 – Рекомендации по совершенствованию институционального обеспечения в сфере социального обслуживания

Примечание: \* Изменения предлагаются в соответствии с положениями Конституции РК о гарантиях права человека на труд и Конвенции ООН о правах инвалидов

\*\* На рисунке представлены отдельные положения

В главе 2 «Реализация государственной политики занятости» предлагается дополнить статью 5.1 Компетенции Правительства РК пунктами:

-10. Утверждает порядок оказания специальных социальных услуг профессиональной реабилитации инвалидов;

-11. Утверждает порядок создания (адаптации) специальных рабочих мест и трудоустройства инвалидов;

-12. Утверждает порядок субсидирования создания специальных рабочих мест.

**Статью 6 «Центральный исполнительный орган» пункт 2** дополнить подпунктами:

-9.5 Разрабатывает порядок оказания специальных социальных услуг профессиональной реабилитации инвалидов;

-9.6 Разрабатывает порядок создания специальных рабочих мест, трудоустройства инвалидов и субсидирования создания рабочих мест.

**Статью 8 «Уполномоченный орган» пункт 1** Уполномоченный орган обязан дополнить пунктом 7.2 Направлять инвалидов на профессионально-трудовую реабилитацию

**Статью 8 «Уполномоченный орган» пункт 2** Уполномоченный орган имеет право дополнить пунктом 5. Заключать с работодателями договора о создании специальных рабочих мест (адаптации рабочих мест), субсидировании создания рабочего места (адаптации рабочего места) и трудоустройстве инвалидов.

**Статья 9 «Работодатель имеет право»** дополнить пунктами:

- 8. Работодатель имеет право на заключение договоров с уполномоченными органом на создание (адаптацию) специальных и социальных рабочих мест и трудоустройство инвалидов

- 9. Работодатель имеет право на компенсацию затрат, связанных с созданием (адаптацией) специальных рабочих мест и трудоустройством инвалидов.

**Статья 18 «Подходящая работа»** должна быть дополнена **пунктом 3.** Специальное рабочее место предназначено для постоянного трудоустройства инвалидов на свободном рынке труда

Кроме этого, на основе *Закона РК «О занятости»* и закона *РК «О специальных социальных услугах»* целесообразно разработать и ввести Правила содействия трудоустройству инвалидов, в которых предусмотреть порядок взаимодействия государственных учреждений (Центров занятости) с работодателями по вопросу создания (адаптации) и субсидирования специальных рабочих мест, субсидирования заработной платы инвалидов.

Согласно предлагаемым изменениям, необходимы также корректирующие изменения в *Законе РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»* (с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.01.2011г.)

Необходимо дать развернутую характеристику понятия профессиональная реабилитация в связи с текстом Конвенции ООН об инвалидах.

В **статье 1 «Основные понятия, используемые в данном законе»**, необходимо уточнить понятие профессионально-трудовой реабилитации.

В действующей редакции профессиональная реабилитация – это комплекс

мер, направленных на получение или восстановление нарушенных или утраченных профессиональных навыков, знаний и умений инвалидов, их адаптация и трудоустройство»

В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов целесообразно определить профессионально-трудовую реабилитацию инвалида как комплекс мер, направленных на обеспечение его права на труд и социальное включение.

Дополненное понятие должно включать следующий перечень услуг для инвалида:

2) диагностика и оценка предпочтений, знаний, навыков, физических и умственных возможностей и психологической готовности инвалидов к труду;

3) профессионально-трудовую ориентацию – меры, направленные на оказание психологической, правовой, информационной помощи инвалиду для выбора трудовой деятельности;

4) профессионально-трудовое обучение – меры, направленные на развитие профессиональных знаний и навыков инвалидов для выполнения ими определенных видов трудовой деятельности;

5) разработку рекомендаций по мерам обеспечения доступа и разумного приспособления определенного рабочего места для трудоустройства инвалидов;

6) обеспечения сопровождения на рабочем месте для ускорения адаптации инвалида к условиям работы и социуму.

Необходимо в данной статье ввести в перечень организаций, классифицирующихся как МСУ, такой вид как центр профессионально-трудовой реабилитации инвалидов.

Базовое определение инвалидности также нуждается в корректировке, т.к. в настоящее время оно определено в терминологии медицинской модели: «инвалидность – степень ограничения жизнедеятельности человека вследствие нарушения его здоровья со стойким расстройством функций организма».

В соответствии с Конвенцией ООН необходимо определить инвалидность как устойчивые физические, психические, интеллектуальные или сенсорные нарушения, которые при взаимодействии с различными барьерами могут помешать полному и эффективному участию человека в жизни общества наравне с другими.

В изложении закона необходимо отойти от модели медицинской инвалидности и закрепить понятия социальную модель инвалидности. Для этого, кроме изменения определения инвалидности необходимо изменить трактовку и официальные формулировки, которыми пользуется МСЭ.

В **статью 13** «Медико-социальная экспертиза», которая в настоящее время «устанавливает инвалидность и степень утраты трудоспособности лица», необходимо удалить слово «утраты» и вместо него ввести понятие «физических, сенсорных, ментальных ограничений» и уровня трудоспособности.

В результате пункт 1 «Функции МСЭ» будет звучать «Установление инвалидности и степени ограничения физических, сенсорных, психических,

ментальных функций и оценки общей трудоспособности лица осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы»

При этом в **статье 7 «Компетенция уполномоченного органа в области социальной защиты населения и его территориальных подразделений» пункт 1** уполномоченный орган в области социальной защиты необходимо изложить как «разрабатывает, совместно с уполномоченным органом в области здравоохранения правила освидетельствования, установления причин, групп инвалидности и уровня трудоспособности для разработки индивидуальных программ реабилитации».

При этом в **статье 13 пункт 2** закрепить функции Медико-социальной экспертизы следующим образом:

Медико-социальная экспертиза – оценка особых потребностей и планирование программы реабилитации инвалида осуществляется социальными и медицинскими работниками на основе совокупности:

1) результатов проведенной в специализированных учреждениях здравоохранения углубленной диагностики состояния здоровья, клинико-функциональных данных и т.п.

2) результатов проведенной в центрах или отделениях профессионально-трудовой реабилитации углубленной социальной, психологической и профессиональной диагностики, определении способности к определенным видам трудовой деятельности, установления потребности в технических средствах и разумном приспособлении рабочих мест.

В связи с тем, что при планировании мероприятий профессионально-трудовой реабилитации необходимо оценивать не утрату трудоспособности, а уровень сохраненной трудоспособности при выполнении определенных трудовых функций. Это также важно в последующем при определении мер по созданию (адаптации рабочего места) и размера субсидий заработной платы.

В **статью 13 пункт 3** вносятся изменения: при установлении инвалидности и степени способности к определенным видам труда определяется потребность в дополнительных видах помощи:

- в профессиональной ориентации;
- профессиональном обучении
- обеспечении техническими и вспомогательными (компенсаторными) средствами,
  - специальными средствами передвижения
  - мерам по адаптации рабочего места, включая обеспечение доступа, разумного приспособления рабочего места, профессионального наставника на рабочем месте, сурдопереводчика и других соцуслугах.

Для своевременной профессиональной ориентации, профессионального обучения, профессионально-трудовой реабилитации и планирования занятости молодых людей с ограниченными возможностями необходимо в **пункт 4** ввести уточнение. Суть его в том, что группу инвалидности и степени способности к определенным видам труда устанавливается с шестнадцатилетнего возраста.

В **статью 14 «Права инвалидов» пункт 6** дополнить подробным перечнем

услуг профессионально-трудовой реабилитации, включающих:

- профессиональную ориентацию и подбор подходящих профессий и рабочих мест;
- профессиональную подготовку и переподготовку, развитие трудовых навыков, восстановление трудоспособности;
- оценку особых потребностей, связанных с трудоустройством;
- разработка плана трудоустройства и обеспечение мероприятий по созданию (адаптации) рабочего места, включая доступность рабочего места, разумное приспособление и наставничество;
- посреднические, информационно-правовые и психологические услуги по трудоустройству и поддержке занятости;
- оценку эффективности программы профессионально-трудовой реабилитации;
- поддержку предпринимательской деятельности и творческих способностей инвалида.

**Статью 30** «Профессиональная реабилитация инвалидов» к имеющимся пунктам, согласно Конвенции ООН дополнить ещё два. В настоящее время **пункт 1** профессиональная реабилитация инвалидов включает:

1. Профессиональную ориентацию;
2. Профессиональное обучение (переобучение);
3. Трудоустройство;

Необходимо добавить пункты:

4. Диагностику и оценку работоспособности и готовности к определенным видам трудовой деятельности;
5. Определение потребности в разумном приспособлении рабочего места, включая доступ к нему.

Кроме этого, на наш взгляд, **пункт 2** профессиональная ориентация осуществляется территориальными подразделениями уполномоченного органа в области социальной защиты населения, звучит некорректно.

Как нами было сказано выше, профессиональную ориентацию осуществляют работники МСЭ, опираясь на результаты углубленной диагностики, проведенной в центрах профессионально-трудовой реабилитации.

Возможности же конкретного трудоустройства работника с ограниченной трудоспособностью определяются Центрами профессионально-трудовой реабилитации совместно с Центром занятости.

**Статья 31** «Обеспечение занятости инвалидов» **пункт 3** создания специальных, а также социальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с законодательством Республики Казахстан уточнить следующим образом. «Стимулирования создания специальных и социальных рабочих мест в частном и государственном секторе...». Аналогичные изменения внести в **пункт 4**, стимулирование профессионального обучения и наставничества для инвалидов на предприятии.

Целесообразно также дополнить **5 пункт** следующим: заключения договоров с работодателями о компенсации части затрат по реализации

мероприятий по созданию (адаптации) специального рабочего места и социального рабочего места, развитию профессионально-трудовых навыков инвалида на рабочем месте.

Все сделанные нами предложения и уточнения по профессиональной реабилитации инвалидов базируются на разных статьях Конвенции ООН о правах инвалидов.

Подводя итог нашим предложениям по совершенствованию институциональных основ предоставления специальных социальных услуг, можно подчеркнуть следующее:

- В связи с переходом системы госрегулирования на управление по результатам необходимо правильно определить конечные результаты, в частности ввести показатели: «доля трудоустроенных инвалидов из всех обратившихся за профреабилитацией», а в сфере обслуживания «доля клиентов, удовлетворенных качеством оказания услуг».

- Для специальных социальных услуг на дому разработать методику определения потребностей клиента, что позволит адекватно нормировать трудовую нагрузку на социального работника, и оценку качества предоставляемых услуг.

- В сфере профессиональной реабилитации необходим ряд нововведений в нормативно-правовые акты законы РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», которые позволят легализовать предложенный нами в параграфе 3.1 организационно-экономический механизм профессиональной реабилитации инвалидов.

### **3.3 Организационно-экономические механизмы имплементации Конвенции о правах инвалидов в Республике Казахстан**

В Республике Казахстан государственная политика и национальное законодательство, регулирующие отношения, которые возникают при наступлении инвалидности, направлены, в основном, на обеспечение элементарных условий жизнедеятельности инвалидов. С целью ратификации и, в дальнейшем, имплементацией «Конвенции о правах инвалидов в Республике Казахстан» [95] необходимо оценить затраты республиканского и местного бюджетов, а также иных внебюджетных источников.

Среди проблем, с которыми сталкиваются инвалиды в Казахстане, можно выделить следующие основные проблемы по социальной интеграции инвалидов в общество:

- трудности в области трудоустройства, дискриминация инвалидов в сфере занятости, отсутствуют стимулы для работодателей по найму инвалидов;

- ограничение доступа к образованию, так как для детей-инвалидов созданы отдельные специализированные классы (школы), где уровень образования низкий в отличие от обычных школ;

- недостаточный объем и низкое качество услуг в сфере здравоохранения с целью медицинской реабилитации инвалидов, особенно затруднения наблюдаются для инвалидов, проживающих в сельской местности;

- отсутствие нормального доступа инвалидам к жилым, общественным и

производственным зданиям, объектам социальной инфраструктуры (в виде подъездных путей, пандусов, пешеходных переходов, специальных светофоров, устройств для инвалидов колясок и др.);

- слабая информированность инвалидов о своих правах, о дополнительных услугах в области социального обслуживания, об услугах Интерната и др.;

- слабое участие и оторванность от общественно-политической жизни страны; ущемление гражданских прав инвалидов.

В Казахстане нормативные правовые документы в значительной степени ориентированы на централизованную социальную защиту и реабилитацию. А на основе зарубежного опыта рассматривается система социальной защиты инвалидов, как субъектов общества, ориентированная на благополучателя.

К участию в системе оказания услуг для инвалидов привлекаются не только государственные организации, но и частные и некоммерческие, если они подтверждают свою квалификацию в сфере оказания социальных услуг. Такие организации, как правило, оказывают более специализированные услуги, рассчитанные на нужды малых групп потребителей, и этим их услуги представляют особую ценность в сфере социального обслуживания.

Генеральная Ассамблея ООН на 61 сессии приняла Конвенцию о правах инвалидов, и совместно с Министерством труда и социальной защиты населения Республики Казахстан приняли на себя обязательства реализовать совместный проект «Совершенствование системы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями в рамках Конвенции ООН о правах инвалидов и развитие системы предоставления специальных социальных услуг». Один из этапов данного проекта – проведение исследований по моделированию экономических затрат и расходов, связанных с ратификацией и дальнейшей имплементацией Конвенции о правах инвалидов в Республике Казахстан (рисунок 3.5).

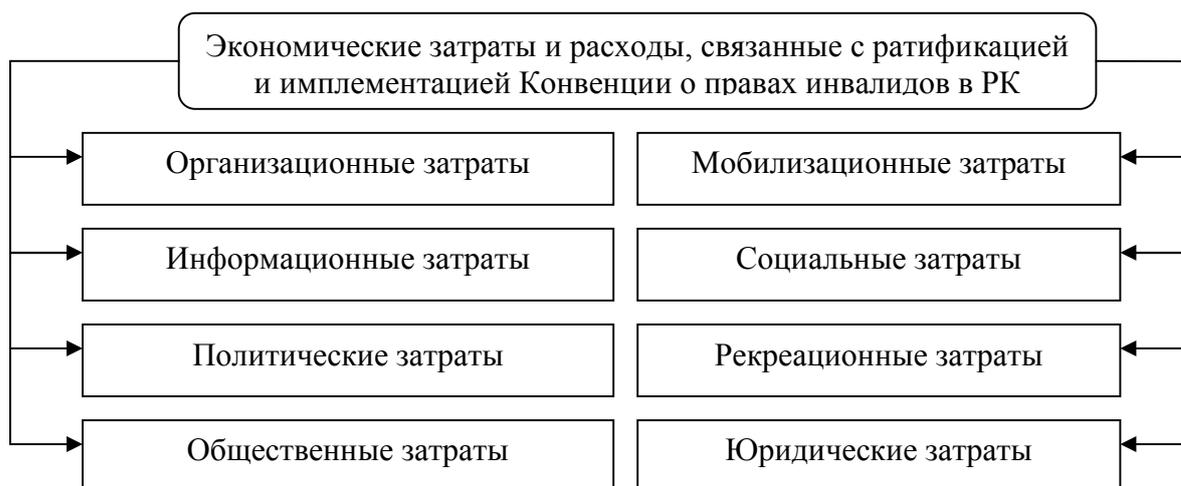


Рисунок 3.5 – Классификация экономических затрат и расходов

Примечание – Составлено автором по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106

Одной из важнейших задач социальной интеграции является обеспечение защиты и полной интеграции социально-уязвимых групп общества в экономическую жизнь и жизнь общества, в том числе всеобщего и равного доступа к образованию, информации, технологиям и инновациям.

Современная государственная политика базируется на новом подходе к инвалидности на основе прав индивидуума, новом определении социальной уязвимости и выработанным на их основе определениям доступности и доступа (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Затраты по приоритету общие обязательства, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в Республике Казахстан

Виды затрат	Содержание затрат	Предложения и нормативно-правовое обеспечение
1	2	3
<i>Приоритет – доступность к объектам инфраструктуры</i>		
<i>Цель:</i>	обеспечение инвалидам доступа наравне с другими к физическому окружению, транспорту, информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах	
Затраты, связанные с обеспечением доступности (ст.9)	<i>Выявить</i> и устранить препятствия и барьеры, мешающие доступности к зданиям, дорогам, транспорту и другим внутренним и внешним объектам, включая школы, жилые дома, медучреждения и рабочие места, а также доступности к информационным, коммуникациям и другим службам, включая электронные и экстренные службы (Приложение Б)	<u>Экономический механизм:</u> госзаказ на услугу выявления для НКО, которая определит перечень всех объектов и даст предложения по устранению.... <u>Административный механизм:</u> Обеспечение входит в обязанности государства или частного лица <u>Институциональный механизм:</u> резолюция 52/82 Генеральной Ассамблеи от 12 декабря 1997 года [96]
	Разработка минимальных стандартов и руководящих ориентиров, предусматривающих доступность объектов и услуг, открытых или предоставляемых для населения, введение их в действие и отслеживание их соблюдения	<u>Экономический механизм:</u> госзаказ на услугу разработки минимальных стандартов. В дальнейшем административный механизм для госорганов: введение стандартов в действие и мониторинг их соблюдения с параллельным внедрением штрафов.
	<i>Обеспечение</i> того, чтобы частные предприятия, которые предлагают объекты и услуги, открытые или предоставляемые для населения, учитывали все аспекты доступности	<u>Административный механизм:</u> включение в закон обязательств для всех хозяйствующих субъектов учитывать все аспекты доступности для инвалидов

Продолжение таблицы 3.7

1	2	3
	для инвалидов	<u>Экономический механизм:</u> финансирование частных предприятий, а также предусмотреть частично государственное субсидирование <u>Институциональный механизм:</u> резолюция 52/82 Генеральной Ассамблеи от 12 декабря 1997 года
	Организация для всех вовлеченных сторон инструктажа по проблемам доступности, с которыми сталкиваются инвалиды	<u>Организационный механизм:</u> госорганы организуют и обеспечивают регулярные совещания с присутствием всех вовлеченных сторон, в обязательном порядке приглашения представителей обществ инвалидов, по проблемам доступности
	Оснащение зданий и других объектов, открытых для населения, знаками, выполненными азбукой Брайля и в легко читаемой и понятной форме	<u>Организационный механизм:</u> установить планшеты в легкодоступных местах для инвалидов с необходимым информ. оборудованием (для слабослышащих – визуальная информация, для слабовидящих – с применением азбуки Брайля, или голосовой информатор)
	Предоставление различных видов услуг помощников и посредников, в т.ч. проводников, чтецов и профессиональных сурдопереводчиков, для облегчения доступности зданий и других объектов, открытых для населения	<u>Экономический механизм:</u> на частных объектах финансирование через гос.заказ, а на государственных объектах финансирование их местных бюджетов <u>Административный механизм:</u> применение штрафных санкций при отсутствии информационных планшетов
	<i>Поощрение</i> доступа инвалидов к новым информационно-коммуникационным технологиям и системам, включая Интернет	<u>Экономический механизм:</u> государственный заказ для частных предприятий или НПО на обучение инвалидов навыкам использования Интернет
	<i>Поощрение</i> проектирования, разработки, производства и распространения изначально доступных информационно-коммуникационных технологий и систем, так, чтобы доступность этих	<u>Экономический механизм:</u> государственный заказ для частного сектора на проектирование, разработку, производство и распространение информационно-

Продолжение таблицы 3.7

1	2	3
	технологий и систем достигалась при минимальных затратах	коммуникационных технологий
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Сгруппировав затраты и расходы, расписанные в Конвенции ООН о правах инвалидов, можно построить экономический, административный, организационный и институциональный механизмы по осуществлению имплементации Конвенции ООН, основываясь на законодательно-правовую основу и организационный аппарат по отдельным группам затрат.

В результате изучения Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106, по общественным затратам выделить можно следующие приоритеты, а именно: выполнение общих обязательств; просветительно-воспитательная работа; доступность к объектам инфраструктуры.

Опираясь на данные приоритеты общественных затрат схематически сформированы цели и предлагаемые механизмы по имплементации Конвенции ООН и представлено на рисунке 3.6.

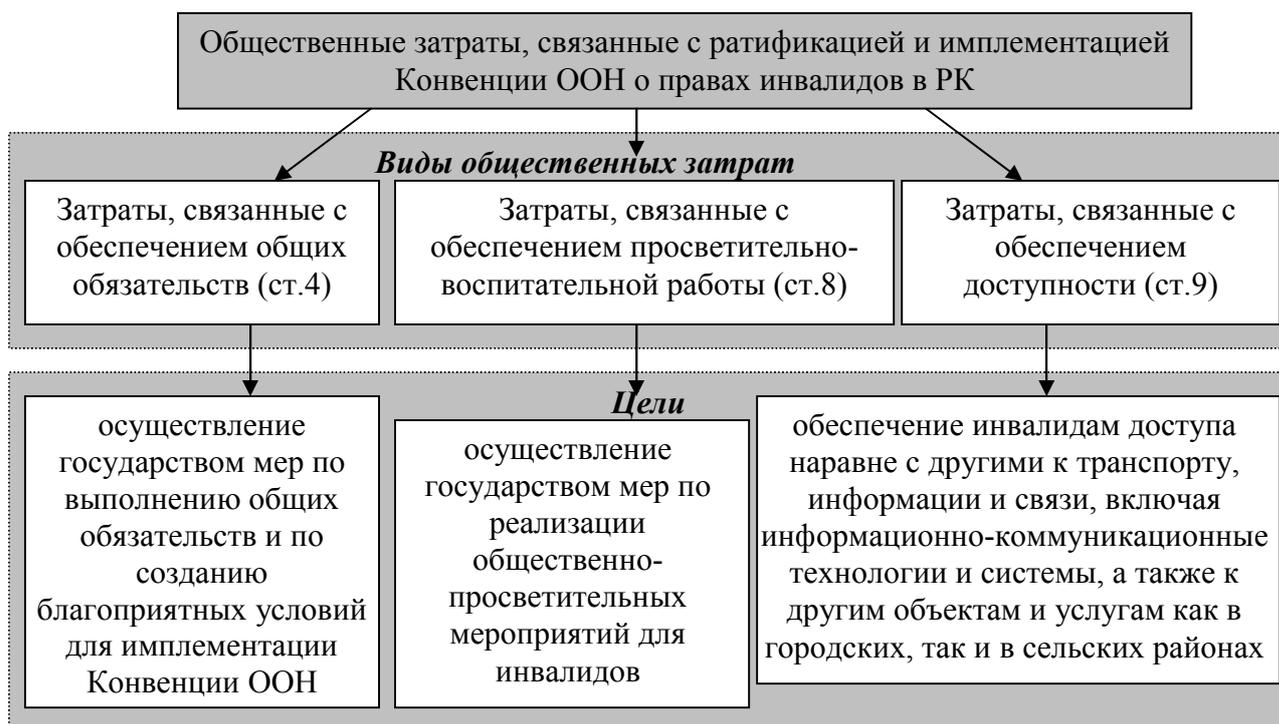


Рисунок 3.6 – Основные виды и цели общественных затрат, связанных с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106

Для создания благоприятных условий для имплементации Конвенции ООН

в РК вначале необходимо рассмотреть альтернативные варианты осуществления данной цели. При рассмотрении общих обязательств Конвенции ООН (ст.4) в виде поощрительных мер при разработке «универсального дизайна» можно предложить в качестве экономического механизма государственный заказ для частных предприятий, которые подали заявку на исследовательские и конструкторские разработки «универсального дизайна» [95]. Для осуществления данного мероприятия можно организовать тендер, где в состав комиссии должны входить сами лица с ограниченными возможностями для эффективной оценки результатов НИОКР.

При организации предоставления инвалидам легкодоступной общей информации предложена консультация с использованием голосового меню (автоинформатор). Но финансироваться должно только из государственного бюджета, так как данная услуга у АО «Казактелеком» очень дорогостоящая.

В Конвенции ООН «Просветительно-воспитательная работа» (статья 8) включает проведение общественно-просветительных кампаний по воспитанию у всего общества уважительного отношения к инвалидам и их правам. В качестве организационного механизма предлагается внести корректировки в образовательную учебную программу по разъяснению своего поведения и отношения к социально-уязвимым слоям населения. Также предлагается внести дополнительную статью в Уголовный кодекс по оскорблению личности инвалида.

По организации свободного доступа инвалидов к общественным объектам инфраструктуры необходимо улучшить контроль за выполнением обязательств со стороны частных предприятий. При отказе организовать самые необходимые условия для свободного доступа (пандусы, соответствующая ширина дверей и др.) необходимо применить штрафные санкции (таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Затраты на осуществление мониторинга, связанного с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
1	2	3
Приоритет - национальное осуществление и мониторинг		
Цель:	Создание соответствующих независимых организаций для осуществления постоянного мониторинга за осуществлением Конвенции ООН	
Затраты, связанные с национальным осуществлением и мониторингом (ст.33)	Создание одной или нескольких <i>инстанций</i> , курирующих вопросы, связанные с осуществлением Конвенции, учреждение или назначение координационного механизма для содействия соответствующей работе в различных секторах и на различных уровнях	<u>Экономический механизм:</u> финансирование из республиканского бюджета (и)или из бюджетов международных организаций
	Поддержка, укрепление, назначение или учреждение	<u>Организационный механизм:</u> сформировать координационный совет по отслеживанию нарушений при осуществлении Конвенции <u>Институциональный механизм:</u>

Продолжение таблицы 3.8

1	2	3
	структуры, включающая один или несколько <i>независимых механизмов</i> , для <i>поощрения, защиты и мониторинга</i> за осуществлением Конвенции	Закон Республики Казахстан от 4 ноября 2003 года № 490-ІІ «О государственном мониторинге собственности в отраслях экономики, имеющих стратегическое значение» [97]
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Мониторинг за качественным осуществлением Конвенции ООН в Казахстане должен быть закреплен за международной независимой организацией. Мониторинг должен проводиться постоянно, отслеживая нарушения и предлагать мероприятия по эффективному устранению недостатков. Контроль также должен быть на микроуровне, то есть национальной внутренней комиссией, которая должна состоять частично из инвалидов для более эффективной оценки имплементации Конвенции ООН [88].

С целью более свободной ориентации инвалидов в социально-экономической среде необходимо им обеспечить со стороны государства свободный доступ к правосудию и обучению в области юридических знаний (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Затраты по приоритету доступность к правосудию, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
1	2	3
Приоритет – доступ к правосудию		
Цель:	Осуществление мер по эффективному доступу к судебным и другим юридическим процессам	
Затраты, связанные с обеспечением доступа к правосудию (ст.13, пп.1,2)	Обеспечение инвалидам эффективного доступа к правосудию, в т.ч. предусматривая процессуальные и соответствующие возрасту коррективы, облегчающие выполнение теми своей эффективной роли прямых и косвенных участников, в т.ч. свидетелей, во всех стадиях юридического процесса, включая стадию расследования и другие стадии предварительного производства	<u>Организационный механизм:</u> организовать в объектах правосудия свободный доступ инвалидов к судебным мероприятиям <u>Экономический механизм:</u> финансирование из государственного бюджета <u>Институциональный механизм:</u> Закон РК от 5 декабря 1997 года №195-1 «Об адвокатской деятельности»
	Способствование надлежащего обучения лиц, работающих в сфере	<u>Организационный механизм:</u> включение в обязанности

Продолжение таблицы 3.9

1	2	3
	отправления правосудия, в т.ч. в полиции и пенитенциарной системе	персонала в сфере правосудия оповещения о гарантированных правах инвалидов помощи и услуг.
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Необходимо рассмотреть пути освобождения лиц с ограниченными возможностями от оплаты юридических услуг. Основываясь на главу 1, статью 6 Закона РК от 5 декабря 1997 года №195-1 «Об адвокатской деятельности» юридическая помощь может быть оказана на бесплатной основе. Оплата в данном случае производится за счет средств коллегии адвокатов. Адвокаты могут оказать бесплатные юридические услуги инвалидам I и II групп, пенсионерам по возрасту (если консультация не связана с предпринимательской деятельностью), участникам ВОВ, а также при консультации по вопросам реабилитации, о назначении пособий, пенсий, о возмещении вреда в случае смерти кормильца, увечья или иных производственных повреждений здоровья.

В основе интеграции социально-уязвимых групп населения в общество лежит целостный подход, суть которого заключается в расширении прав всех, а не только инвалидов. В подходах, которые основываются на правах индивидуума анализируются обстоятельства, при которых общество зачисляет инвалидов в маргинальную группу, и предлагаются пути изменения социального окружения и преобразования его в более инклюзивную среду, то есть не допускается отторжение инвалидов (таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Затраты по интеграции инвалидов в общество, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
1	2	3
Приоритет – самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное общество		
Цель:	Осуществление эффективных и надлежащих мер по реализации инвалидами права свободы выбора и интеграции в общество	
Затраты, связанные с обеспечением самостоятельного образа жизни и вовлеченности в местное сообщество (ст.19)	Обеспечение инвалидам доступа 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 от местного сообщества	<u>Организационный механизм:</u> дать инвалидам свободу выбора места жительства, с кем проживать. <u>Экономический механизм:</u> финансирование из государственного бюджета. А также для НПО и частных предприятий через гос.заказ, либо какие-либо налоговые льготы [54]. <u>Институциональный механизм:</u> Всемирная программа действий в отношении инвалидов, принятая

Продолжение таблицы 3.10

1	2	3
	Обеспечение инвалидам услугами и объектами коллективного пользования, предназначенными для населения в целом, чтобы они были в равной степени доступны для инвалидов и отвечали их нуждам	резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 года [99]
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Некоторые подведомственные учреждения УКЗиСП РК республики до настоящего времени не выполняют своей главной функции по созданию подопечным благоприятных условий жизни, приближенных к домашним. Существуют проблемы дефицита жилых помещений, помощи квалифицированного персонала. Результатами недостаточного финансирования являются: недостаток технических средств передвижения, специальных средств, ветхая одежда и старая мебель, рацион, не покрывающий суточной потребности организма опекаемых в питательных и калорийных веществах, здания, не приспособленные для жизни опекаемых, отсутствие в них пандусов, доступных лифтов. Для осуществления процесса интеграции инвалидов в общество необходимо, во-первых, предоставить свободный доступ к общественным местам, во-вторых, соорудить пешеходы специальным оборудованием, и развивать уважение населения к данной категории людей. А также необходимо активно привлекать инвалидов участвовать в общественных мероприятиях.

При рассмотрении интеграционных процессов необходимо изучить методы выравнивания возможностей для людей с инвалидностью в социальном аспекте. В основе интеграции инвалидов в общество лежит целостный подход, суть которого заключается в расширении прав всего общества. Вся система интеграции должна реализоваться на принципах антидискриминации, «терпеливости», равенства возможностей, участия всего населения в процессе реабилитации и в трудовом аспекте, и в социальном. Основным принципом целостного подхода является принцип доступности, провозглашенный в резолюции 52/82 Генеральной Ассамблеи от 12.12.1997 года [96].

Принципы свободной мобильности инвалидов рассмотрены в таблице 3.11, где предложены организационный и экономический механизмы по реализации индивидуальной мобильности.

Под мобильностью подразумевается самостоятельное передвижение инвалида в окружающей обстановке. До сих пор в крупных городах республиканского значения многие социальные объекты или жилые дома не доступны для инвалида, нет специальных светофоров с синхронными звуковыми сигналами, дорожных знаков и указателей на центральных улицах.

Таблица 3.11 – Затраты по приоритету индивидуальная мобильность, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
<b>Приоритет – индивидуальная мобильность</b>		
Цель:	Содействие индивидуальной мобильности инвалидов избираемым ими способом, в выбираемое ими время и по доступной цене	
Затраты, связанные с обеспечением индивидуальной мобильности (ст.20)	<i>Облегчение</i> 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	<u>Организационный механизм:</u> осуществление периодических курсов по обучению инвалидов самостоятельной мобильности. Необходимо подключать инвалидов к своевременному преподаванию навыков
	<i>Обучение</i> инвалидов и работающих с ними кадров специалистов навыкам мобильности	<u>Экономический механизм:</u> обучение может осуществляться через гос.заказ, либо эффективно привлекать общества инвалидов для взаимобмена информации на бесплатной основе
	<i>Побуждение</i> предприятий, которые занимаются производством средств, облегчающих мобильность, устройств и ассистивных технологий, к учету всех аспектов мобильности инвалидов	<u>Организационный механизм:</u> госзаказ с участием инвалидов в качестве членов конкурсной комиссии и участие их в акте сдачи-приемки
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Практически невозможно встретить инвалида, который свободно может передвигаться без посторонней помощи, так как они не могут воспользоваться услугами общественного транспорта, самостоятельно спуститься с высокого тротуара или перейти улицу. А индивидуальных помощников физически не хватает для обслуживания инвалида вне помещения. Установка специального приспособления для свободного передвижения инвалида предусматривает источник финансирования из республиканского или местного бюджетов (таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Затраты по приоритету информация, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
1	2	3
<b>Приоритет – свобода выражения мнения и убеждений, и доступ к информации</b>		
Цель:	Создание для социально-уязвимых слоев населения все доступные виды средств массовой информации	
Затраты,	Снабжение инвалидов информацией,	<u>Организационный</u>

Продолжение таблицы 3.12

1	2	3
<p>связанные с обеспечением свободы выражения мнения и убеждений и доступ к информации (ст.21)</p>	<p>предназначенной для широкой публики, в доступных форматах и с использованием технологий, учитывающих разные формы инвалидности, своевременно и без дополнительной платы</p>	<p><u>механизм:</u> внедрение мотивационных мер для СМИ, которые использует при предоставлении общей информации жестовых переводчиков и другие доступные услуги для социально-уязвимых слоев населения</p> <p><u>Экономический механизм:</u> налоговые льготы или субсидирование из гос.бюджета, спонсорство</p>
	<p>Принятие и содействие использованию в официальных сношениях: жестовых языков, азбуки Брайля, усиливающих и альтернативных способов общения и всех других доступных способов, методов и форматов общения по выбору инвалидов</p>	
	<p>Активное побуждение частных предприятий, оказывающих услуги широкой публике, в т.ч. через Интернет, к предоставлению информации и услуг в доступных и пригодных для инвалидов форматах</p>	
	<p>Побуждение средств массовой информации, в т.ч. предоставляющих информацию через Интернет, к превращению своих услуг в доступные для инвалидов</p>	
<p>Признание и поощрение использования жестовых языков</p>		
<p>Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106</p>		

Следовательно, рассматривается проведение государственного социального заказа, основываясь на Закон Республики Казахстан от 12 апреля 2005 года №36 «О государственном социальном заказе», статья 7 «Финансирование и использование бюджетных средств государственного социального заказа».

Социально-уязвимые люди не имеют достаточного доступа к информационной среде. Инвалидам по слуху и по зрению недоступна большая часть информационных и художественных программ радио и телевидения, библиотеки не обеспечены литературой с использованием специального шрифта (азбука Брайля).

Основным принципом при разработке мероприятий по осуществлению свободы выражения мнения и убеждений со стороны инвалидов является принцип доступности (резолюция 52/82 от 12.12.1997 год Генеральная Ассамблея), где приоритетная задача состоит в обеспечении равных возможностей как для инвалидов, так и для всего общества.

Доступность можно охарактеризовать как важнейшая предпосылка для

улучшения качества жизни, как свобода выбора, дающая возможность войти в какую-либо среду, свободно общаться и пользоваться всеми доступными благами. Для свободного доступа необходимо определить следующие критерии для оценки степени доступности информации и окружающей среды в общем.

Во-первых, чтобы легко *ориентироваться* в окружающей среде индивиду, необходимо иметь необходимую информацию о данной среде.

Во-вторых, для использования различных источников информации необходимо быть *финансово и материально самообеспеченным*.

В-третьих, необходимо предоставить индивиду свободу выбора источника информации, *независимо* от кого-либо.

В-четвертых, необходимо предоставить *мобильность*, то есть, имеет ли индивидуум свободно выбирать место получения информации, а также *взаимоотношения* с обществом.

**Социальные затраты** - самая емкая и важная часть по реализации прав инвалидов. Процесс социальной интеграции инвалидов основывается на принципе партнерства, и на основе его рассматривается взаимосвязь работодателя, работника, организаций инвалидов и государства. До сих пор не рассматривались финансовые стимулы для принятия на работу своего предприятия инвалидов, так как обустройство рабочего места осуществлять должен предприниматель за свой счет.

К финансовым стимулам для работодателей можно отнести гранты, освобождение от уплаты взносов на социальное страхование, налоговые льготы, дотации на заработную плату инвалидов, финансирование обустройства рабочих мест, а также прямую помощь предприятиям в обеспечении инструментами, оборудованием и другим необходимым техническим оборудованием. Но анализ практики по применению финансового аппарата по финансовой поддержке предприятия показал увеличение численности инвалидов.

Следовательно, необходимо при применении какого-либо экономического инструмента осуществлять тщательный и постоянный контроль и оценку эффективности программ по поддержке работодателей.

Одним из лучших способов трудовой интеграции является обучение индивидуума на рабочем месте. Основной задачей трудовых центров (МОТ, 1996г.) здесь должна быть правильная оценка профессиональной пригодности инвалида, которая должна производиться специалистами по труду и профессиональному обучению, психологами и др. [93].

Здесь помимо государственных служб занятости к данной деятельности эффективно привлекать неправительственные и частные организации (таблица 3.13).

**Занятость инвалидов.** Самым приоритетным направлением интеграции инвалидов в общество является устранение барьеров занятости [63-64]. Эксперты выявили следующие причины незанятости инвалидов:

- Предупреждение о более низкой производительности инвалидов, что и приводит работодателей к нежеланию нанимать инвалидов;

- Физическая недоступность и техническая непригодность для инвалидов рабочих мест;

- Низкий уровень образования, плохая профессиональная подготовка инвалидов по требующимся специальностям.

В практике применяется квотирование рабочих мест для инвалидов и занятость на специализированных предприятиях. Но это неэффективные меры в данной области, так как существует слабый контроль за выполнением данных мер и очень низкие санкции за отклонение от использования квот. Давление на частные предприятия со стороны государства по применению квотирования рабочих мест для инвалидов также не дало эффекта, так как для предпринимателей выгоднее «откупиться» штрафными санкциями.

**Образование инвалидов.** Реализация целостного подхода к интеграции инвалидов в общество и его базового принципа доступности в сфере образования заложена во Всемирной декларации «Образование для всех» (Дакарский план действий, 2000 год), где упор делается на «инклюзивное образование». 21-28 апреля 2009г. в Казахстане прошла Всемирная Неделя Действия на тему: «Качественное Образование для Всех без Исключения», которая проводилась в рамках глобального движения «Образование для всех» (ОДВ), посвященного достижению шести целей ОДВ, принятых на Всемирном Форуме по образованию в г. Дакаре (Сенегал) в апреле 2000 года.

Неделя ОДВ в Казахстане, как и во всем мире, проводится ежегодно под эгидой ЮНЕСКО с целью повышения осведомленности в отношении повышающегося уровня доступа к образованию, и, чтобы напомнить правительствам об их обещании достичь цели ОДВ к 2015 году [66].

Исследования по внедрению инклюзивного образования показали следующее:

- Обучение детей с «особыми потребностями» в начальных классах обычных школ дает личностный, экономический и социальный эффект;

- Большинство потребностей в особом обучении могут быть успешно и экономнее удовлетворены в интегрированных школах, а не в специальных сегрегационных учреждениях.

Снижение затрат на реализацию «инклюзивного образования» может быть достигнута в следующих сферах:

- Специальная подготовка педагогов на рабочем месте, то есть с использованием опыта инвалидов-тренеров учебных курсов [94];

- Включить специальные курсы в программу подготовки педагогов;

- Привлечение родителей в качестве педагогов-помощников;

- Помощь детям-инвалидам детьми.

Таблица 3.13 – Затраты по приоритету образование, связанные с имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
1	2	3
<b>Приоритет - образование</b>		
<b>Цель:</b>	<b>Обеспечение государством на основе равенства возможностей инклюзивное образование инвалидов на всех уровнях</b>	
Затраты, связанные с обеспечением доступности образования (ст.24)	Обеспечение разумного приспособления, учитывающего индивидуальные потребности	<u>Организационный механизм:</u> необходимо в месте обучения инвалида организовать комфортабельные условия для пребывания в объектах образования (стол, санузел, столовая ит.д.) <u>Экономический механизм:</u> за счет средств местного бюджета и через гос.заказ, квота, дотации [80]
	Максимальное содействие освоению знаний и социальному развитию, организацию индивидуализированной поддержки	
	Содействие освоению азбуки Брайля, альтернативных шрифтов, усиливающих и альтернативных методов, так форматов общения, а также навыков ориентации и мобильности и способствующих поддержке со стороны сверстников и наставничеству	
	Содействие освоению жестового языка и поощрению языковой самобытности глухих	<u>Организационный механизм:</u> необходимо организовать обучающие курсы для специалистов и персонала в сфере образования по использованию альтернативных методов общения с инвалидами <u>Экономический механизм:</u> через гос.заказ для объектов образования или НПО <u>Административный механизм:</u> включение в учебную программу специальностей социальной сферы курс по технике общения с инвалидами (жестовый язык)
	Обеспечение того, чтобы обучение лиц, в частности детей, которые являются слепыми, глухими или слепоглухими, осуществлялось с помощью наиболее подходящих для инвалидов языков и методов и способов общения и в обстановке, которая максимальным образом способствует освоению знаний и социальному развитию	
Привлечение на работу учителей, в т.ч. учителей-инвалидов, владеющих жестовым языком и/или азбукой Брайля, и для обучения специалистов и персонала, работающих на всех уровнях системы образования. Такое обучение охватывает просвещение в вопросах инвалидности и использование подходящих усиливающих и альтернативных методов, способов и форматов общения, учебных методик и материалов для оказания поддержки инвалидам		

Продолжение таблицы 3.13

1	2	3
<b>Приоритет - здоровье</b>		
Цель:	Создание государством благоприятных условий для предоставления медицинских услуг	
Затраты, связанные с обеспечением услуг здравоохранения (ст.25)	<p>Обеспечение доступа инвалидов к услугам в сфере здравоохранения, учитывающим гендерную специфику, в т.ч. к реабилитации по состоянию здоровья</p> <p>Предоставление тех 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 т.ч. среди детей и пожилых</p>	<p><u>Организационный механизм:</u> необходимо организовать спец.мед.пункты ближе к местам проживания инвалидов, либо в случае вызова доставка медикаментов на дом, особенно в сельскую местность.</p> <p><u>Экономический механизм:</u> через госзаказ для НПО, либо налоговые льготы для частных организаций, диагностических центров</p> <p><u>Административный механизм:</u> разработать меры по административному наказанию страховых компаний в случае отказа инвалиду медицинского страхования и страхования жизни</p> <p><u>Институциональный механизм:</u> Закон РК от 19.05.1997г. №111-1 «Об охране здоровья граждан в РК» [100]</p>
<b>Приоритет – абилитация и реабилитация</b>		
Цель:	Расширить комплексные программы по абилитации и реабилитации индивидуумов в сферах образования, здравоохранения, занятости и социального обслуживания	
Затраты, связанные с обеспечением абилитации и реабилитации (ст.26.)	<p>Организация, укрепление и расширение комплексных абилитационных и реабилитационных услуг и программ, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания</p> <p>Поощрение развития начального и последующего обучения специалистов и персонала, работающих в сфере абилитационных и реабилитационных услуг [76]</p> <p>Поощрение наличия, знания и использование относящихся к абилитации и реабилитации ассистивных устройств и технологий,</p>	<p><u>Организационный механизм:</u> привлечь общества инвалидов и НПО в осуществление абилитационных и реабилитационных услуг.</p> <p><u>Экономический механизм:</u> добровольная основа для общества инвалидов, а также для НПО через гос. заказ</p> <p><u>Институциональный механизм:</u> Приказ Министра Здравоохранения РК от 20.11.2003г. №856 «Об утверждении видов и объемов восстановительного</p>

Продолжение таблицы 3.13

1	2	3
	<p>предназначенных для инвалидов.                      Поощрение приобретения инвалидами опыта работы в условиях открытого рынка труда, программам профессиональной и квалификационной реабилитации, сохранения рабочих мест и возвращения на работу для инвалидов</p>	<p>лечения и медицинской реабилитации»; комплексная и ИПР инвалидов [69-70; 101]</p>
<p><b>Приоритет – достаточный жизненный уровень и социальная защита</b></p>		
<p><b>Цель:</b></p>	<p>Создание государством благоприятные условия для повышения качественного уровня жизни</p>	
<p>Затраты, связанные с обеспечением достаточного жизненного уровня и социальной защиты (ст.28)</p>	<p>Обеспечение инвалидам равного доступа к получению чистой воды и обеспечение доступа к надлежащим и недорогим услугам, устройствам и другой помощи для удовлетворения нужд, связанных с инвалидностью</p>	<p><u>Административный механизм:</u> необходимо организовать постоянный мониторинг за соблюдением норм питания [114].</p>
	<p>Обеспечение инвалидам, в частности женщинам, девочкам и пожилым лицам с инвалидностью, доступа к программам социальной защиты и программам сокращения масштабов нищеты</p>	<p><u>Административный механизм:</u> разработка индивидуальные программы интеграции в общество инвалидов.  <u>Экономический механизм:</u> финансирование из местного и республиканского бюджетов  <u>Институциональный механизм:</u> Доклад IV Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4–15 сентября 1995 года (издание ООН, в продаже под № R.96.IV.13) [102]</p>
	<p>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</p>	<p><u>Экономический механизм:</u> финансирование из гос.бюджета. по осуществлению государственной программы жилья, а также осуществление адресной государственной помощи  <u>Институциональный механизм:</u> Закон РК [78]</p>
	<p>Обеспечение инвалидам доступа к программам государственного жилья</p>	<p>Казахстан от 16.04.1997 №94-І «О жилищных отношениях» (гл.13); Закон РК от 5.04.1999 года №365-І «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан»</p>
	<p>Обеспечение инвалидам доступа к пенсионным пособиям и программам</p>	

Рассмотрим затраты на проведение досуга и культурные мероприятия (таблица 3.14).

Таблица 3.14 – Рекреационные затраты, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК

Виды затрат	Содержание затрат	Замечания
Приоритет – участие в культурной жизни, проведения досуга и отдыха и занятия спортом		
Цель:	Создание государством условий для свободного доступа инвалидов к местам культурных и спортивных мероприятий, а также к зонам рекреации	
Затраты, связанные с обеспечением участия в культурной жизни, проведения досуга и отдыха и занятии спортом (ст.30)	Обеспечение доступа к произведениям культуры в доступных форматах	<u>Организационный механизм:</u> необходимо во всех культурно-досуговых помещениях организовать свободный доступ для инвалидов
	Обеспечение доступа к телевизионным программам, фильмам, театру и другим культурным мероприятиям в доступных форматах	<u>Экономический механизм:</u> для государственных учреждений в виде субсидирования, а для частных организаций в виде налоговых льгот, или применить административный аппарат в случае уклонения от обязательств
	Обеспечение доступа к таким местам культурных мероприятий или услуг, как театры, музеи, кинотеатры, библиотеки и туристические услуги, а также имели в наиболее возможной степени доступ к памятникам и объектам, имеющим национальную культурную значимость	<u>Административный механизм:</u> ввести штрафные санкции при отсутствии свободного доступа инвалидов к местам культурных мероприятий и услуг
	Обеспечение того, чтобы инвалиды имели возможность организовывать спортивные и досуговые мероприятия специально для инвалидов, развивать их и участвовать в них, и для содействия в этой связи тому, чтобы им наравне с другими предоставлялись надлежащие обучение, подготовка и ресурсы	<u>Организационный механизм:</u> необходимо со стороны государства (через деятельность НПО) контролировать участие инвалидов, а особенно детей-инвалидов в мероприятиях спорта и отдыха.
	Обеспечение того, чтобы инвалиды имели доступ к спортивным, рекреационным и туристическим объектам	<u>Экономический механизм:</u> финансирование из государственного бюджета, внебюджетный фонд
Обеспечение того, чтобы дети-инвалиды имели равный с другими детьми доступ к участию в играх, в проведении досуга и отдыха и в спортивных мероприятиях, включая мероприятия в рамках школьной системы	<u>Институциональный механизм:</u> Закон Республики Казахстан от 02.12.1999 №490-І "О физической культуре и спорте", Государственная программа РК от 12.03.2001 №570 «Государственная программа развития физической культуры и спорта в РК на 2001-2005 гг.»	
Примечание - Составлено по материалам Конвенции ООН, принятой резолюцией 61/106		

Физическая культура и спорт у инвалидов создает необходимые психологические и физические условия для их адаптации в обществе. При участии в спортивных мероприятиях инвалид восстанавливает психическое равновесие, ему возвращается чувство уверенности и уважения к себе и позволяет вернуться к активной жизни, несмотря на ограниченные возможности.

Физическая культура и спорт среди инвалидов предусматривает всестороннюю физическую реабилитацию, увеличение возможностей легче ориентироваться в окружающей среде, улучшаются навыки владения собственным телом. И для осуществления социальной адаптации инвалида необходимо рассмотреть следующие направления:

- создать необходимые условия для занятий инвалидов физической культурой и спортом (помещения, оборудования, специализированные тренеры);

- разработать методические рекомендации для реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта;

- организация и проведение физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий;

- оказать поддержку в подготовке и участии в международных соревнованиях [69].

Источником финансирования здесь выступают республиканский и местный бюджеты, а также внебюджетные фонды. Может быть альтернативный вариант финансирования, например, спонсорство.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования по теме диссертации можно сделать следующие выводы:

**1.** Государство в условиях рыночных отношений рассматривается как институт, который за счет ресурсов общественного сектора создает условия для удовлетворения общественных потребностей и интересов. Одним из таких интересов является социальное обслуживание граждан, в том числе вопросы перехода к социальной модели инвалидности и решения важнейшего вопроса профессиональной реабилитации инвалидов.

Поскольку ресурсы общественного сектора всегда ограничены, то вопрос об их эффективности неизменно актуален. В связи с этим в развитых странах реализуется концепция управления по результатам, которая направлена на получение наилучших конечных результатов при сокращении затрат. В Казахстане эта концепция находится в процессе внедрения и многие её конструктивные положения ещё не реализованы.

Закон РК «О специальном социальном обслуживании», принятый в 2009 году, трансформировал распределительную модель социального обслуживания, действовавшую по канонам плановой экономики. Была создана нормативно-правовая основа для введения конкуренции в сферу специальных социальных услуг. Круг услугодателей расширился и теперь наряду с государственными поставщиками специальные социальные услуги за счет ресурсов общественного сектора могут оказывать субъекты частного сектора, НПО, а также сектор домохозяйства. Положительными изменениями являются введение понятия оценки потребности в специальных социальных услугах, утверждение квалификационных требований к ним, а также ряд других принципиально новых положений.

Спектр предоставляемых услуг в рамках социального обслуживания на дому является достаточно широким, но как нами будет показано ниже фактически часть услуг не оказывается или оказывается частично. НПО не рассматриваются в системе социального обслуживания как основные поставщики специальных социальных услуг, требования к организации домашнего обслуживания очень завышены.

Все имеющиеся формы предоставления услуг (МСО, МСУ, малые формы проживания, частные дома-интернаты, отделения социальной помощи на дому) имеют свои достоинства и недостатки. Доминирующим направлением, согласно наиболее эффективному мировому опыту является развитие малых форм совместного проживания и персонализация специальных социальных услуг на дому.

**2.** Основные проблемы, с которыми сталкиваются в Казахстане целевые группы населения, заключаются в дискриминации инвалидов в сфере занятости, недостаточном объеме и низком качестве услуг здравоохранения для медицинской реабилитации инвалидов, неразвитой инфраструктуре для социальной интеграции инвалидов, отсутствие адаптированных программ и

специализированных учреждений по профессиональной реабилитации инвалидов, отсутствие стимулов участия частного сектора в сфере социального обслуживания населения.

Стратегический анализ форм и механизмов деятельности в сфере социального обслуживания населения на материалах Павлодарской области позволил выявить сильные и слабые стороны развития сферы социального обслуживания.

К сильным сторонам относятся:

- Наличие стабильно функционирующих элементов системы социального обслуживания на всех уровнях.

- Принятие закона РК «О специальных социальных услугах», и 3 государственных Стандартов оказания специальных социальных услуг, на 80% соответствующих наиболее эффективным мировым практикам.

- Нормативно-правовое обеспечение институционального партнерства с некоммерческим и частным сектором и реализации конкурентных отношений в сфере социального обслуживания.

- Повышение качества услуг в МСУ по новым стандартам: расширение штатов социальных учреждений и привлечение специалистов новых профилей, рост нормы расходов на одного опекаемого.

- Положительный опыт применения программы социальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

Слабыми сторонами являются:

- Отсутствие системы оценки потребностей и качества специальных социальных услуг в сфере социального обслуживания населения.

- Отсутствие обоснованного нормирования труда социальных работников при обслуживании населения на дому, что снижает качество специальных социальных услуг.

- Отсутствие в стратегических планах госорганов индикаторов оценки эффективности и результативности социального обслуживания.

- Тендерная система закупок в домах-интернатах приводит к экономии средств госбюджета в ущерб опекаемым и необоснованно высокому коэффициенту вариации удельных расходов на обслуживание 1 ребенка-инвалида по районам области – 103%

- Дефицит кадров: потребность в новых специалистах (специалист по движению, специалист по социальной работе), потребность в увеличении имеющихся штатных единиц (учитель-дефектолог, воспитатель, психолог, логопед).

- Недостаточный потенциал НПО (часто отсутствуют НПО квалифицированно оказывающие услуги инвалидам и престарелым на дому ) и малое финансирование из бюджета на оказание специальных услуг: 3-4% по сравнению с госсектором.

- Крайне низкая результативность системы профессиональной реабилитации инвалидов, в т.ч. в рамках обслуживания инвалидов на дому не оказываются социально-трудовые услуги.

- Составление профессиональной части ИПР не соответствует системе Международной классификации функционирования: отсутствует оценка профессиональных способностей индивида, не проводится профессиональное ориентирование

- Инвалиды заняты на неадаптированных рабочих местах (за исключением УПБ ОО слепых и глухих), чаще всего им предлагаются низкооплачиваемые, не требующие высокой квалификации рабочие места (санпост на пищевых предприятиях, техничка, вахтер и др.) или места с обучением простейшим трудовым навыкам на предприятии.

К ограничениям относятся:

- Низкий уровень заработной платы социальных работников, что снижает приток молодых кадров в сферу специального социального обслуживания.

- Замедление развитие НПО профессионально занимающихся специальными социальными услугами, в связи с ограниченными ресурсами госфинансирования.

- Отсутствие механизмов стимулирования работодателей в создании (адаптации) рабочих мест для инвалидов при нерезультативном механизме 3% квотирования рабочих мест.

- Отсутствие в средних и высших учебных заведениях Казахстана минимальных условий, необходимых для обучения в них инвалидов.

- Отсутствие сети профессиональных реабилитационных центров, где человек с ограниченными возможностями комплексно может получить услуги профориентирования, консультирования, обучения, трудоустройства и последующей поддержки на рабочем месте.

Возможностями развития системы являются:

- Повышение качества специальных социальных услуг на основе повышения квалификации социальных работников госсектора и НПО.

- Совершенствование нормативно-правовой базы в сфере социального обслуживания: разработка методики оценки потребностей и оценки качества услуг для инвалидов и престарелых для улучшения результативности социального обслуживания.

- Обеспечение физической доступности всех объектов инфраструктуры социальных услуг;

- Улучшение качества услуг ОМСЭ, трансформация их деятельности в направлении профориентации;

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

- Создание сети центров профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями;

- Совершенствование экономического механизма стимулирования

работодателей в целях повышения уровня занятости людей с ограниченными возможностями.

3. Нами разработан организационно-экономический механизм профессиональной реабилитации инвалидов, основными положениями которого будут:

1) Изменение функций МСЭ на основе включения в штат социального работника, который сможет определить уровень трудоспособности и спектр профессиональных возможностей инвалида.

2) Создание специализированных Центров профессиональной реабилитации, которые на основе углубленной диагностики уточнят профессиональные возможности инвалида, совместно с центрами занятости подберут профессию и предложат программы профобучения в Центре. Для обеспечения привязки финансирования Центра к конечному результату целесообразно постреабилитационное сопровождение куратором Центра инвалида на рабочем месте. Обеспечение инвалида пособием по профреабилитации на время прохождения обучения.

3) Стимулирование трудоустройства инвалидов с помощью субсидий для работодателей: частичное субсидирование затрат на создание (адаптацию) специального рабочего места, частичное субсидирование заработной платы. В работе предложены размеры субсидий.

4. Подводя итог нашим предложениям по совершенствованию институциональных основ предоставления специальных социальных услуг, можно подчеркнуть следующее:

-В связи с переходом системы госрегулирования на управление по результатам необходимо правильно определить конечные результаты, в частности ввести показатели: «доля трудоустроенных инвалидов из всех обратившихся за профреабилитацией», а в сфере обслуживания «доля клиентов, удовлетворенных качеством оказания услуг».

-Для специальных социальных услуг на дому разработать методику определения потребностей, что позволит адекватно нормировать трудовую нагрузку на социального работника, и оценку качества предоставляемых услуг.

-В сфере профессиональной реабилитации необходим ряд нововведений в нормативно-правовые акты законы РК «О занятости» и «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», которые позволят легализовать предложенный нами организационно-экономический механизм профессиональной реабилитации инвалидов.

5. Исследуя социальное обслуживание населения Казахстана, предложены рекомендации улучшения экономического и организационного механизмов сферы социального обслуживания, основываясь на Конвенцию о правах инвалидов, принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН, где отражены затраты и расходы, связанные с ратификацией и имплементацией Конвенции ООН о правах инвалидов в РК.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Конституция Республики Казахстан. – Астана: Елорда, 2008. – 56 с.
- 2 Концепция Правительства от 27 июня 2001 г. №886 «Концепция социальной защиты населения РК».
- 3 Конвенция МОТ о минимальных нормах социального обеспечения (№102). Справедливая глобализация. Создание возможностей для всех. МОТ. Женева. – 2004.
- 4 Закон Республики Казахстан от 05.04.1999 № 365-1 «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан».
- 5 Антропова В. Социальная политика: парадигмы и приоритеты. - М.: Издательство МГСУ - Союз, 2000. – 286 с.
- 6 Мисихина С. Социальные императивы постиндустриализма. - М.: Институт экономики РАН, 1998. – 347 с.
- 7 Зарицкий Б.Е. Экономика Германии: путь по лестнице, ведущей вниз. – М., 2003. – 284 с.
- 8 Мюллер-Армак А. Социальное рыночное хозяйство (теория и этика экономического порядка в России и Германии): принципы социального рыночного хозяйства. - СПб.: Экономическая школа, 1999.- 366 с.
- 9 Ойкен В. Основание национальной экономики.- М.: Издательство МГСУ-Союз, 1996. – 312 с.
- 10 Эрхард Л. Благосостояние для всех. - М.: Институт экономики РАН, 1992. – 328 с.
- 11 Шлихтер А. Социальное государство в Западной Европе: проблемы и перспективы. – М: РАН.ИНИОН, 1994. – 148с.
- 12 ГОСТ РК 1457-2005. Социальное обслуживание инвалидов и престарелых в отделениях социальной помощи на дому, территориальных центрах социального обслуживания, государственных медико-социальных учреждениях и негосударственных медико-социальных организациях. – Введ. 2006-06-01. – А.: Госстандарт РК, 2005.
- 13 Баркер Р.Л. Словарь по социальной работе. - М.: Институт социальной работы, 1994. – 226 с.
- 14 Баркер Р.Л. Структура социальной работы.- М.: Институт социальной работы, 1996. – С. 96-97.
- 15 СТ РК ГОСТ Р 52496-2008 Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг. Основные положения
- 16 СТ РК ГОСТ Р 52498-2008 Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений
- 17 Постановление Правительства РК от 14 марта 2009 года № 330 «Об утверждении перечня гарантированного объема специальных социальных услуг».
- 18 Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2011 года № 922 «Социальная защита населения Республики Казахстан».
- 19 Закон РК от 13.04.2005 №39-III «О социальной защите инвалидов в

Республике Казахстан»//Труд в Казахстане. - 2005. - №5.- С.15-16.

20 Казизова Г.С. Issues of the Social Market's Development as an Effective Mechanism of the Social Services System of the Consumers of Kazakhstan // Региональные социогуманитарные исследования. История и современность: Материалы Международной научно-практической конференции. - Пенза: ООО НИЦ «Социосфера», 2011, январь 25-26. - С.92-95.

21 Стратегический план Государственного учреждения «Управление координации занятости и социальных программ Павлодарской области» на 2010-2015 годы

22 Баймуратов У. Социальная экономика. Избранные научные труды. – Алматы: БИС, 2005. – Т.4 – 320с.

23 Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях. – Алматы: ЮРИСТ, 2010. – 316 с.

24 Salamon L., Anheir H.K and Associates, Civil Society in Comparative Perspective; in L. Salamon et al., Global Civil Society: Dimensions of the Nonprofit Sector. Baltimore. The Johns Hopkins Centre for Civil Society Studies. MD, 1999. - P.128.

25 Марцинкевич В.И. Европейский союз на рубеже веков / Под ред. РАН. ИНИОН. – М.: Наука, 2000. – 294 с.

26 Fernandez J.-L., Forder Julien, Trukeschitz Birgit, Rokosova Martina, McDaid David. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми? Анализ систем и политики здравоохранения. Краткий аналитический обзор 11. – Всемирная организация здравоохранения, 2009,. – 60с.

27 Трансформация роли государства в условиях смешанной экономики/Отв. ред А.Г. Зельднер, И.Ю. Ваславская. - М.: ЭКОС, 2006.- 154 с.

28 Жолдасбаев С.Н. Мировой опыт функционирования трехуровневых систем социальной защиты населения // Банки Казахстана. – 2008. – № 6. – С. 43-46.

29 Harry P Hatry, Theres van Houten, Meg Plantz, and Martha Taylor Greenway. Measuring Program Outcomes: A Practical Approach. Alexandria. - Virginia.: United Way of America, 1996. - P. 22.

30 СТ РК ГОСТ Р 5917-2009 «Стандарт оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения»

31 Конституция как гарантия защищенности. – Астана: РГКП «Информационно-аналитический центр», 2010.

32 Джамбурбаева М.У. Совершенствование организационно-экономических механизмов социального обслуживания населения в Республике Казахстан (на материалах Карагандинской области): автореф. ... канд.экон.наук: 08.00.05. - Караганда, 2010. – 22 с.

33 Karlsson M et al. An investigation into the equity, efficiency and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States. – London: Cass Business School, City University,

2004 // <http://www.cass.city.ac.uk/media/stories/resources>.

34 Стратегический план Министерства труда и социальной защиты населения РК на 2009-2011 гг. (Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2009 года № 1218).

35 Киселев И.Я. Сравнительное международное трудовое право: учебник для вузов. – М.: Дело, 1999. – 728 с.

36 Итоги социально-экономического развития Республики Казахстан за 2009 год. Министерство экономики и бюджетного планирования Республики Казахстан. - Астана, 2009. - С.9.

37 Проблема эффективности в XXI веке: экономика США / под ред. В.И. Марцинкевича. – РАН, ИМЭиМО. – М.: Наука, 2006. – 389 с.

38 Osborne D., Gaebler T. Reinventing Government. Now, Va.: United Way of America, 2010. - P. 221.

39 Программа реабилитации инвалидов на 2006-2009 годы // <http://www.enbek.kz>

40 Отчет о мировом развитии - 1997. Государство в меняющемся мире. - М.: Наука, 1998. – С.28-29.

41 Исмаилова Г.Б. Демографические процессы и социальная защита населения в условиях современного мирового развития // ҚазҰУ хабаршысы. Экономика сер. Вестник КазНУ. Сер. Экономическая. – 2008. – № 5. – С.134-137

42 Притворова Т.П., Джамбурбаева Х.С. Факторы и механизмы социального обслуживания населения в современной экономике // Труд в Казахстане. – 2009. - №10. – С.2-8.

43 Конрад Х. Система социального обеспечения Японии – оценка последних реформ // Journal of European Social Policy, 2009. – Т.4, №1. - С. 36-51.

44 Аймагамбетов Е.Б., Алимбаев А.А., Притворова Т.П. Развитие институционального партнерства в общественном секторе Республики Казахстан. - Караганда, 2007. - С.173-200.

45 Социальное обеспечение: вопросы, задачи, перспективы // Доклад VI к 89 сессии международной конференции труда. – Женева: МОТ, 2001. – Vol.5.- 101с.

46 Коммерческая и некоммерческая деятельность в социальной сфере / под ред. И.М. Шеймана и Л.И.Якобсона. – М.: Наука, 1995. – 237 с.

47 Шлихтер А. Некоммерческий сектор США: ресурсы, области деятельности и эффективность // МЭ и МО. - 2006. – №8. - С.89-90.

48 Марцинкевич В.И. Социально-экономические, социокультурные и политические параметры общественного сектора // В кн.: Проблема эффективности в XXI веке: экономика США. – М.: Наука, 2006. – С.128-130.

49 Роик В.Д. Социальное страхование, социальное государство и гражданское общество в России: взгляд в XXI век // Человек и труд. - 2002. - №2. – С.24-25.

50 Shellf Riddell. Work Preparation and Vocational Rehabilitation: A Literature Review. Strathclyde Centre for Disability Research. UNIVERSITY OF GLASGOW, 2002. - P. 67.

51 Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие.- 2-е изд.- М.: Издательско-торговая корпорация «Дошков и К», 2008. – 240с.

52 Храпылина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. - М.: Экзамен , 2006. – 416с.

53 Постановление Правительства РК от 31 декабря 2009года №1354 «Об утверждении натуральных норм питания для лиц, обслуживающихся в домах-интернатах, реабилитационных центрах, учебных заведениях для детей-инвалидов, территориальных центрах социального обслуживания, центрах социальной адаптации»

54 Закон РК от 21 июля 2007 года «О государственных закупках» // <http://zakon.kz>

55 Шокаманов Ю.К., Бельгибаева К.К. Статистика: Учебник для студентов высших учебных заведений / под ред. Ю.К. Шокаманова – Алматы: ТОО Радгел, Экономика, 2008. – 522 с.

56 Стратегический план управления координации занятости и социальных программ Павлодарской области на 2010-2014 годы (Утвержден постановлением акимата Павлодарской области от 25 декабря 2009 года № 261/18 «О стратегическом плане на 2010-2014 годы государственного учреждения «Управление координации занятости и социальных программ Павлодарской области»)

57 Закон РК от 29.12.2008 №114-IV «О специальных социальных услугах»//Казахстанская правда, 2009, декабрь 31. - № 296-297 (25743-25744)

58 Закон Республики Казахстан от 23.01.2001 № 149-П «О занятости населения»

59 Думбаев А.Е., Попова Т.В. Инвалид, общество и право. - Алматы: ТОО Верена, 2006. – 180 с.

60 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (Artikel 1 des Gesetzes v. 19. 6.2001, BGBl. I S. 1046)// [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/)

61 Перечень гарантированного объема специальных социальных услуг // Труд в Казахстане. - 2009. - №6. – С.23-24

62 Закон Республики Казахстан от 10 декабря 1999 года № 493-І «О труде в Республике Казахстан»

63 Трудовой кодекс Республики Казахстан. – Алматы: ЮРИСТ, 2010. – 112 с.

64 Brodwin M., Parker R., DeLaGarza D. Disability and accommodation. In: Work and disability: issues and strategies in career development and job placement. / Szymanski E. M., Parker R. (Eds.) – Austin, Texas, USA: Pro-Ed, 2003. – P. 201-246.

65 Поддерживаемое трудоустройство в европейских странах: Пособие для специалистов, работающих в сфере трудоустройства людей с инвалидностью / под ред. Веселова М.Ю. – М.: РООИ Перспектива, 2008. – 182 с.

66 Думбаев А.Е. Социальная защита инвалидов с психическими расстройствами. 2-е доп. изд.- Алматы: ТОО РПИК Дэуір, 2006. – 264 с.

67 Парахневич Н. Государственная политика в области занятости населения // <http://www.travma-life.ru/allnews/item/1551>.

68 Международное законодательство и опыт реабилитации в Финляндии // <http://invalid.kz/index.php?p>.

69 Государственная программа РК от 12.03.2001 № 570 «Государственная программа развития физической культуры и спорта в РК на 2001-2005 гг.»

70 Закон Республики Казахстан от 11 июля 2002 года №343 «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями».

71 Информация о развитии сферы социальной защиты населения УКЗиСП Павлодарской области по состоянию на 1 января 2011г.

72 Аналитическая справка о развитии социальной защиты и занятости Павлодарской области по состоянию на 1 января 2012г.

73 Информация о развитии сферы социальной защиты населения УКЗиСП Павлодарской области по состоянию на 1 января 2013 года.

74 Приложение №5 к Стандарту оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому (утверждены приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 06.12.2010 №394).

75 Занятость людей с ограниченными возможностями// [http://aupam.narod.ru/pages/trudoustroistvo/zanyatostj\\_lyudeyj\\_s\\_ogranichennihmi\\_vozmozhnostyami/oglavlenie.html](http://aupam.narod.ru/pages/trudoustroistvo/zanyatostj_lyudeyj_s_ogranichennihmi_vozmozhnostyami/oglavlenie.html)

76 Правила лицензирования, квалификационные требования к социальным работникам в сфере социальной защиты населения и правила их аттестации // Труд в Казахстане, 2009. – № 7. – с. 18-21.

77 Информация о развитии социальной защиты и занятости УКЗиСП Павлодарской области (по состоянию на 1 января 2013 года).

78 Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения (утвержден приказом Министра труда и социальной защиты населения РК от 26 января 2009 года № 26-п), 2009-02-25. - №5566. - 13 с.

79 Правила оценки и определения потребности в специальных социальных услугах (Совместный приказ Министра здравоохранения РК от «10» февраля 2009 года №79, Министра образования и науки РК от «28» января 2009 года №28, Министра труда и социальной защиты населения РК от «28» января 2009 года №28-п «Об утверждении Правил оценки и определения потребности в специальных социальных услугах» (зарегистрирован в МЮ РК от 20 февраля 2009 года № 5560)).

80 Закон РК от 12 апреля 2005 года №36-3 «О государственном социальном заказе» // <http://smeda.info/zakon/288>.

81 Bruyere S. M., Erickson W.A., VanLooy S. Comparative study of workplace policy and practices contributing to disability nondiscrimination. // Rehabil Psychol. – 2004. –Vol. 49- P. 28-38.

82 Управление и бюджетирование по результатам на муниципальном

уровне: международная и российская практика, перспективы внедрения в России: Сб. статей. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2007. – 184 с.

83 Сибурина Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно-стратегической модели развития//Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2007. – № 2. – С. 63 – 69.

84 Стародубов В.И., Флек В.О. Финансирование медицинской помощи населению Российской Федерации, ориентированное на результат. – М.: МЦФЭР, 2007. – 400 с.

85 Капелюшникова Р. Теория и практика перехода к потребительской субсидии: зарубежный опыт. М.: Фонд «Институт экономики города», 2003.- 525 с.

86 Lawrence L. Martin , Petter M. Kettner. Measuring the Performance of Human Service Programs. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 1996. – P.139

87 Казизова Г.С, Казизова Ж.С. Реформирование системы социальной защиты населения в Республике Казахстан // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – М.: Литера, №11. - 2011.– С.57-60.

88 Притворова Т.П. Технология мониторинга результативности социального обслуживания на дому пожилых граждан и инвалидов / Т.П. Притворова//Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы становления инновационной системы и развития предпринимательства в Республике Казахстан» / Караганда, 2009. – С.128-132.

89 Coyte P., Laporte A, Stewart S. Identifying the assumptions used by various jurisdictions to forecast demands for home and facility-based care for the elderly. – Toronto: University of Toronto,2000 // <http://www.hcerc.utoronto.ca/pdf>.

90 Казизова Г.С. Социальное обслуживание населения неправительственными организациями Павлодарской области // Вестник КЭУ: экономика, философия, педагогика, юриспруденция.- Караганда: - 2010. - №4(19). – С. 27-28.

91 Shepard D.S., Hodkin D., Anthony Y.E. Analysis of hospital costs: a manual for managers (Анализ стоимости стационарной помощи: пособие для руководителей) / ВОЗ. Женева, 2000.– 92 с.

92 Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи /Обзор международного опыта. М.: Реал Тайм, 2009. – 64 с.

93 Постановление Правительства от 26 декабря 2007 №1297 «О Концепции по внедрению системы государственного планирования, ориентированного на результаты».

94 Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 26 января 2009 года № 25-п «Об утверждении квалификационных требований к социальным работникам в сфере социальной защиты населения и правил их аттестации» (Зарегистрирован в МЮ РК от 25 февраля 2009 года № 5565).

95 Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года.

96 Конвенция о правах инвалидов, принятая резолюцией 52/82 Генеральной Ассамблеи ООН от 12 декабря 1997 года.

97 Закон Республики Казахстан от 4 ноября 2003 года № 490-ІІ «О государственном мониторинге собственности в отраслях экономики, имеющих стратегическое значение».

98 Притворова Т.П., Казизова Г.С. Количественный и качественный анализ социального обслуживания населения в домах-интернатах Павлодарской области// Вестник Инновационного Евразийского университета. - Павлодар: РИО ИнЕУ.- 2011. – №2(42) – С. 15-19.

99 Всемирная программа действий в отношении инвалидов, принятая резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 года.

100 Закон РК от 19.05.1997г. №111-1 «Об охране здоровья граждан в РК».

101 Приказ Министра Здравоохранения РК от 20.11.2003г. №856 «Об утверждении видов и объемов восстановительного лечения и медицинской реабилитации»; комплексная и индивидуальная программа реабилитации инвалидов.

102 Доклад четвертой Всемирной конференции по положению женщин, Пекин, 4–15 сентября 1995 года (издание ООН, в продаже под № R.96.IV.13).

103 Закон Республики Казахстан от 5 апреля 1999 года №365-1 «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан».

104 Притворова Т.П. Совершенствование организационно-экономических механизмов социального обслуживания//Вестник Инновационного Евразийского университета. – 2009. - №4(36). – С.10-16.

105 Зарицкий Б.Е. Экономика ФРГ: учебное пособие / Б.Е. Зарицкий. – М.: Магистр, 2009. – 351 с.

106 Стандарт оказания специальных социальных услуг от «06» декабря 2010 года № 394-Ө.

107 Приказ Министра труда и социальной защиты населения РК от 6 декабря 2011 года №394-ө «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения» (зарегистрирован в МЮ РК 30 декабря 2011 года № 6714).

108 О налогах и других обязательных платежах в бюджет (Налоговый кодекс). – Алматы: ЮРИСТ, 2010.-548 с.

109 Wiener M. Joshua, Tilly J., Cuellar Evans Alison. Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany. – Washington.: AARP Public Policy Institute, 2003.-79p.

110 Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 августа 2002 года № 191-п «О нормативах одежды, обуви и мягкого инвентаря, Типовой инструкции по учету белья, постельных принадлежностей, одежды и обуви в учреждениях и организациях социальной защиты населения».

111 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».

112 Методические рекомендации от 30 апреля 2003 года № 4.05.066.03 «Рекомендуемые нормы рационального питания хронических психоневрологических больных, находящихся в домах-интернатах», утвержденные приказом Главного санитарного врача Республики Казахстан от 30 апреля 2003 года №27.

113 Закон РК от 16.06.1997 г. №126-І «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан».

114 Методические рекомендации от 30 апреля 2003 года № 4.05.067.03 «Рекомендуемые нормы рационального питания для престарелых и инвалидов, находящихся в домах-интернатах», утвержденные приказом Главного санитарного врача Республики Казахстан от 30 апреля 2003 года № 27.

115 Национальный план действий в области прав человека в Республике Казахстан на 2009-2012 годы. Под общей редакцией Абишева Т.Д., Турсунова С.Т. – Астана, 2009. - 136 с.

116 О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц  
// <http://www.salyk.gov.kz/ru/nk/people/Pages/default.aspx>

117 Отчет НИИРР «Формирование и расчет стоимости условий для беспрепятственного доступа к приоритетным типовым объектам и услугам инфраструктуры для инвалидов и других маломобильных групп населения в рамках моделирования затрат по Имплементации конвенции о правах инвалидов в Казахстане». – 2011. – 318с.

118 Материалы международной конференции «Партнерство и диалог для развития законодательства и социальных услуг для обеспечения права инвалидов на труд». Алматы, 2011, апрель, 7-8.

119 Приложение 2 к Постановлению Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2008 года №160 «Правила предоставления в соответствии с индивидуальной программой реабилитации социальных услуг индивидуального помощника для инвалидов первой группы, имеющих затруднение в передвижении и специалиста жестового языка для инвалидов по слуху - тридцать часов в год» (Утверждены постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июля 2005 года № 754)

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 - Структура государственного финансирования НПО Павлодарской области в 2009-2012 гг.

Наименование НПО	Сумма госзаказа				Изменение, млн.тенге
	2009 г.		2012 г.		
	млн.тенге	%	млн.тенге	%	
ОО «Павлодарский центр поддержки Аманат» (г.Павлодар)	16,3	23,7	14,5	19,1	-1,8
ОО «Международный Союз инвалидов, защиты прав потребителей и окружающей среды»	4,5	6,5	-	-	-4,5
ОО «Женский клуб «Томирис» (г.Павлодар)	3,1	4,5	4,4	5,8	+1,3
ОО Павлодарское городское добровольное общество инвалидов «Оптимист» (г.Павлодар)	9,0	13,1	3,5	4,6	-5,5
ОО «Молодежный дебатный центр» (г.Павлодар)	9,3	13,5	17,2	22,7	+7,9
ОО «Реабилитационный центр Самал» (г.Павлодар)	13,4	19,4	15,2	20,0	+1,8
ОО «Павлодарская городская организация ветеранов войны и труда» (г.Павлодар)	1,3	1,9	3,1	4,1	+1,8
ОО «Центр поддержки одиноких матерей» (г.Павлодар)	12,0	17,4	11,4	15,0	-0,6
ОО «Добровольное областное общество инвалидов» (г.Павлодар)	-	-	2,9	3,8	+2,9
ОО «Единство» (г.Аксу)	-	-	1,5	2,0	+1,5
ОО «Добровольное областное общество инвалидов» (г.Экибастуз)	-	-	2,1	2,9	+2,1
Итого	68,9	100	75,8	100	+6,9
Примечание – Составлено автором					

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1 – Средние затраты на установку тактильных плиток, табличек

	Монтаж тактильной плитки, табличек, поручней	Стоимость, тыс. тенге	Средняя стоимость, тыс. тенге
1	ГЦВП (ул. Сатпаева, 44)	2216	707,4
2	Железнодорожный вокзал	1412,27	
3	ЦОН (ул. Павлова, 48)	1310,5	
4	Отдел занятости (ул. Кривенко, 25)	739,4	
5	Школа-лицей №8 (ул. Ленина 12)	299,2	
6	КГКП «Поликлиника №1» (ул. Ломова, 49)	207,1	
7	ЦУМ (ул. Сатпаева, 63)	193,6	
8	Супер маркет «Рубиком» (ул. Ген. Дюсенова, 3/1)	5,1	
9	Областная больница им. Г.Султанова (ул.Щедрина, 63)	425,1	
10	Call center (ул. М.Исиналиева, 24)	265,4	
Примечание – Составлено по источнику [117]			

Таблица Б.2 – Средние затраты на типовой санитарно-технический объект (уборные)

	Переоборудование уборной	Стоимость, тыс. тенге	Средняя стоимость, тыс. тенге
1	Call center (ул. М.Исиналиева, 24)	479,3	417,6
2	ГЦВП (ул. Ак.Сатпаева, 44)	744,1	
3	Отдел занятости (ул. Кривенко, 25)	727,9	
4	Железнодорожный вокзал	568,2	
5	АО Энергоцентр (ул. Кривенко, 27)	418,9	
6	Павлодарский областной историко-краеведческий музей им. Потанина (ул. Ленина, 147)	255,1	
7	ЦОН (ул. Павлова, 48)	212,7	
8	Супер маркет «Рубиком» (ул. Ген. Дюсенова, 3/1)	209,8	
9	КГКП «Поликлиника №1» (ул. Ломова, 49)	82,4	
10	Частный жилой дом (ул. М.Горького, 102/3)	40,6	
11	СОК «Астана» (ул. Каирбаева, 87)	854,9	
Примечание – Составлено по источнику [117]			

Таблица Б.3 – Средние затраты на реконструкцию входной группы

	Реконструкция входной группы	Стоимость, тыс. тенге	Средняя стоимость, тыс. тг.
1	2	3	4
1	Отдел занятости (ул. Кривенко, 25)	1708	482,40
2	Школа-лицей №8 (ул. Ленина 12)	723,4	

Продолжение таблицы Б.3

1	2	3	4	
3	ГЦВП (ул. Ак.Сатпаева, 44)	465,4		
4	Павлодарский областной историко-краеведческий музей им. Потанина (ул. Ленина, 147)	354,8		
5	ЦОН (ул. Павлова, 48)	239,8		
6	Частный жилой дом (ул. М.Горького, 102/3)	225,5		
7	КГКП «Поликлиника №1» (ул. Ломова, 49)	211,6		
8	Call center (ул. М.Исиналиева, 24)	64,9		
9	СОК «Астана» (ул. Каирбаева, 87)	348,8		
Примечание – Составлено по источнику [117]				

Таблица Б.4 – Средние затраты на установку наружных пандусов

	Установка наружных пандусов	Стоимость, тыс. тенге	Средняя стоимость, тыс. тенге
1	Отдел занятости (ул. Кривенко, 25)	1645,9	544,9
2	Школа-лицей №8 (ул. Ленина 12)	785,0	
3	Павлодарский областной историко-краеведческий музей им. Потанина (ул. Ленина, 147)	354,8	
4	КГКП «Поликлиника №1» (ул. Ломова, 49)	211,6	
5	ГЦВП (ул. Ак.Сатпаева, 44)	160,2	
6	ЦОН (ул. Павлова, 48)	112,1	
Примечание – Составлено по источнику [117]			