

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АКАДЕМИЯ
УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ**

И. Ф. Ламов

**ДОСТУП
В ПОМЕЩЕНИЯ ЗДАНИЙ И СООРУЖЕНИЙ
МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ:
ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Санкт-Петербург
2010

ББК: 366.54

УДК: 60.5

Л21

Рецензенты:

Александр Викторович Пластинин,
доктор экономических наук, профессор

Александр Григорьевич Черных,
доктор технических наук, профессор, академик РАЕН

Л21 Ламов И. Ф. Доступ в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения: институциональный аспект. — СПб.: Издательство Санкт-Петербургской академии управления и экономики, 2010. — 126 с.; ил.

Монография подготовлена в Научно-исследовательской лаборатории строительной экспертизы Баренц-региона по программе НИОКР, выполненной в рамках поисковой темы № 46-804-П «Энергоэффективное домостроение для комфортного проживания в холодном климате».

В работе проведен системный анализ нормативно-правовой базы государственного и муниципального уровня по вопросам обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения. Разработаны предложения по ее совершенствованию.

Книга предназначена для специалистов в области строительства, ремонта и эксплуатации зданий и сооружений, работников органов государственного и муниципального управления, занятых в сфере социальной защиты населения.

ISBN 978-5-94047-204-9

© Ламов И. Ф., 2010

© СПбАУЭ, 2010

Содержание

Введение	4
1. Факторы, ограничивающие мобильность человека.....	7
2. Основные используемые термины	16
2.1. Термин «маломобильные группы населения»	16
2.2. Термин «обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений».....	25
3. Численность маломобильных групп населения (на примере Архангельской области)	32
4. Международный опыт обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения	42
5. Правовой аспект	63
6. Финансовый аспект	77
7. Технический аспект	104
Заключение.....	117
Библиография	121

Введение

Многие россияне, прибывшие в развитые страны, обращают внимание на то, что в общественных местах встречается много людей, самостоятельно передвигающихся в инвалидных колясках. Это свидетельствует не о том, что там больше инвалидов, чем в России, а о наличии реальных возможностей для их передвижения не только в своем жилье, но и за его пределами.

Создание условий комфортного проживания инвалидам, пожилым людям, детям в привычной для них обстановке, в своей семье, возможность общаться с друзьями, соседями является одним из направлений повышения качества жизни. Круг их интересов не может ограничиваться пределами жилого дома, так как получение человеком медицинских услуг, образования, удовлетворения его культурных и духовных потребностей, других социальных услуг как таковых является обеспечение его доступа к месту оказания данной услуги — кабинета врача, учебной аудитории, торгового зала и т. п. Проблемы трудоустройства инвалидов, пожилых людей не должны ограничиваться лишь организацией рабочего места на предприятии, необходимо дополнительно создать условия их безбарьерного передвижения от места жительства до рабочего места.

На разных этапах социально-экономического развития общество предъявляет определенные требования к уровню и качеству жизни. Они изменяются в соответствии с достигнутым уровнем развития общества и различаются от принадлежности человека к той или иной социальной, региональной или профессиональной группе. Совокупность этих требований формирует стандарт жизни. Законодательно установленный на определен-

ный период уровень социальных гарантий, выраженный через социальные нормативы или нормы, отражающие важнейшие потребности человека в материальных благах, общедоступных услугах, и соответствующий уровень их потребления.

Социальные стандарты используются всеми органами государственной и муниципальной власти в качестве инструмента управления социальным развитием при выработке социально-экономической политики, распределении направляемых в социальный сектор ресурсов, реализации социальных программ, закреплении и обеспечении социальных гарантий гражданам, формировании бюджетов и межбюджетных отношений. В этом случае социальные стандарты приобретают вид зафиксированных нормативов. Они могут иметь обязательный или рекомендательный характер, однако во всех случаях государство устанавливает правила их применения¹.

Действующее законодательство предусматривает государственное регулирование вопросов обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений инвалидов в процессе управления в социальной и градостроительной сфере. Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусмотрено требование к органам государственной власти, местного самоуправления, предприятий и организаций по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, выполнение которых гарантируется государством. Дальнейшее законодательное развитие они получили в Градостроительном и Бюджетном кодексах Российской Федерации.

¹ Социальная политика: толковый словарь / общ. ред. д. э. н., проф. Н. А. Волгин; отв. ред. д. э. н, проф. Б. В. Ракитский. Изд. 2-е, дораб. М.: Изд-во РАГС, 2002. С. 364–365.

Во всех странах мира и в любой группе общества имеются пожилые люди и инвалиды. Их число значительно и продолжает расти. Граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет)² и инвалиды (в том числе дети-инвалиды) нуждаются в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности, в том числе в передвижении.

Повышение уровня и качества жизни инвалидов, пожилых людей, детей, как одних из самых социально уязвимых категорий населения, входит в число приоритетных задач, определенных в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ. Обеспечение возможности для всех групп населения полноценно пользоваться материальным окружением является актуальной задачей.

В монографии комплексно исследуются институциональные механизмы обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения в современной России. Предложены пути оптимизации развития обеспечения доступа помещений, усовершенствован понятийно-категориальный аппарат, сформулированы и обоснованы принципы совершенствования градостроительной и бюджетной политики в современных условиях.

² Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». Ст. 5.

1. Факторы, ограничивающие мобильность человека

У человека имеются четыре отличительные особенности, сочетание которых присуще только ему: во-первых, уникальный по своей сложности мозг, благодаря которому он обладает способностями к обучению, логическому мышлению, управлению речью, а также точной координации зрения и движений; во-вторых, вертикально ориентированный скелет, позволяющий передвигаться на двух ногах, что требует координированной работы мышц; в-третьих, руки, которым доступен большой диапазон разнообразных движений, способных захватывать и удерживать мелкие предметы, исследовать предметы на ощупь; в-четвертых, объемное цветовое зрение, позволяющее отчетливо фокусировать изображения, точно определять расстояния, различать не только цвет и форму, но и яркость освещения предметов. В связи с прямохождением человек получил не только многочисленные преимущества, но у него также возникли предпосылки для различного рода нарушений и заболеваний.

Осознаваемая человеком нужда в том, что необходимо для поддержания организма (биологические) и развития личности (социальные, духовные, и т. п.), определяет его потребности. Потребность человека в передвижении, наряду с потребностями в питье, пище, сне, относится к биологическим потребностям, при удовлетворении которых решаются вопросы жизни и смерти, и только затем можно говорить об удовлетворении иных видов потребностей.

Степень удовлетворения потребности человека по перемещению в пространстве можно охарактеризовать как его мобильность. «Толковый словарь русского языка» С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведова термин «мобиль-

ность» трактует как «способность к быстрому передвижению»³. В сочетании со словом «человек» мы понимаем «мобильного человека» как человека, способного к быстрому передвижению. С другой стороны, человека, не имеющего по различным причинам возможности быстрого передвижения, можно определить в качестве «маломобильного», а причины, по которым он не имеет возможности этого сделать, как «ограничения мобильности». Таким образом, «мобильность» следует рассматривать как возможность человека удовлетворять свои потребности по перемещению в пространстве.

Наиболее близким по смыслу к термину «ограничения мобильности» и широко употребляемым в законодательных и иных нормативных правовых актах является термин «ограничение жизнедеятельности», под которым понимается «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью»⁴. Понятие «ограничение жизнедеятельности» более широкое, чем «ограничение мобильности». Безусловно, в совокупности действий по осуществлению самообслуживания, ориентирования, общения, обучения, занятием трудовой деятельностью способность человека к передвижению является важным элементом, обеспечивающим реализацию потребностей человека, но не единственным.

Ограничения мобильности человека обусловлены совокупностью целого ряда факторов (рис. 1).

³ Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / РАН; Российский фонд культуры. 2-е изд., испр. и доп. М.: АЗЪ, 1994. С. 353.

⁴ Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями). Ст. 1.



Рис. 1. Факторы, ограничивающие мобильность человека

Важной группой факторов, ограничивающих мобильность человека, являются его биологические особенности.

Состояние здоровья. Весомым ограничителем мобильности человека является заболевание (травма), которое характеризуется нарушением функций организма. Одним из показателей позволяющих оценить состояние здоровья является уровень общей заболеваемости населения. По данным медицинской статистики⁵, только в Архангельской области, с численностью постоянного населения более 1,27 млн человек, за 2008 г. зарегистрировано более 2,1 млн случаев заболеваний острыми и хроническими болезнями. За последние 10 лет общая заболеваемость населения области увеличилась с 1496,1 в 1999 г. до 1788,1 случаев на 1000 населения в 2008 г., то есть на 19,5%.

Особым состоянием женщин, по которому их можно отнести к группе имеющих ограничения мобильности по здоровью, является беременность. По существующей классификации беременность не является заболеванием, тем не менее, женщины в этот период должны находиться под медицинским наблюдением, и данное состояние ограничивает их мобильность.

В большинстве случаев болезнь (травма), беременность является временным ограничителем мобильности человека. Однако в некоторых случаях она может сопровождаться стойким расстройством функций организма, в зависимости от степени которого человеку устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид». В настоящее время в Архангельской области проживает 103,8 тыс. инвалидов, что составляет 7,9% от общей численности населе-

⁵ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Архангельской области в 2008 г. / А. В. Красильников, Р. В. Бузинов, С. И. Малявская и др. Архангельск: ГУЗ «МИАЦ», 2009.

ния области⁶. Для данной категории населения ограничение их мобильности, связанное со здоровьем, является уже не кратковременным, а длительным фактором.

Возраст. Характеристику возрастной структуры населения оценивают по удельному весу возрастных контингентов в общей численности населения. В отечественной статистике выделяют следующие возрастные контингенты: моложе трудоспособного (0–15 лет включительно), трудоспособного (мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 года) и старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше). Деление условное, так как у большинства людей способность плодотворно трудиться сохраняется в возрасте более 70 лет и старше.

Демографические изменения за последние годы привели в Архангельской области сначала к выравниванию в структуре населения процентных долей пожилых людей и молодежи, а затем к уменьшению процентной доли молодежи и увеличению процентной доли пожилых людей. Фиксируется уменьшение доли населения «моложе трудоспособного возраста» с одновременным ростом доли населения «старше трудоспособного возраста». По состоянию на 1 января 2008 г. доля населения «старше трудоспособного возраста» увеличилась до 19,5%, а в отдельных районах области величина данного показателя достигает 24,5%⁷. Таким образом, население области по шкале демографического старения ООН можно классифицировать как «старое».

⁶ Постановление администрации Архангельской области от 13 февраля 2007 г. № 22-па «О концепции государственной поддержки и реабилитации инвалидов в Архангельской области».

⁷ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2008 г.: статистический бюллетень / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

Возрастные ограничения мобильности касаются также детей, особенно дошкольного возраста (от 0 до 6 лет), пожилых людей, которые в большинстве своем ограничены в мобильности не по причине утраты здоровья, а по причине биологических особенностей развития человека — возрасту.

Физическая сила и выносливость. Величина переносимого человеком груза зависит от его физической силы, состояния здоровья, возраста и пола. Поднять и опустить груз весом 15–20 кг не представляет особого труда, но его перенос на значительные расстояния возможно только подготовленному человеку, поэтому величина переносимого груза существенно влияет на мобильность человека. Например, человек, собравшийся добраться до дачного участка, другого города, региона, страны — мобильный человек. Однако «неподъемная» сумка, которую он берет в дорогу, является ограничивающим его мобильность фактором, так как в течение некоторого периода времени человек устанет, и его дальнейшее передвижение будет возможно только после отдыха.

Второй группой ограничений мобильности человека являются ограничения доступности окружающей среды.

Климат и рельеф местности. Суровые климатические условия можно смело отнести к факторам, ограничивающим мобильность человека. Территория Российской Федерации на 70% покрыта тундрой, тайгой с огромными болотами и многолетней мерзлотой. Конфигурация территории страны и ее положение в Евразии говорят о том, что две трети страны лежит в пределах особой зоны Севера. Отрицательные значения температуры воздуха, ветер, снег, весеннее половодье — лишь немногие причины, ограничивающие нормальную жизнедеятельность человека. Экстремальные климатические условия Севера являются естественным фактором, ограничивающим мобильность человека.

Опыт реализации мероприятий по обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений населенного пункта в климатических условиях Севера показывает, что большинство технических решений по обеспечению доступности зданий и сооружений, указанных в нормативных документах по строительству, не учитывают климатические особенности. Так, устройство пандуса при входе в здание, «мини-пандусы», необходимые для съезда инвалидов-колясочников с тротуаров на пешеходные переходы через автомагистрали, в зимний период не только не повышают мобильность человека, но являются по своей сути наиболее травмоопасными участками, превращаясь в настоящий каток. Поэтому необходимы иные подходы организационно-экономических и технических решений, учитывающие все, без исключения, факторы ограничения мобильности человека.

Доступность помещений зданий и сооружений. Основной функцией зданий и сооружений является защита людей от неблагоприятных климатических воздействий (холода, ветра, атмосферных осадков) за счет создания искусственной экологической среды обитания человека в периоды его работы, отдыха, сна, восстановления жизненно необходимой энергии. Традиционным строительным материалом на Севере является древесина. Многовековой опыт эксплуатации объектов деревянного зодчества, построенных 200–360 лет назад, подтверждает их высокий потенциал в плане обеспечения комфортных условий при длительном пребывании в них людей⁸. Однако, с развитием каменного, панельного домостроения изменяются и концепции в градостроительной деятельности от индивидуального строительства с учетом осо-

⁸ Варфоломеев Ю. А., Ламов И. Ф., Теддер Ю. Р. Улучшение экологических условий деревянного жилища // Экология человека. 1996. № 3.

бенностей климатических условий и окружающего ландшафта, потребностей человека, семьи — к типовому, от 1- и 2-этажного домостроения, планировочные решения которого шлифовались на протяжении веков — к многоэтажному.

Проблемы доступности зданий и сооружений при типовом строительстве обозначились сразу, были нормированы основные планировочные параметры помещений, самих зданий и сооружений. Например, для жилых зданий это высота этажа, ширина проходов, размеры лестничных клеток, обязательное устройство лифта при количестве этажей более пяти и т. п. Все это обеспечивает доступность помещений здания здоровому человеку. Другие факторы ограничения мобильности человека, особенно в отношении пожилых людей и инвалидов, не принимались во внимание.

Доступность пользования транспортом. Аналогичная ситуация с обеспечением доступа в помещения зданий и сооружений сложилась и в сфере пользования транспортом. Ни один серийно выпускаемый в России автобус, троллейбус, железнодорожный вагон, самолет не обеспечивает комфортного передвижения маломобильных людей.

Третьей группой ограничений мобильности человека являются ограничения доступности информации.

Доступность информации. Доступность информации о месте, времени и стоимости оказания той или иной услуги, приобретения товара, о расписании и маршруте движения общественного транспорта и т. п. значительно экономит время, которое складывается не только из времени, требующегося для непосредственного оказания услуги, но и дополнительного времени и затрат на то, чтобы добраться до места ее оказания. Человек, располагающий достоверной информацией, экономит свое время, что повышает его мобильность.

Для отдельного человека данные риски носят вероятно-случайный характер, а для совокупного числа людей они выступают уже в роли объективно-массовых, то явлений есть неотвратимого и неизбежного характера. Принимая во внимание все факторы, ограничивающие мобильность человека, необходимо отметить, что каждый человек большую часть своей жизни находится под их комплексным влиянием, поэтому учет всех факторов ограничения мобильности должен стать обязательным принципом во всех областях управленческой деятельности.

2. Основные используемые термины

Для более объективного понимания событий и явлений, происходящих в области обеспечения доступа маломобильных групп населения в сооружения и транспортные средства, необходимо отметить отсутствие единого понятийного аппарата. Ряд понятий имеет двойственный характер, трактуется в различных областях социальной сферы по-своему, что часто оборачивается недопониманием сути проблем, разночтением положений нормативно-правовых документов, снижает эффективность принимаемых решений. Поэтому далее речь будет идти о понятии «обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения» как одном из важных направлений социальной политики государства.

2.1. Термин «маломобильные группы населения»

Такие понятия, как «инвалид», «маломобильные граждане», «люди с ограниченными возможностями», «маломобильные группы населения», непосредственно связанные с вопросами доступности зданий и сооружений, прочно вошли не только в терминологию профессиональных ученых и практиков, но и в массовый оборот.

В настоящее время в законодательных и других нормативно-правовых актах рассматривается в основном только одна группа населения, которой необходимо обеспечить беспрепятственную доступность объектов социальной инфраструктуры — это инвалиды.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы, исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с клас-

сификациями и критериями, утверждаемыми федеральным государственным органом — Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а лицу в возрасте до 18 лет — категория «ребенок-инвалид».

Группы инвалидности устанавливаются с использованием классификации, которая определяет основные виды нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, а также критериев, которые определяют условия установления степени ограничения способности к трудовой деятельности, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 г. № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

В соответствии данным приказом к основным видам нарушений функций организма человека относятся:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения);
- нарушения языковых и речевых функций (устной, письменной, вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования);
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, нарушение размеров тела).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются три степени их выраженности. К основным категориям жизнедеятельности человека относят:

а) *способность к самообслуживанию* — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

— 1 степень — способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

— 2 степень — способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

— 3 степень — неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

б) *способность к самостоятельному передвижению* — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

– 1 степень — способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

– 2 степень — способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

– 3 степень — неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) *способность к ориентации* — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

– 1 степень — способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

– 2 степень — способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

– 3 степень — неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) *способность к общению* — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

– 1 степень — способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимо-

сти вспомогательных технических средств помощи;

– 2 степень — способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

– 3 степень — неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) *способность контролировать свое поведение* — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм:

– 1 степень — периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

– 2 степень — постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

– 3 степень — неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) *способность к обучению* — способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

– 1 степень — способность к обучению, а также к получению образования определенного

уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

– 2 степень — способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

– 3 степень — неспособность к обучению;

ж) *способность к трудовой деятельности* — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

– 1 степень — способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

– 2 степень — способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

– 3 степень — неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Обратим внимание на то, что при более детальном изучении приведенной выше классификации ограничений жизнедеятельности человека под ее действие попадают не только инвалиды. Заменяв слово «инвалид» на слово «пожилой человек», «ребенок дошкольного возраста», «беременные женщины», получим, что указанные ограничения охватывают и эти социальные группы. А всех их объединят одно обстоятельство — ограниченная мобильность. Поэтому не только инвалидам, но и другим социальным группам населения необходимы дополнительные меры по обеспечению беспрепятственного доступа в помещения зданий и сооружений населенного пункта.

В Законах города Москвы, предусматривающих дополнительные меры по обеспечению доступности зданий и сооружений для отдельных категорий граждан, от 17 января 2001 г. № 3 «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы» и от 26 октября 2005 г. № 55 «О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности в городе Москве» применяются различные понятия для обозначения лиц, нуждающихся в таком обеспечении — такие как «маломобильные граждане» и «инвалиды и другие лица с ограничениями жизнедеятельности».

Понятие «маломобильные граждане» в формулировке Закона города Москвы от 17 января 2001 г. № 3 «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной ин-

фраструктур города Москвы», статья 1 «Основные понятия», включает в себя следующие категории:

«- инвалиды всех категорий, к которым относятся лица, имеющие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности, и вызывающее необходимость их социальной защиты;

- лица пожилого возраста;

- граждане с малолетними детьми, в том числе использующие детские коляски;

- другие лица с ограниченными способностями или возможностями самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, вынужденные в силу устойчивого или временного физического недостатка использовать для своего передвижения необходимые средства, приспособления и собак-проводников».

Можно предположить, что термин «*лица с ограниченными жизнедеятельности*» возник из интерпретации термина «*ограничение жизнедеятельности* — полная или частичная утрата *лицом* способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью»⁹.

В соответствии со СП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения», одобренным и рекомендованным к применению в качестве нормативного документа Системы нормативных документов в строительстве постановлением Госстроя России от 16 июля 2001 г. № 70, к «маломобиль-

⁹ Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Ст. 1.

ным группам населения» отнесены люди, «испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве». К ним отнесены:

- инвалиды;
- люди с временным нарушением здоровья;
- беременные женщины;
- люди старших возрастов;
- люди с детскими колясками и т. п.

Деление на группы позволяет оценить численность населения, нуждающуюся в дополнительных мерах по обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений населенного пункта, на настоящий момент и составить план действий на перспективу.

Различное наименование в нормативных правовых документах лиц, групп людей, нуждающихся в дополнительных мерах по обеспечению указанного доступа, заставляет нас сделать выбор в пользу термина «маломобильные группы населения» и с целью их количественного определения уточнить его толкование. Таким образом, *маломобильные группы населения — это социальные группы населения, испытывающие затруднения при передвижении к месту получения социальных услуг, необходимой информации или занятия трудовой деятельностью: пожилые люди, инвалиды, беременные женщины, дети в возрасте от 0 до 5 лет, лица со временным нарушением здоровья, а также лица, пользующиеся детскими или грузовыми колясками.*

Принимаемое определение маломобильных групп населения позволяет нам комплексно учесть биологические особенности человека (состояние здоровья, возраст, физическую силу и выносливость) и рассматривать вопросы обеспечения доступа для более широкого круга населения.

2.2. Термин «обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений»

В настоящее время, встречаются различные формулировки мест оказания общественных услуг, приложения труда, даже в рамках одного законодательного акта. Так, статья 15 «Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры» Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее — Закон «О социальной защите инвалидов») содержит требование обеспечения «беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям и сооружениям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям), а также беспрепятственного пользования железнодорожным, воздушным, водным, междугородным автомобильным транспортом и всеми видами городского и пригородного пассажирского транспорта, средствами связи и информации (включая средства, обеспечивающие дублирование звуковыми сигналами световых сигналов светофоров и устройств, регулирующих движение пешеходов через транспортные коммуникации)». Статья 16 закона предусматривает уже «ответственность за уклонение от исполнения требований к созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур» (курсив наш — И. Л.).

Градостроительный Кодекс Российской Федерации, утвержденный Федеральным законом от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ (далее Градостроительный кодекс РФ), по-иному, чем Закон «О социальной защите инвалидов», определяет объекты социальной инфраструктуры, предусматривая мероприятия «по обеспечению до-

ступа инвалидов к объектам здравоохранения, образования, культуры, отдыха, спорта и иным объектам социально-культурного и коммунально-бытового назначения, объектам транспорта, торговли, общественного питания, объектам делового, административного, финансового, религиозного назначения, объектам жилищного фонда»¹⁰.

Используемые понятия, не определенные в законодательных актах федерального уровня, приходится дополнительно трактовать в законодательных и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации. Например, термин «инженерная, транспортная и социальная инфраструктура» определен в статье 1 Закона города Москвы от 17 января 2001 г. № 3 «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы» (с изменениями) как «комплекс сооружений и коммуникаций транспорта, связи, инженерного оборудования, а также объектов социального и культурно-бытового обслуживания населения, обеспечивающий устойчивое развитие и функционирование поселений и территорий». Далее, в статье 3 указанного Закона конкретизированы объекты социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры, подлежащие оснащению специальными приспособлениями и оборудованием для свободного передвижения и доступа маломобильных групп населения, к которым относятся:

- «- жилые здания государственного, муниципального и ведомственного жилищного фонда;
- административные здания и сооружения;
- объекты культуры и культурно-зрелищные сооружения (театры, библиотеки, музеи, места отправления религиозных обрядов и т. п.);

¹⁰ См.: Градостроительный кодекс РФ, п. 12 ст. 48.

- объекты и учреждения образования и науки, здравоохранения и социальной защиты населения;
- объекты торговли, общественного питания и бытового обслуживания населения, финансово-банковские учреждения;
- гостиницы, отели, иные места временного проживания;
- физкультурно-оздоровительные, спортивные здания и сооружения, места отдыха, парки, сады, лесопарки, пляжи и находящиеся на их территории объекты и сооружения оздоровительного и рекреационного назначения, аллеи и пешеходные дорожки;
- объекты и сооружения транспортного обслуживания населения, связи и информации: железнодорожные вокзалы, автовокзалы, аэровокзалы, аэропорты, другие объекты автомобильного, железнодорожного, водного и воздушного транспорта, обслуживающие население;
- станции и остановки всех видов городского и пригородного транспорта;
- почтово-телеграфные и другие здания и сооружения связи и информации;
- производственные объекты, объекты малого бизнеса и другие места приложения труда;
- тротуары, переходы улиц, дорог и магистралей;
- прилегающие к вышеперечисленным зданиям и сооружениям территории и площади».

Перечень объектов, к которым необходимо обеспечить беспрепятственный доступ, в другом субъекте Российской Федерации — Архангельской области определен не областным законом, а постановлением администрации Архангельской области от 24 ноября 1997 г. № 434 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры», в соответствии с которым к указанным объектам относятся:

«- административные здания и прилегающая к ним территория: администрации Архангельской области; структурных подразделений администрации Архангельской области; областного Собрания депутатов; администраций муниципальных образований; внебюджетных фондов социального назначения; областного и территориальных центров занятости населения; государственной налоговой инспекции; судов и прокуратуры;

- здания социальной инфраструктуры и прилегающая к ним территория: больниц, поликлиник, аптек; учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов; почтовых отделений, телеграфа, междугородного телефона; финансово-кредитных учреждений, работающих со средствами населения; учреждений коммунального и бытового обслуживания; нотариальных контор; высших, средних и специальных учебных заведений; учреждений внешкольного образования; музеев, театров, кинотеатров, библиотек и домов культуры; стадионов, спортивных площадок, плавательных бассейнов; гостиниц; магазинов, базаров; ресторанов, кафе, баров и пунктов общественного питания;

- здания транспортной инфраструктуры и прилегающая к ним территория: автовокзалов и автостанций; железнодорожных вокзалов и станций; аэровокзалов; речных и морских вокзалов;

- здания и сооружения религиозных конфессий».

Различное определение мест, к которым необходимо обеспечить беспрепятственный доступ маломобильных групп населения, заставляет нас сделать выбор на основе следующих положений:

а) простое перечисление видов зданий и сооружений, в которых необходимо обеспечить условия беспрепятственного доступа, усложняет понимание про-

блемы, так как в настоящее время проектируются и строятся в основном многофункциональные здания и сооружения, в помещениях которых оказываются различные виды услуг: торговли, культуры, общественного питания, спорта, которые иногда просто встроены в жилые дома. С течением времени назначение помещений таких многофункциональных зданий изменяется, что особенно характерно для помещений, сдаваемых в аренду малому бизнесу. Описать в нормативном правовом акте различные виды зданий и сооружений, особенно многофункциональных, практически не представляется возможным, что увеличивает объем документа и снижает его качество. Поэтому основной упор при создании условий доступа необходимо сделать не на здании/сооружении в целом, а на его структурной единице — помещении;

б) термин «объекты социальной инфраструктуры» требует дополнительного пояснения. В первую очередь необходимо ответить на вопрос: что такое социальная инфраструктура? При изучении социальной инфраструктуры в настоящее время выделяются два концептуальных подхода: отраслевой и деятельностный¹¹. При отраслевом подходе социальная инфраструктура определяется как совокупность структурных и функциональных элементов хозяйственной системы: отраслей, производств, предприятий, учреждений, организаций, объектов, включенных в производственные отношения и направленных на создание общих условий общественного прогресса. С точки зрения деятельностного подхода социальная инфраструктура определяется как совокупность материально-вещественных элементов, соз-

¹¹ Социальная политика: учебник / под общ. ред. Н. А. Волгина. М.: Изд-во РАГС, 2005. С. 537.

дающих и обеспечивающих общие условия для пространственной и временной организации жизнедеятельности населения в контексте его социально-экономических, демографических и культурных особенностей.

Наличие зданий и сооружений различного назначения является одним из ключевых условий, входящих в совокупность общих условий обеспечения и функционирования материального производства и жизнедеятельности населения, но далеко не единственными. Любой процесс трудовой деятельности невозможно представить без применения различного вида приборов и оборудования, без переработки полезных ископаемых и иных видов материальных ресурсов, которые также относят к материально-вещественным элементам, не говоря уже о наличии квалифицированных трудовых ресурсов, организационных структур, их взаимосвязи и взаимоотношений;

в) слово «объект» также имеет множество значений. Объектом обозначают то, что существует вне нас и независимо от нашего сознания, а также явление или предмет, на который направлена чья-нибудь деятельность, внимание. Предприятие, учреждение, а также все то, что является местом какой-нибудь деятельности, тоже называют объектом¹²;

г) обеспечение доступа в помещения в отдельно взятом помещении, здании, сооружении не решает проблемы комфортного проживания маломобильных групп населения, необходимо также обеспечить безбарьерное передвижение между зданиями и соору-

¹² Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / РАН; Российский фонд культуры. 2-е изд., испр. и доп. М.: АЗЪ, 1994. С. 432.

жениями различного назначения в черте населенного пункта. Основным конструктивным элементом обеспечения условий передвижения между зданиями и сооружениями, а также к местам отдыха, паркам, скверам являются тротуары.

Таким образом, по нашему мнению, дефиниция «обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения» наиболее полно, чем «обеспечение доступности объектов социальной инфраструктуры инвалидами», отражает реальное состояние и суть проблемы.

3. Численность маломобильных групп населения (на примере Архангельской области)

Жизнь в районах Крайнего Севера России и приравненных к ним территориям, в число которых входит Архангельская область, имеет специфические особенности, вызванные экстремальными природно-климатическими условиями. Близкое расположение к арктическим морям обуславливает суровый климат и неустойчивость погоды. Указанные факторы оказывают неблагоприятное влияние на медико-демографические показатели здоровья и возраста северян.

При определении числа лиц, относящихся к маломобильным группам населения, воспользуемся основными медико-демографическими показателями, отражающими состояние здоровья населения Архангельской области, к которым относят:

1. *Численность населения области.* По состоянию на 1 января 1992 г. численность населения области составляла 1554 тыс. человек¹³, на 1 января 2009 г. уже 1262 тыс. человек¹⁴, предположительная численность населения области в 2030 г. составит 1100 тыс. человек¹⁵.

¹³ Численность постоянного населения Архангельской области на 1 января 1992 г. Статистический бюллетень / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008. С. 5.

¹⁴ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2009 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 7.

¹⁵ Изменение численности населения Архангельской области (прогноз до 2030 г.): статистический сборник / Л. А. Родичева,

2. *Демографическое старение населения.* Одними из основных демографических характеристик возрастной структуры относят удельный вес возрастных контингентов в общей численности населения. В научной литературе наиболее часто приводится шкала демографического старения, разработанная Ж. Боже-Гарнье, и шкала демографического старения, установленная Организацией Объединенных Наций.

Количественные характеристики шкалы демографического старения представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Шкала демографического старения
(по Ж. Боже-Гарнье)¹⁶**

Этап	Доля лиц в возрасте 60 лет и старше, %	Этап старения и уровни старости населения
1	Меньше 8	Демографическая молодость
2	8–10	Первое преддверие старости
3	10–12	Собственно преддверие старости
4	12 и выше 12–14 14–16 16–18 18 и выше	Демографическая старость Начало демографической старости Средний уровень демографической старости Высокий уровень демографической старости Очень высокий уровень демографической старости

И. Н. Суслوнова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 4.

¹⁶ Демография: учебник / под общ. ред. Н. А. Волгина. Изд. 2-е. доп. и перераб. М.: Изд-во РАГС, 2007. С. 143.

По состоянию на 1 января 2009 г. в области проживало около 200 тыс. человек в возрасте старше 60 лет¹⁷. При численности населения области 1262 тыс. человек доля указанной возрастной группы в общей численности населения области составила 15,9%, приближаясь к отметке «высокого уровня демографической старости».

Шкала демографического старения ООН, включает в себя следующие характеристики. Если в общей численности населения доля лиц старше 65 лет составляет менее 4%, то принято считать, что население молодое, если менее 7% — население на пороге старости, а если 7% и более — население старое.

По состоянию на 1 января 2009 г. в области проживало около 150 тыс. человек в возрасте более 65 лет¹⁸. При численности населения области 1262 тыс. человек удельный вес населения указанной возрастной группы в общей численности населения области в среднем составляет 11,9%, а его показатель по отдельным муниципальным районам доходит до 17,4%. Таким образом, население области в соответствии со шкалой демографического старения ООН определяется как «старое население».

Возрастная структура населения — величина не постоянная. На Севере вообще и в Архангельске в частности в дореволюционный и довоенный периоды значительную долю населения составляли дети. Уровень рождаемости в ту пору был выше, чем по стране. В 60-х годах прошлого века рождаемость в области стала снижаться. По мере изменения рождаемости и продолжительности жизни населения изменяется и возрастная

¹⁷ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2009 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 36–37.

¹⁸ Там же. С. 18–19.

структура населения области. В статистике России выделяют следующие возрастные контингенты:

- от 0 до 15 лет включительно (население моложе трудоспособного возраста);
- мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 года (население в трудоспособном возрасте);
- мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше (население старше трудоспособного возраста)¹⁹.

Согласно статистическим данным, в Архангельской области наблюдается уменьшение доли населения моложе трудоспособного возраста с 26,0% в 1992 г., 22,3% в 1998 г. и до 19,3% в 2002 г., с одновременным ростом доли населения старше трудоспособного возраста с 16,3% в 1992 г., 18,2% в 1998 г. и до 18,5% в 2002 г. и населения в трудоспособном возрасте с 57,7% в 1992 г., 59,5% в 1998 г. и до 62,2% в 2002 г. Демографические изменения в регионе привели в 2002–2003 гг. к выравниванию процентных долей пожилых людей и молодежи в структуре населения с последующим уменьшением процентной доли молодежи и увеличением процентной доли пожилых людей²⁰.

По состоянию на 1 января 2009 г. в Архангельской области доля населения старше трудоспособного возраста

¹⁹ Демография: учебник / под общ. ред. Н. А. Волгина. Изд. 2-е. доп. и перераб. М.: Изд-во РАГС, 2007. С. 140.

²⁰ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 1992 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008. С. 6; Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 1998 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008. С. 6; Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2002 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008. С. 15.

ста увеличилась до 20%, а в отдельных районах области достигает 24,8%²¹. Нетрудно подсчитать, что при общей численности населения области 1262 тыс. человек число пожилых людей составляет около 252 тысяч человек, то есть каждый пятый житель области.

Тенденция увеличения численности лиц старше трудоспособного возраста сохранится и в ближайшее время. Предположительно их доля в общей численности населения к 2020 г. составит 26,2%, а к 2030 г. увеличится до 28,6%²² или в абсолютном значении около 314 тыс. человек.

3. *Рождаемость*. Признаки снижения рождаемости появились в области в послевоенный период. Уже к середине 60-х годов XX в. общий коэффициент рождаемости упал ниже уровня, необходимого для обеспечения нормального замещения поколений (в 1960 г. показатель составил 26,2 родившихся на 1000 населения, 1965 и 1970 гг. — 18,8 и 15,3 родившихся на 1000 населения соответственно). Начиная с конца 80-х годов, рождаемость стала интенсивно снижаться. В 1990 г. коэффициент рождаемости составил 13,5; в 1999 г. — 8,5. С 2000 г. в области наблюдается устойчивая тенденция к повышению рождаемости. Зафиксирован ее медленный рост, коэффициент рождаемости в 2008 г. составил 12,0 родившихся на 1000 населения.

Отмеченный рост рождаемости во многом обусловлен еще и тем, что сейчас в детородный период вступило многочисленное поколение родившиеся в 80-е годы.

²¹ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2009 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 15.

²² Изменение численности населения Архангельской области (прогноз до 2030 г.): статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 7.

Доля женщин в возрасте 20–29 лет, на которых приходится более двух третей всех родов, за последние 10 лет (1999–2008 гг.) увеличилось с 25,7% до 31,5% в общей численности женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)²³.

Зная показатели рождаемости, можно определить численность отдельных маломобильных групп населения. В соответствии с данным нами определением маломобильных групп населения, к которым необходимо отнести: детей в возрасте от 0 до 5 лет; взрослого человека, использующего для передвижения ребенка детскую коляску (при рождении ребенка детская коляска жизненно необходима, а затем, по мере роста ребенка, ее можно отнести к категории часто используемой); беременных женщин. Предположив, что количество взрослых людей, использующих при перемещении малолетнего ребенка коляску, равно количеству детей в возрасте от 0 до 5 лет, а также что количество беременных женщин равно количеству родившихся малышей за год, можно произвести расчет.

Согласно статистическим данным, численность населения Архангельской области в возрасте от 0 до 5 лет по состоянию на 1 января 2009 г. составляло 71 347 человек²⁴, ориентировочно число взрослых людей, осуществляющих уход за ними — 71 347 человек. Количество родившихся в 2008 г. детей составило 15 144 человека, можно определить количество еще одной маломобильной группы населения — беременных женщин. Таким

²³ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Архангельской области в 2008 г. / А. В. Красильников, Р. В. Бузинов, С. И. Малявская и др. Архангельск: ГУЗ «МИАЦ», 2009. С. 8.

²⁴ Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2009 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 34.

образом, общая численность населения области, относящегося к указанным выше «маломобильным группам населения», в 2008 г. составило не менее 157 тыс. человек.

4. *Инвалидность населения.* По состоянию на 1 января 2008 г. в Архангельской области проживало 114,0 тыс. инвалидов²⁵, что составило 11,2% от общей численности населения области. Однако суммировать численность инвалидов с другими группами маломобильного населения было бы некорректно, так как среди них находится значительное количество лиц, попадающих в возрастные группы от 0 до 5 лет, пожилых людей (мужчин 60 лет и старше, женщин 55 лет и старше), численность которых определена нами ранее. Поэтому специалистами Департамента социальной защиты населения Архангельской области в апреле 2009 г. была сделана выборка инвалидов по возрастному составу, в которую вошли лица от 5 лет до пожилого возраста. Число граждан, которых можно отнести к «маломобильным группам населения», увеличилось еще на 28 984 человека.

5. *Здоровье населения* комплексно характеризует показатели заболеваемости, смертности и средней продолжительности жизни, но основным из них является показатель заболеваемости, от которого главным образом зависит уровень смертности. Сложившаяся в предшествующие годы тенденция ухудшения состояния здоровья населения приняла устойчивый характер, и показатели заболеваемости с 90-х годов XX в. по настоящее время продолжают ухудшаться как в целом, так и по всем основным классам болезней, которые формируют хронические заболевания и инвалидность.

²⁵ Здравоохранение в Архангельской области в 2004–2008 гг.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонина, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009. С. 40.

Заболевания костно-мышечной системы и травмы, которые ограничивают мобильность граждан, оказывают неблагоприятное влияние на показатель здоровья населения области и демографическую ситуацию в целом. В 2008 г. лечебно-профилактическими учреждениями области было зарегистрировано около 170,9 тыс. больных с заболеваниями костно-мышечной системы и 144,1 тыс. различных по характеру и локализации травм. В структуре общей заболеваемости эти два класса занимают, соответственно, пятое (7,8%) и седьмое (6,6%) место²⁶.

В течение последних лет отмечается постоянный рост пострадавших от травм и некоторых других последствий воздействия внешних причин, И только в 2008 г. зарегистрировано снижение как абсолютных, так и относительных показателей травматизма, причем среди всех возрастных групп населения по сравнению с предыдущим годом (табл. 2).

Таблица 2

Динамика травматизма в различных возрастных группах за 2004–2008 гг. (на 1000 человек соответствующего возраста)

Контингент	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Взрослые	100,5	99,4	102,4	103,7	112,0	111,3
Подростки (15–17 лет)	142,6	146,3	160,4	177,2	181,5	175,7
Дети (0–14 лет)	113,0	120,9	125,6	128,8	136,6	132,2

В 2008 г. из каждой тысячи населения от травм, отравлений и других воздействий внешних причин по-

²⁶ Государственный доклад о состоянии здоровья населения Архангельской области в 2008 г. / А. В. Красильников, Р. В. Бузинов, С. И. Малявская и др. Архангельск: ГУЗ «МИАЦ», 2009. С. 29.

страдало 117 человек. Особенно высоки показатели травматизма среди лиц моложе трудоспособного возраста в основном за счет бытовых травм, на долю которых приходится 42,3% и уличных — 37,2%. Среди взрослого населения регистрируется снижение производственного травматизма (в 2008 г. на 15% к уровню 2007 г.).

По данным медицинской статистики, 13,9% населения области страдают заболеваниями костно-мышечной системы, четко прослеживается динамика роста данной патологии среди всех групп населения. В целом за последние 5 лет (2004–2008 гг.) темп прироста составил 17% (табл. 3).

Таблица 3

Динамика заболеваемости болезнями костно-мышечной системы в различных возрастных группах за 2004–2008 гг. (на 1000 человек соответствующего возраста)

Контингент	2004	2005	2006	2007	2008
Взрослые	126,7	133,0	140,0	146,9	143,3
Подростки (15–17 лет)	107,5	107,7	132,8	155,9	164,0
Дети (0–14 лет)	85,7	90,5	95,2	110,8	110,1
Всего	118,8	124,8	135,7	141,8	139,0

Социально-экономическая значимость травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата подтверждаются высокими показателями временной утраты трудоспособности. На долю внешних причин и болезней костно-мышечной системы приходится 26% среди всех случаев временной нетрудоспособности и в структуре они занимают соответственно 2 и 3 место, после болезней органов дыхания²⁷.

²⁷ Там же. С. 30.

К сожалению, из данных медицинской статистики области нельзя определить долю инвалидов, детей от 0 до 5 лет, лиц пожилого возраста, которых мы отнеси к «маломобильным группам населения» по другим основаниям, в общей численности 171 тыс. больных с заболеваниями костно-мышечной системы и 144 тыс. больных различных по характеру травм. Тем не менее, количество лиц, которых можно отнести к категории людей с временным нарушением здоровья, составляет значительную величину даже при анализе только двух видов заболеваний, напрямую влияющих на мобильность человека.

Произведя суммирование численности «маломобильных групп населения» без учета лиц с временным нарушением здоровья, получаем, что их численность превышает 438 тыс. человек, что составляет 34,7% населения Архангельской области. А при дополнительном учете лиц с временным нарушением здоровья, связанных с ограничениями мобильности, их общую численность можно оценить как 45–50% населения области.

Таким образом, количественный анализ численности «маломобильных групп населения» показывает, что речь идет не о частных случаях реализации мер по обеспечению доступности помещений зданий и сооружений, необходимых для реабилитации инвалидов, использующих для передвижения инвалидные коляски, а о проблеме, которая затрагивает каждую семью, каждого человека.

4. Международный опыт обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения

Комфортное проживание социально уязвимых групп населения уже в течение длительного времени является предметом пристального внимания со стороны государства, международных организаций, в том числе Организации Объединенных Наций.

На сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, прошедшей 20 декабря 1993 г. (резолюция 48/96), приняты «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов»²⁸ (далее — Стандартные правила), которые были разработаны на основе опыта, приобретенного в ходе проведения Десятилетия инвалидов Организации Объединенных Наций (1983–1992 гг.). Политической и социальной основой Стандартных правил являются Международный билль о правах человека, включающий Всеобщую декларацию прав человека; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах; Конвенция о правах ребенка и Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин; Всемирная программа действий в отношении инвалидов²⁹.

В соответствии со Стандартными правилами термин «обеспечение равных возможностей» означает процесс,

²⁸ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.un.org/russian/document/convents/disabled.htm>.

²⁹ Всемирная программа действий в отношении инвалидов. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.un.org/russian/disabilities/default.asp?id=583>.

благодаря которому различные системы общества и окружающей среды, такие как обслуживание, трудовая деятельность и информация, оказываются доступными всем, особенно инвалидам. Принцип равенства прав предполагает, что потребности всех без исключения индивидуумов имеют одинаково важное значение и что эти потребности должны служить основой планирования в обществе. Все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый индивидуум имел равные возможности для участия в жизни общества. Инвалиды являются членами общества и имеют право оставаться жить в своем социальном окружении. Они должны получать поддержку, в которой они нуждаются, в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. После достижения инвалидами равных прав они должны также иметь равные обязанности.

По мере получения инвалидами равных прав общество вправе ожидать от них большего. В рамках процесса обеспечения равных возможностей необходимо создать условия для оказания помощи инвалидам, с тем чтобы они могли в полной мере выполнять свои обязанности как члены общества.

Стандартными правилами определены основные направления деятельности государств в обеспечении равных возможностей для инвалидов:

- доступность (правило 5);
- образование (правило 6);
- занятость (правило 7);
- поддержание доходов и социальное обеспечение (правило 8);
- семейная жизнь и свобода личности (правило 9);
- культура (правило 10);
- отдых и спорт (правило 11);
- религия (правило 12).

Государствам следует принимать меры для устранения барьеров, препятствующих использованию материального окружения. В число таких мер следует включить разработку стандартов и руководящих принципов, а также рассмотрение вопросов о принятии законодательных актов, направленных на обеспечение доступа к различным объектам общего пользования, таким как жилые помещения, здания, услуги общественного транспорта и другие транспортные средства, улицы и другие объекты уличного окружения. При создании материального окружения следует с самого начала процесса проектирования включать требование о его доступности. При разработке стандартов и норм, регулирующих доступ для инвалидов, следует проводить консультации с организациями инвалидов, которые следует также привлекать к участию с самого начала этапа планирования при разработке проектов строительства общественных объектов, что позволит обеспечить максимальную степень доступа для инвалидов к материальному окружению.

Инвалидам, при необходимости их семьям и защитникам их интересов следует на всех этапах предоставлять доступ ко всей информации, касающейся диагноза, прав, а также имеющихся услуг и программ. Такую информацию следует представлять в форме, доступной для инвалидов. При разработке мер по обеспечению доступа к услугам в области информации следует проводить консультации с организациями инвалидов.

Государствам следует признавать принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах. Им следует обеспечивать, чтобы образование инвалидов являлось неотъемлемой частью системы общего образования. Ответственность за образование инвалидов в интегриро-

ванных структурах следует возложить на органы общего образования.

Законы и правила в области занятости не должны быть дискриминационными в отношении инвалидов и создавать препятствий для их трудоустройства. Активная поддержка может осуществляться с помощью различных мероприятий, включая профессиональную подготовку, установление стимулируемых квот, резервируемое или целевое трудоустройство, предоставление ссуд или субсидий мелким предприятиям, заключение специальных контрактов и предоставление преимущественных прав на производство, налоговые льготы, гарантии соблюдения контрактов или оказание других видов технической или финансовой помощи предприятиям, нанимающим рабочих-инвалидов.

Программы действий государств должны включать меры по проектированию и приспособлению рабочих мест и рабочих помещений таким образом, чтобы они были доступны для лиц с различными формами инвалидности. Государства как наниматели должны создавать благоприятные условия для трудоустройства инвалидов в государственном секторе.

Государствам следует обеспечить поддержание надлежащих доходов инвалидов, которые в силу нетрудоспособности или по причинам, связанным с нетрудоспособностью, временно утратили возможность зарабатывать средства к существованию, или заработок которых уменьшился, или которые не имеют возможности найти работу, а также обеспечивать материальную поддержку и социальную защиту лицам, которые взяли на себя заботу об инвалиде.

Инвалидам следует обеспечивать возможность проживать совместно со своими семьями. Государствам следует содействовать тому, чтобы консультационные услуги по вопросам семьи включали соответствующие

услуги, связанные с инвалидностью и ее влиянием на семейную жизнь.

Государствам следует обеспечить инвалидам, проживающим как в городских, так и сельских районах, возможность использовать свой творческий, художественный и интеллектуальный потенциал не только для своего блага, но и для обогащения всего общества. Примерами такой деятельности являются занятия хореографией, музыкой, литературой, театром, пластическими видами искусств, живописью и ваянием. Государствам следует содействовать доступности таких культурно-просветительных учреждений, как театры, музеи, кино-театры и библиотеки, и возможности их использования. Государствам также следует разрабатывать и использовать специальные технические средства в целях расширения доступа инвалидов к литературным произведениям, фильмам и театральным постановкам.

Необходимо принимать меры для обеспечения доступа инвалидов к местам отдыха и занятий спортом, гостиницам, пляжам, спортивным аренам, спортивным залам и т. д. Туристические организации, бюро путешествий, гостиницы, общественные и другие организации, занимающиеся организацией досуга и путешествий, должны оказывать услуги всем без исключения, принимая во внимание при этом особые потребности инвалидов.

Государствам при консультационном содействии представителей религиозных организаций следует поощрять меры по ликвидации дискриминации и обеспечению доступа инвалидов к религиозной жизни.

Стандартные правила не являются обязательными, но они могут стать нормами международного права, когда будут применяться большим числом государств, выразивших желание соблюдать международное право. К таким государствам относится и Россия.

В настоящее время в Европе отмечается отход от термина «инвалид» (по-английски — *invalid*), акцентирующего внимание на медицинских проблемах человека и не отражающего несовершенство и недостатки окружающего общества, на термин «люди с ограниченными возможностями» (по-английски — *people with disabilities*), который призывает к необходимости принимать меры по поддержке существующих умений и возможностей и для развития новых, а также для устранения существующих барьеров и ограничений к участию в жизни общества.

По итогам Первой европейской конференции министров Совета Европы, состоявшейся в 1992 г., Комитет министров принял Рекомендацию № Rec(92)6 о последовательной политике в поддержке людей с ограниченными возможностями, которая в течение более чем 10 лет оказывала влияние на политику в подходе к людям с ограниченными возможностями, основанную на признании их социальных прав и прав человека.

В мае 2003 г. на Второй европейской конференции министров Совета Европы, которая состоялась в городе Малага (Испания), министры, ответственные за политику в отношении людей с ограниченными возможностями, приняли Малагскую декларацию о людях с ограниченными возможностями «На пути к полному участию людей с ограниченными возможностями как граждан», направленную на улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями в Европе³⁰.

План действий Совета Европы по содействию правам и полному участию людей с ограниченными возможностями в жизни общества, предусматривающий

³⁰ Малагская декларация «На пути к полному участию людей с ограниченными возможностями как граждан». [Электронный ресурс]. URL: http://www.coe.int/t/R/Press/%5BTheme_files%5D/%5BDisabled%5D/Declaration.asp.

улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями в Европе в 2006–2015 гг. (приложение к Рекомендации Rec(2006)5, принятой Комитетом Министров Совета Европы 5 апреля 2006 г.)³¹, включает все ключевые области жизни людей с ограниченными возможностями и должным образом отражает 15 направлений действий, обеспечивающих вовлечение людей с ограниченными возможностями в жизнь общества:

- участие в политической и общественной жизни;
- участие в культурной жизни;
- информация и коммуникация;
- образование;
- занятость, профессиональная ориентация и подготовка;
- застроенная окружающая среда;
- транспорт;
- жизнь в местном сообществе;
- охрана здоровья;
- реабилитация;
- социальная защита;
- юридическая защита;
- защита от насилия и жестокого обращения;
- исследования и разработки;
- повышение уровня информированности.

Повышение информированности является ключевым фактором, который лежит в основе всего Плана действий Совета Европы для людей с ограниченными воз-

³¹ План действий Совета Европы по содействию правам и полному участию людей с ограниченными возможностями в обществе: улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями в Европе: 2006–2015 гг. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec\(2006\)5%20Russe%20Action%20Plan%20final.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Russe%20Action%20Plan%20final.pdf).

возможностями на 2006–2015 гг. Необходимо бороться с поведением, ведущим к дискриминации людей с ограниченными возможностями, распространяя доступную и объективную информацию о последствиях расстройств здоровья и инвалидности для того, чтобы способствовать лучшему пониманию потребностей и прав людей с ограниченными возможностями в обществе. Необходимо действовать для того, чтобы изменить негативное отношение к людям с ограниченными возможностями, и распространять информацию о вопросах инвалидности во всех правительственных публикациях, а также средствах массовой информации.

О реализации Плана действий Совета Европы в отношении людей с ограниченными возможностями на своей территории заявила и Российская Федерация. Министры Российской Федерации и Норвегии, представляющие органы государственной власти, в обязанность которых входит политика интеграции людей с ограниченными возможностями, собрались вместе с представителями стран-членов Совета Европы, Совета Министров Северных Стран, представителями Комитета Совета Европы по реабилитации и интеграции людей с ограниченными возможностями, а также подчиненных ему органов, государств-наблюдателей и международных организаций в Санкт-Петербурге в сентябре 2006 г. для того, чтобы объявить о начале осуществления Плана действий Совета Европы в отношении людей с ограниченными возможностями на 2006–2015 гг.

В принятой на конференции декларации «Улучшение качества жизни инвалидов в Европе: доступность, эффективность, новые подходы» отмечается, что по существующим оценкам количество инвалидов в Европе составляет 10–15% населения, основными причинами инвалидности являются заболевания, несчастные случаи и ведущие к инвалидности условия жизни пожи-

лых людей, а также то, что число инвалидов будет постоянно расти, поскольку это обусловлено, наряду с прочим, увеличивающейся продолжительностью жизни. Поэтому основанный на правах человека План действий по обеспечению интеграции и полного участия людей с ограниченными возможностями в жизни общества должен быть включен во все соответствующие направления политики на международном, национальном, региональном и местном уровнях.

Старение является объективным процессом, который происходит в течение всей жизни человека, и подготовка всех граждан к более поздним этапам жизни должна быть неотъемлемой частью социальной политики, охватывать физический, психологический, культурный, религиозный, духовный, экономический, медицинский и другие жизненные факторы.

Старение — переход к более преклонному возрасту — по существу является процессом физического, экономического, культурного, духовного и иного роста и развития. И проявляя заботу «о себе в будущем», человек на ранних этапах жизни может более ответственно и позитивно относиться к личному выбору в вопросах, связанных с образованием и развитием.

Для обеспечения оптимального хода развития на национальном уровне учитываются демографические тенденции и изменения в структуре населения, при этом имеется в виду, что старение населения оказывает воздействие на численность и соотношение различных групп, изменение коэффициентов молодых и пожилых людей в общем составе населения, величине его трудящейся части. В этой связи необходимы соответствующие коррективы в области занятости, социального страхования, инвестирования, потребления и сбережения.

Статья 23 пересмотренной в мае 1996 г. Европейской социальной хартии стала первым обязывающим поло-

жением в области прав человека, предусматривающим защиту пожилых людей. Главная цель состояла в том, чтобы обеспечить пожилым людям достойное существование и участие в жизни обществе. Для того чтобы добиться этого на практике, государства, подписавшие Хартию, должны обеспечить адаптацию их систем социального обеспечения, здравоохранения и жилищная политика были к потребностям пожилых людей.

На Второй всемирной ассамблее ООН по проблемам старения, состоявшейся в Мадриде в 2002 г., было отмечено, что XX в. ознаменовался революционными изменениями в плане увеличения продолжительности жизни людей. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 66 лет, увеличившись с 1950 г. на 20 лет, причем ожидается, что к 2050 г. она возрастет еще на 10 лет. Эта демографическая победа и стремительный рост численности населения мира в первой половине XXI в. означают, что число людей в возрасте старше 60 лет, в 2000 г. составлявшее примерно 600 млн человек, в 2050 г. увеличится до почти 2 млрд человек, а процентная доля населения мира, относимого к категории пожилых людей, согласно прогнозам, увеличится с 10% в 1998 г. до 15% в 2025 г. Такое увеличение будет особенно значительным и стремительным в развивающихся странах, где в ближайшие 50 лет ожидается четырехкратное увеличение доли пожилого населения. Самой быстрорастущей группой пожилого населения является старшая возрастная группа, то есть лица 80 лет и старше. Если в 2000 г. их было 70 млн человек, то, согласно прогнозам, за ближайшие 50 лет их число увеличится более чем в 5 раз.

По инициативе Организации Объединенных Наций Всемирная ассамблея по проблемам старения (Мадрид, 2002 г.) приняла долгосрочную стратегию и международный план действий по проблемам людей пожилого

возраста, целью которых является обеспечение возможностей пожилому населению всех стран мира возможности жить в безопасных и достойных условиях, продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправных граждан.

В международном плане действий признаются общие особенности и проблемы процесса старения и излагаются конкретные рекомендации, которые могут быть гибко адаптированы с учетом значительной специфики условий в конкретных странах и регионах. Рекомендации в отношении действий можно подразделить на три приоритетных направления:

- участие пожилых людей в развитии;
- обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте;
- обеспечение благоприятных и позитивных условий для людей всех возрастных групп.

На Варшавском саммите (май 2005 г.) главы государств и правительств государств — членов Совета Европы заявили, что в политике по содействию социальной сплоченности следует учитывать проблемы, связанные с возрастом (помимо прочих социальных и экономических аспектов). Права человека и социальные права связаны с социальной сплоченностью: сплоченность общества можно достичь лишь на основе уважения достоинства всех людей.

На основе решений Всемирной ассамблеи по проблемам старения (Мадрид, 2002) и Конференции министров Европейской экономической комиссии ООН по проблемам старения (Берлин, 2002 г.), которая приняла Европейскую региональную стратегию осуществления этого плана, Постановлением Межпарламентской Ассамблеи Евразийского экономического сообщества от 16 июня 2003 г. № 4-13 приняты «Рекомендации по имплементации международных принципов государственной по-

литики в отношении пожилых людей в правовые системы государств — членов ЕврАзЭС».

Парламенты Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики, Российской Федерации и Республики Таджикистан, уделяя постоянное внимание проблемам и социальной поддержке людей пожилого возраста, поддержали основные выводы Организации Объединенных Наций в отношении глобальных целей по проблемам старения как общую основу для действий по защите и поощрению прав пожилых людей в новой демографической ситуации.

Реализация указанных целей, практический опыт государственных и общественных организаций, а также международная практика работы по проблемам старения позволяют выделить четыре приоритетные концептуальные положения государственной политики в отношении пожилых людей:

- положение пожилых людей;
- индивидуальное развитие в течение всей жизни;
- отношения между различными поколениями;
- развитие и старение населения.

При выработке государственной политики в отношении пожилых людей необходимо учитывать неоднородность этой категории граждан, особенности положения некоторых групп пожилых людей, таких как ветераны войны и труда, мигранты, беженцы, пожилые люди без семьи, обездоленные, с ослабленным здоровьем. Пожилые люди с ослабленным здоровьем, например, нуждаются в постоянном уходе — от всесторонней поддержки в домашних условиях до ухода в рамках медицинских и попечительских учреждений, когда независимое проживание уже не представляется возможным. Предусматривается многомерный характер решения проблемы старения. Разрабатываются необходимые меры в отно-

шении пожилых людей в таких областях, как образование, занятость и гарантия доходов, жилищное строительство и окружающая среда, здравоохранение, социальная поддержка и семья.

Решения, принимаемые на национальном уровне, могут способствовать взаимодействию между поколениями, активному образу жизни пожилых людей, формированию культуры внимательного отношения к людям, в частности путем разработки программ содействия самопомощи и уходу в семье, поощрения всех вариантов обеспечения пожилым людям надлежащих жилищных условий: от домов для престарелых до муниципальных (местных) учреждений по долгосрочному уходу за престарелыми.

Осуществление прав человека и основных свобод всех пожилых людей, а также создание условий для того, чтобы пожилые люди могли принимать полноценное и эффективное участие в экономической, политической и социальной жизни общества, в частности посредством приносящего доход и добровольного труда, невозможно без создания условий доступности зданий и сооружений для пожилых людей.

Обеспечение возможностей безбарьерного передвижения пожилых людей является необходимым залогом создания оптимальных условий для участия пожилых людей в развитии общества, укрепления своего здоровья и благосостояния, а также обеспечения безопасных условий жизни, продления сроков самообслуживания, а следовательно, снижения расходов государства, общины, семьи по уходу за ними.

Пожилых людей можно смело отнести к категории граждан с ограниченной мобильностью, поэтому реализация мероприятий по обеспечению доступности помещений зданий и сооружений для данной категории граждан является актуальной задачей, так как доля

пожилых людей в общей доле численности населения продолжает в настоящее время стремительно увеличиваться.

В соответствии с четвертым принципом Декларации прав ребенка ребенок должен пользоваться благами социального обеспечения. Ему должно принадлежать право на здоровые, рост и развитие; с этой целью специальные уход и охрана должны быть обеспечены как ему, так и его матери, включая надлежащий дородовой и послеродовой уход. Ребенку должно принадлежать право на надлежащее питание, жилище, развлечения и медицинское обслуживание.

Однако, по нашему мнению, наиболее полным документом, позволяющим определить современные направления социальной политики государства, является Европейская социальная хартия (пересмотренная).

Результатом многолетней работы государств — членов Совета Европы по обеспечению своему населению социальных прав, повышения уровня жизни и социального благополучия стало принятие в 1961 г. Европейской социальной хартии (далее Хартии). Последующее развитие государств Европы, распад СССР, принятие новых членов в Совет Европы потребовали корректировки Хартии, и в 1996 г. документ был кардинально пересмотрен. Теоретическим обоснованием современной концепции социальной политики в Российской Федерации являются нормативные положения Хартии, принятые Советом Европы в мае 1996 г. От имени Российской Федерации этот документ подписан в сентябре 2000 г. и ратифицирован Федеральным законом от 3 июня 2009 г. № 101 «О ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной) от 3 мая 1996 г.».

Хартия состоит из шести частей. В первой части содержатся основные принципы социальной политики государств-участников. За основу при создании усло-

вий, обеспечивающих эффективное осуществление социальных прав, приняты трудовые отношения. Каждый должен иметь возможность зарабатывать себе на жизнь свободно выбираемым трудом (п. 1, ч. I); все работники имеют право на справедливое вознаграждение за труд, обеспечивающее им и их семьям достойный уровень жизни (п. 4, ч. I). По нашему мнению, именно эти два положения лежат в основе Хартии, определяя все остальные ее принципы. Только при условии урегулированных отношений работодателя и работника работник может иметь реальный долгосрочный источник дохода, обеспечивающий достойную жизнь ему и членам его семьи.

При рассмотрении отношений между работодателями и работниками необходимо иметь четкое представление, кто является работодателем, а кто работником. На первый взгляд работодателем является руководитель предприятия. В соответствии с уставными документами именно он имеет право принимать и увольнять работника, определять условия труда. Однако, в большинстве случаев, он и сам является работником, которого нанимают собственники предприятия. Зачастую собственники предприятия, лица, имеющие акции предприятия, являются одновременно и работодателями при утверждении кандидатуры директора предприятия, и работниками этого или другого предприятия. Аналогичная ситуация складывается и на государственной службе. Например, директор департамента субъекта Российской Федерации является, с одной стороны, работником в отношениях с администрацией субъекта, с другой стороны, работодателем для работников департамента и подведомственных ему структур.

Двойственная ситуация возникает при рассмотрении вопросов ответственности работника за благосостояние своей семьи. Являясь субъектом в отношениях между

работодателем и работником, он в тоже время является объектом в отношениях между работником и членами его семьи. Поэтому основным субъектом социальной политики Хартия определяет работника, величина вознаграждения которого за труд должна обеспечивать ему и его членам семьи достойный уровень жизни. Именно поэтому вопросы формирования отношений между работодателем и работником являются ключевыми при проведении социальной реформы в государстве.

Принципы Хартии условно можно разбить на три блока.

Первый блок включает права работников на: справедливые условия труда (п. 2, ч. I); охрану и гигиену труда (п. 3, ч. I); равные возможности и равное обращение в сфере занятости и профессиональной деятельности без дискриминации по признаку пола (п. 20, ч. I); получение информации и консультации на предприятии (п. 21, ч. I); участие в определении и в улучшении условий труда и производственной среды на предприятии (п. 22, ч. I); защиту в связи с увольнением (п. 24, ч. I); защиту своих претензий в случае неплатежеспособности работодателя (п. 25, ч. I); защиту своего достоинства в период работы (п. 26, ч. I); получение информации и консультаций в случае массовых увольнений (п. 29, ч. I).

Второй блок определяет способы защиты экономических и социальных интересов как работодателей, так и работников. К ним относятся свободное объединение в национальные или международные организации (п. 5, ч. I), ведение коллективных переговоров (п. 6, ч. I).

Третий блок посвящен вопросам обеспечения прав работника на достойную жизнь в случае его временной или полной нетрудоспособности, воспитанию молодых, заботе о больных и пожилых членах семьи. Семья, являющаяся ячейкой общества, имеет право на надлежа-

щую социальную, правовую и экономическую защиту для обеспечения ее всестороннего развития (п. 16, ч. I). Работник и члены его семьи должны иметь право на: профессиональную подготовку (п. 10, ч. I); профессиональную ориентацию с целью оказания ему помощи в выборе профессии в соответствии с его личными способностями и интересами (п. 9, ч. I); использование любых средств, позволяющих ему поддерживать здоровье в наилучшем состоянии (п. 11, ч. I); социальное обеспечение (п. 12, ч. I); социальную и медицинскую помощь (п. 13, ч. I); социальное обслуживание (п. 14, ч. I). Инвалиды должны иметь право на независимость, социальную интеграцию и участие в жизни общества (п. 15, ч. I), дети и молодежь — на надлежащую социальную, правовую и экономическую защиту (п. 17, ч. I), а также на особую защиту от физических и моральных рисков, которым они подвергаются (п. 7, ч. I). Пожилые люди должны иметь право на социальную защиту (п. 23, ч. I). Все лица с семейными обязанностями, работающие или желающие поступить на работу, имеют на это право, не подвергаясь дискриминации и по возможности без создания коллизий между своей работой и семейными обязанностями (п. 26, ч. I).

Во второй части содержатся положения, определяющие необходимый минимальный объем обязательств по каждому из перечисленных принципов, которые участники могут взять на себя.

В третьей части определен особый порядок применения норм международного права при реализации внутреннего права государства. Например, п. 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации гласит: «Общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установ-

лены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора». Однако, учитывая многообразие стран и вариантов проведения ими социальных политик, Европейская социальная хартия (пересмотренная) содержит компромисс. С одной стороны, она предусматривает полное признание государством-участником принципов, изложенных в части I хартии, как декларации целей, к достижению которых государство-участник будет стремиться всеми надлежащими средствами. С другой стороны, возможно частичное принятие обязательств, изложенных во второй части II хартии, но при соблюдении двух обязательных условий при ее ратификации государством-участником:

– по меньшей мере шести из девяти нижеследующих статей части II настоящей Хартии: 1, 5–7, 12, 13, 16, 19 и 20;

– дополнительное число статей или имеющих цифровое обозначение пунктов части II, которые она изберет, при условии, что общее число обязательных для нее статей и имеющих цифровое обозначение пунктов должно составлять не менее шестнадцати статей или шестидесяти трех из восьмидесяти шести имеющих цифровое обозначение пунктов.

Четвертая часть освещает вопросы контроля выполнения государством-участником правовых обязательств, содержащихся в Хартии. Порядок контроля определен Туринским Протоколом от 1991 г. Государство-участник обязано один раз в 2 года направлять Генеральному Секретарю Совета Европы доклад не только о реализации принятых обязательств, но и о ходе работы над обязательствами, которые оно не ратифицировало. При этом необходимо направлять копии докладов в национальные организации, входящие в состав международных организаций работодателей и работников, наиболее компе-

тентных в областях, попадающих в сферу действия Европейской социальной хартии. Доклады рассматриваются Европейским комитетом по социальным правам, который оценивает с юридической точки зрения соответствие национальных законодательств, нормативных актов и практики содержанию обязательств участника Хартии. По результатам рассмотрения ими составляется свой доклад с выводами, который публикуется и передается через Генерального секретаря в Правительственный комитет и Парламентскую ассамблею. Правительственный комитет на основе доклада Европейского комитета по социальным правам готовит решение Комитета министров о ситуации, которое, по его мнению, может стать предметом рекомендаций. Комитет министров принимает решение по всему циклу контроля и в случае необходимости дает индивидуальные рекомендации.

Пятая часть содержит положения:

- о запрете всех видов дискриминации;
- об отступлении от выполнения обязательств в случае войны или национальной угрозы;
- об ограничениях, необходимых в обществе для защиты прав и свобод других лиц, государственных интересов, национальной безопасности, здоровья населения или общественной нравственности;
- об отношениях между Хартией и внутренним правом или международным соглашением, которые допускают наличие других правовых актов, обеспечивающих более благоприятные условия для лиц, находящихся под их защитой;
- о способе выполнения взятых на себя обязательств посредством:
 - а) законов и нормативных правовых актов;
 - б) соглашений между работодателями и организациями работодателей и организациями работников;

в) того или иного сочетания указанных двух способов либо иными подходящими способами;

– порядок принятия поправок положений Хартии.

Шестая часть определяет порядок подписания, ратификации и вступления в силу положений Хартии.

Хартия — это многосторонний документ, определяющий и защищающий социальные права человека, являющихся важной частью основных прав и свобод человека, которые Совет Европы обязался защищать и развивать в духе общественных ценностей.

Российская Федерация в июне 2009 г. ратифицировала Европейскую социальную хартию (пересмотренную), приняв на себя обязательства в отношении положений предусмотренных: частью I; статей 1; пунктами 1, 3–7 статьи 2; статьей 3; пунктами 2–5 статьи 4; статьями 5–11; пунктом 1 статьи 12; статьей 14; пунктами 1 и 2 статьи 15; статьями 16 и 17; пунктом 4 статьи 18; пунктами 5 и 9 статьи 19; статьями 20–22, 24, 27–29 части II Хартии.

Принятие этих разделов стало возможным, поскольку действующее законодательство Российской Федерации уже содержало необходимые положения, а следовательно, определено их финансовое обеспечение. Объем не принятых обязательств требует от органов государственной власти выполнения значительной работы по приведению внутреннего федерального законодательства и законодательства субъектов Российской Федерации в соответствие с нормами международного права, что в дальнейшем позволит расширить перечень принятых на себя обязательств.

В настоящее время Российская Федерация исключила из перечня принимаемых на себя обязательств положения, которые направлены на социальную интеграцию инвалидов и их активное участие в жизни общества, в

частности, путем предоставления технических средств, позволяющих преодолевать препятствия, ограничивающие их общение, передвижение, доступ к транспорту, жилью, культурной деятельности и полноценному досугу (п. 3 ст. 15 Хартии). Поэтому данный вопрос требует детальной научной проработки, чтобы в дальнейшем социальные права этой группы населения были надежно защищены.

5. Правовой аспект

Точкой отчета при изучении нормативно-правового обеспечения создания условий для беспрепятственного доступа инвалидов к социальной инфраструктуре в целях обеспечения им равных со всеми гражданами возможностей в реализации прав и свобод, устранения ограничений их жизнедеятельности, создания благоприятных условий, позволяющий инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической и политической жизни общества, а также выполнять свои гражданские обязанности, в современной России можно считать Закон СССР от 11 декабря 1990 г. № 1826-1 «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР», определивший основные положения государственной политики в отношении инвалидов.

Государство взяло на себя обеспечение социальной защиты инвалидов, создание им условий для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета потребности инвалидов в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательствах видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Закон регламентировал вопросы создания государственными органами, предприятиями, учреждениями и организациями условий для беспрепятственного доступа инвалидов к социальной инфраструктуре:

- обеспечение инвалидам доступа к жилым зданиям и иным объектам социальной инфраструктуры;

- учет потребностей инвалидов при проектировании и строительстве объектов социальной инфраструктуры;
- приспособление действующих объектов социальной инфраструктуры для использования инвалидами;
- приспособление жилых помещений для доступа и пользования инвалидами;
- экономическая ответственность за невыполнение обязанностей по обеспечению доступа инвалидов к транспорту и другим объектам социальной инфраструктуры;
- обеспечение инвалидам доступа в культурно-зрелищные учреждения и спортивные сооружения;
- участие предприятий, учреждений и организаций в финансировании строительства, оборудовании и содержании социально-культурных объектов и спортивных сооружений для инвалидов;
- социально-бытовое обслуживание инвалидов;
- льготы предприятиям и организациям, производящим товары и технические средства для инвалидов.

Отражены в законе и вопросы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, представляющей собой комплекс мер, направленных на восстановление и компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей к самообслуживанию и различным видам профессиональной деятельности, а также позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни и обеспечивающих им реализацию своих прав и потенциальных возможностей.

Основным механизмом в создании условий обеспечения прав инвалида является индивидуальная программа медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, определяемой на основе медико-

социальной экспертизы, в которой определяются конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, а также виды социальной помощи инвалиду.

Законодательно закреплено, что индивидуальная программа реабилитации, представляемая инвалидом, является документом обязательным для исполнения государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями.

Кроме того, в соответствии с индивидуальной программой государство гарантировало инвалидам создание необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки. Органы образования совместно с органами здравоохранения и социального обеспечения обязаны обеспечивать дошкольное и внешкольное воспитание детей-инвалидов, получение инвалидами общего, среднего, среднего специального и высшего образования. В целях создания благоприятных возможностей для получения образования в дошкольных и учебных заведениях общего типа должны предусматриваться условия для пребывания в них инвалидов.

Реализация творческих и производственных способностей инвалидов с учетом индивидуальных программ реабилитации обеспечивается правом работы на предприятиях, в учреждениях и организациях с обычными условиями труда, на специализированных предприятиях, в цехах и на участках, применяющих труд инвалидов, а также правом заниматься индивидуальной и иной трудовой деятельностью, не запрещенной законом. Инвалидам, занятым на предприятиях, в учреждениях и организациях, должны быть созданы необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Социальная помощь инвалидам, оказываемая в виде обеспечения техническими и иными средствами, вклю-

чая автомобили, кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру и сигнализаторы, оказания услуг по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и бытовому обслуживанию, должна быть определена в индивидуальной программе реабилитации.

После распада СССР в 1991 г. Россия стала самостоятельным государством, появилась необходимость в упорядочивании практически всей нормативно-правовой базы, регулирующей процессы, происходящие в стране. Предпринятые обществом первые шаги в этом направлении характеризуются: созданием конституционных основ правового регулирования в отношении инвалидов; верховенством конституции Российской Федерации над текущим законодательством; всеобъемлющим и определяющим характером общего, прежде всего гражданского законодательства перед специальным, отраслевым законодательством; ограниченным действием региональных нормативных актов.

Согласно Конституции (ст. 7) Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Главная задача социального государства — достижение такого общественного прогресса, который основывается на закрепленных правом принципах социального равенства. Разновидностью социального неравенства является неравенство, связанное невозможностью беспрепятственного доступа в помещения зданий и сооружений из-за состояния здоровья и возраста. Социальное государство гарантирует социальное обеспечение всем гражданам во всех случаях, установленных законом.

Развитие российского общества предполагает определение основных направлений социальной политики го-

сударства, реализация которых на практике обеспечивает основные элементы социальной стабильности. В их число входят: охрана труда и здоровья людей; установление гарантированного федеральным законом минимального размера оплаты труда; обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых людей, развитие системы социальных служб, развитие системы социальных пособий и иных гарантии социальной защиты. В этих целях государственная политика направлена на обеспечение равных возможностей в реализации прав и свобод всем гражданам, независимо от национальности, пола, возраста, социального положения, состояния здоровья, включая социальное обеспечение.

Разграничения предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти органами государственной власти субъектов Российской Федерации, определенное в статьях 71, 72, 73 Конституции РФ, касаются в том числе и защиты прав и свобод человека.

Установленные Конституцией основы государственного устройства в части предметов совместного ведения в отношении инвалидов были уточнены и детализированы Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В соответствии с ним в компетенцию федеральных органов государственной власти Российской Федерации в области социальной защиты инвалидов, определяемой как система гарантированных государством мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равным с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, кроме прочих, входят:

– определение государственной политики в отношении инвалидов;

– принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации о социальной защите инвалидов;

– установление стандартов на технические средства реабилитации, средства связи и информатики, установления норм и правил, обеспечивающих доступность для инвалидов среды жизнедеятельности, определение соответствующих сертификационных требований;

– разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты инвалидов, контроль их исполнения.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в области социальной защиты и социальной поддержки инвалидов в соответствии с действующим законодательством имеют право:

– участия в реализации государственной политики в отношении инвалидов на территории субъекта;

– принятия в соответствии с федеральными законами законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации;

– участия в определении приоритетов в осуществлении социальной политики в отношении инвалидов на территориях субъектов Российской Федерации с учетом уровня социально-экономического развития этих территорий;

– разработки, утверждения и реализации региональных программ в области социальной защиты инвалидов в целях обеспечения им равных возможностей и социальной интеграции в общество, а также право осуществления контроля их реализации;

– осуществления обмена с уполномоченными федеральными органами исполнительной власти ин-

формацией о социальной защите инвалидов и об оказании им социальной поддержки;

- предоставления дополнительных мер социальной поддержки инвалидам за счет средств бюджетов Российской Федерации;

- содействия трудовой занятости инвалидов, в том числе стимулирования создания специальных рабочих мест для их трудоустройства;

- осуществления деятельности по подготовке кадров в области социальной защиты инвалидов;

- финансирования научных исследований, научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в области социальной защиты инвалидов;

- содействия общественным объединениям инвалидов.

Регламентация отношений в области социальной защиты инвалидов в наибольшей степени была обусловлена происходящими с 2000 г. переменами в организации публичной власти, к которым относятся:

- реформа местного самоуправления;

- перераспределение полномочий между органами государственной власти и местного самоуправления;

- совершенствование структуры федеральных органов исполнительной власти).

Именно в этот период нормы Федерального закона «О социальной защите инвалидов» подверглись наибольшему качественным изменениям.

Законодательно закреплено, что медико-социальную экспертизу, подразумевающую определение потребностей человека в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, осуществляют федеральные учреждения медико-социальной экспертизы, на которые возлагаются следующие функции:

- 1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, по-

требности инвалида в различных видах социальной защиты;

2) разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;

3) изучение уровня и причин инвалидности населения;

4) участие в разработке комплексных программ реабилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;

5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности;

6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего.

При разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида учитываются перемены, происходящие в экономике на современном этапе. Индивидуальная программа реабилитации — разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Вопросы обеспечения доступа инвалидов к объектам здравоохранения, образования, культуры, отдыха, спорта и иным объектам социально-культурного и коммунально-бытового назначения, объектам транспорта, торговли, общественного питания, объектам делового, административного, финансового, религиозного назначения, объектам жилищного фонда отражены и в Градостроительном кодексе РФ, введенным в действие Федеральным законом от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ, который предусматривает включение в состав проектно-сметной документации перечень мероприятий по обеспечению доступа инвалидов к вышеперечисленным объектам.

Кроме законодательного регулирования, осуществляется и регулирование деятельности в области социальной защиты инвалидов подзаконными нормативными актами. К правовым актам, регулирующим обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, являющейся составной частью социальной защиты инвалидов, относятся:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 1996 г. № 1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 января 2000 г. № 36 «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 годы».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2005 г. № 832 «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы».

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 февраля 2008 г. № 87 «О составе раз-

делов проектной документации и требованиях к их содержанию».

5. Строительные нормы и правила 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения», принятые и введенные в действие с 1 сентября 2001 г. Постановлением Госстроя России от 16 июля 2001 г. № 73, а также другие строительные правила 35-го комплекса системы нормативных документов в строительстве «Обеспечение доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 1996 г. № 1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры» обеспечение эффективного выполнения мероприятий по реализации социальной защиты инвалидов возложено на федеральные исполнительные органы Российской Федерации. Кроме того, на территориальные органы социальной защиты населения возложена координация работ по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры, а также контроль над выполнением нормативных требований в части обеспечения доступа инвалидов к средствам общественного пассажирского транспорта, связи и информации, строящимся и реконструируемым объектам социальной инфраструктуры.

Федеральные целевые программы содержат конкретные мероприятия, направленные на решение следующих задач:

- создание системы реабилитационных и экспертных организаций, обеспечивающих реабилитацию инвалидов и интеграцию их в общество;
- дальнейшее развитие реабилитационной индустрии как промышленной основы системы комп-

лексной реабилитации инвалидов, формирование национального рынка технических средств реабилитации и реабилитационных услуг;

- оснащение оборудованием реабилитационных организаций;

- обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры;

- осуществление мероприятий по поддержке предприятий, находящихся в собственности общероссийских общественных организаций инвалидов, в целях создания дополнительных рабочих мест.

Текущее управление федеральной целевой программой «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 годы» была возложена Правительством Российской Федерации на дирекцию Программы, возглавляемую заместителем Министра труда и социального развития Российской Федерации. К участию в реализации Программы привлекались федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, различные организации, в том числе научные учреждения, на основе государственных контрактов (договоров), заключаемых в установленном порядке Министерством труда и социального развития Российской Федерации со всеми исполнителями программных мероприятий. Министерству труда и социального развития Российской Федерации дано право с учетом выделяемых на реализацию Программы финансовых средств ежегодно уточнять целевые показатели и затраты по программным мероприятиям, механизм реализации Программы и состав исполнителей.

В связи с реорганизацией федеральных органов исполнительной власти предусмотрен несколько другой механизм реализации федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы». Государственным заказчиком — координатором

Программы является Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а государственными заказчиками Программы — Министерство обороны Российской Федерации, Министерство внутренних дел Российской Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществляет руководство и текущее управление реализацией Программы, координирует деятельность государственных заказчиков Программы, разрабатывает в пределах своей компетенции нормативные правовые акты, необходимые для реализации Программы, проводит анализ и формирует предложения по рациональному использованию финансовых ресурсов Программы, подготавливает ежегодно в установленном порядке предложения по уточнению перечня программных мероприятий на очередной финансовый год, уточняет механизм реализации Программы и размер затрат на реализацию программных мероприятий. Реализация Программы осуществляется на основе государственных контрактов на закупку и поставку продукции для федеральных государственных нужд.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации готовит ежеквартально на основе информации, представленной государственными заказчиками Программы, доклад о ходе ее реализации, который представляется в установленном порядке в Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ежегодно представляет в Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации и Министерство финансов Российской Федерации уточненные показатели эффективности

реализации Программы на соответствующий год и отчитывается о ходе ее выполнения.

В целях реализации положений статьи 48 Градостроительного кодекса РФ постановлением Правительства Российской Федерации от 16 февраля 2008 г. № 87 «О составе разделов проектной документации и требованиях к их содержанию» предписывается обязательное включение в проектную документацию раздела «Мероприятия по обеспечению доступа инвалидов». Текстовая часть раздела должна содержать: перечень мероприятий по обеспечению доступа инвалидов к объектам, предусмотренным пунктом 10 части 12 статьи 48 Градостроительного кодекса Российской Федерации; обоснование принятых конструктивных, объемно-планировочных и иных технических решений, обеспечивающих безопасное перемещение инвалидов на объектах, указанных в подпункте «а» указанного пункта, а также их эвакуацию из указанных объектов в случае пожара или стихийного бедствия; описание проектных решений по обустройству рабочих мест инвалидов (при необходимости). Графическая часть должна содержать схему планировочной организации земельного участка (или фрагмент схемы), на котором расположены объекты, с указанием путей перемещения инвалидов, поэтажные планы зданий (строений, сооружений) объектов капитального строительства с указанием путей перемещения инвалидов по объекту капитального строительства, а также путей их эвакуации.

Нормативной базой, регламентирующей мероприятия по адаптации среды жизнедеятельности в соответствии с потребностями инвалидов и других маломобильных групп населения, является комплекс № 35 отраслевых нормативных документов федерального уровня в области проектирования и строительства, в котором учтен опыт отечественных и зарубежных специали-

стов в освещаемой области. Основным документом комплекса является СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

Таким образом, нормативно-правовое обеспечение доступности инвалидами объектов социальной сферы в современной России в значительной степени структурировано, состоит из различных видов правового регулирования.

6. Финансовый аспект

В настоящее время обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений для человека носит заявительный характер. В соответствии нормативными правовыми документами медико-социальная экспертиза гражданина производится путем его направления его учреждением здравоохранения или органом социальной защиты населения в соответствующее учреждение по месту жительства либо по месту прикрепления к государственному или муниципальному лечебно-профилактическому учреждению здравоохранения. В случае, если в соответствии с заключением учреждения здравоохранения лицо не может явиться в учреждение по состоянию здоровья, медико-социальная экспертиза может проводиться на дому, в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно на основании представленных документов.

Далее руководитель учреждения назначает состав специалистов учреждения, проводящих медико-социальную экспертизу лица и принимающих экспертное решение о признании лица инвалидом. Учреждение обязано ознакомить гражданина в доступной для него форме с порядком и условиями проведения медико-социальной экспертизы. Гражданин либо его законный представитель имеет право привлекать любого специалиста для участия в проведении медико-социальной экспертизы с правом совещательного голоса.

Специалисты учреждения, проводящие медико-социальную экспертизу, рассматривают представленные сведения (клинико-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические и другие данные), проводят личный осмотр гражданина,

оценивают степень ограничения его жизнедеятельности и коллегиально обсуждают полученные результаты.

Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Лицу, признанному в установленном порядке инвалидом, выдаются справка, подтверждающая факт установления инвалидности, а также индивидуальная программа реабилитации.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида представляет собой комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 ноября 2004 г. № 287 и зависит от видов реабилитации (медицинская, профессиональная, социаль-

ная и психолого-педагогическая реабилитация (для детей в возрасте до 18 лет)).

Индивидуальная программа реабилитации инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Она содержит перечень реабилитационных мероприятий, предоставляемых инвалиду с освобождением от платы, и реабилитационных мероприятий, в оплате которых принимает участие сам инвалид либо другие лица или организации. При этом объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, не может быть меньше установленного федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 21 октября 2004 г. № 1343-р, в котором не содержится требования к обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений.

Таким образом, бремя решения проблемы по обеспечению доступа помещений зданий и сооружений населенного пункта ложится на плечи инвалида, семьи, органов социальной защиты.

Проведение социальных реформ, разграничение полномочий по предметам ведения между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления выдвигает на первый план проблемы эффективного использования финансовых ресурсов в социальной сфере.

Формированием расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации осуществляется в соответствии с расходными обязательствами, обусловленными

установленным законодательством РФ разграничением полномочий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления, исполнение которых согласно федеральному законодательству, международным или иным договорам и соглашениям должно происходить в очередном финансовом году за счет средств соответствующего бюджета³². Поэтому финансовый аспект обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения необходимо рассматривать с двух сторон: во-первых, законодательное закрепление полномочий соответствующего органа власти, во-вторых — непосредственно величину финансовых средств, предусматриваемых в бюджетах.

В настоящее время в Российской Федерации полномочия органов государственной власти местного самоуправления по обеспечению условий беспрепятственного доступа помещений законодательно закреплено только в отношении инвалидов, не самой многочисленной маломобильной группе, и отражены в следующих Федеральных законах:

— от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее — Закон «О социальной защите инвалидов»), определяющий государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ, а также в соответствии с общепризнанными принципами нормами международного права и международными

³² Бюджетный кодекс РФ. Ст. 65.

договорами Российской Федерации (с изменениями и дополнениями);

– от 29 декабря 2004 г. № 190-ФЗ «Градостроительный кодекс Российской Федерации» (далее Градостроительный кодекс РФ), регулирующий отношения по территориальному планированию, градостроительному зонированию, планировке территорий, архитектурно-строительному проектированию, отношения по строительству объектов капитального строительства, их реконструкции, а также капитальному ремонту, при проведении которого затрагиваются конструктивные и другие характеристики надежности и безопасности таких объектов (далее — градостроительные отношения);

– от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» (далее Кодекс РФ об административных правонарушениях) обеспечивающий защиту личности, охрану прав и свобод человека и гражданина, здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, окружающей среды, установленного порядка осуществления государственной власти, общественного порядка и общественной безопасности, собственности, а также защиту законных экономических интересов физических и юридических лиц, общества и государства от административных правонарушений, предупреждение административных правонарушений.

Следует отметить, что вопросы обеспечения доступа помещений зданий и сооружений населенного пункта не нашли должного отражения в Федеральных законах от 6 октября 1999 г. № 181-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (с изменениями) и от 6 ок-

тября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (с изменениями). В них не определены полномочия федеральных органов, органов государственной власти субъекта Российской Федерации, местного самоуправления по данному вопросу, следовательно, и вопросы их финансового обеспечения.

Согласно статьи 15 Закона «О социальной защите инвалидов», «Правительство Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и организации независимо от организационно-правовых форм создают условия инвалидам (включая инвалидов использующих кресла-коляски и собак-проводников) для беспрепятственного доступа к объектам социальной инфраструктуры (жилым, общественным и производственным зданиям, строениям, сооружениям, спортивным сооружениям, местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям). <...> Государственные и муниципальные расходы на <...> создание условий инвалидам беспрепятственного доступа к объектам инженерной, транспортной и социальной инфраструктур осуществляются в пределах ассигнований, ежегодно предусматриваемых на эти цели в бюджетах всех уровней. Расходы на проведение указанных мероприятий, не относящиеся к государственным и муниципальным расходам, осуществляется за счет других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации».

В данной статье нет привязки зданий и сооружений к их собственникам, но, исходя из логики рассуждения, можно предположить, что Правительство Российской Федерации, помимо прочих обязательств, несет ответственность за создание условий доступа в помещения, занимаемые федеральными органами власти, вне зави-

симости от того, находятся они собственности, в оперативном управлении или арендованы. Аналогично субъекты Российской Федерации — в помещениях, занимаемых государственными органами субъекта Российской Федерации, органы местного самоуправления — в помещениях, занимаемых органами местного самоуправления, организации независимо от форм собственности — в помещениях, занимаемых ими. Обеспечение условий беспрепятственного доступа инвалидов в помещения зданий и сооружений населенного пункта должны быть определены не только в пределах зданий или сооружений, но и в границах земельных участков, на которых эти здания или сооружения расположены. Кроме того, для государственных органов власти и органов местного самоуправления должна быть определена их ответственность в пределах полномочий по предметам ведения, которые прямо или косвенно затрагивают интересы инвалидов.

Считается, что финансовое обеспечение мероприятий по созданию полноценной системы комплексной реабилитации инвалидов и интеграции их в общество, выполнение объемных и требующих длительных сроков реализации инвестиционных и научно-технических проектов, координация усилий различных органов государственной власти, негосударственных организаций возможны только при использовании программно-целевого метода.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 сентября 2005 г. № 1515-р утверждена Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» (далее — Программа), являющаяся логическим продолжением федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 годы». Реализация многих мероприятий Программы осуществляется за счет средств федерально-

го бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации на принципе софинансирования, а также внебюджетных средств (средств общероссийских общественных организаций инвалидов). Программой предусмотрено, что субъекты Российской Федерации и органы местного самоуправления разрабатывают региональные, муниципальные программы, финансируемые за счет средств соответствующего бюджета, с аналогичным названием и квалификационными признаками, применяемыми для программ, или отдельные региональные проекты.

Важнейшими целевыми индикаторами и показателями Программы являются:

- удельный вес численности реабилитированных инвалидов в общей численности инвалидов, ежегодно переосвидетельствуемых в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;
- количество реабилитированных инвалидов, в том числе инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы;
- количество частично реабилитированных инвалидов.

Для достижения целей Программы определены финансовые средства, с разбивкой по годам, необходимые для реализации указанных выше мероприятий, направленных на решение следующих задач:

- создание системы реабилитационных и экспертных организаций, обеспечивающих реабилитацию инвалидов и интеграцию их в общество;
- дальнейшее развитие реабилитационной индустрии как промышленной основы системы комплексной реабилитации инвалидов, формирование национального рынка технических средств реабилитации и реабилитационных услуг;

- оснащение оборудованием реабилитационных организаций;
- обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры;
- осуществление различных мероприятий по поддержке предприятий, находящихся в собственности общероссийских общественных организаций инвалидов, в целях создания дополнительных рабочих мест.

Перечень мероприятий Программы (приложение № 3) в части обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры включает в себя разработку проектов национальных стандартов, устанавливающих требования по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, информации и связи, транспорта, к объектам транспортной инфраструктуры (п. 20).

Таким образом, федеральные органы власти ограничились только финансированием разработки нормативных правовых актов, а обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов в помещения, где находятся федеральные структуры, остались без должного финансового обеспечения.

Субъекты Российской Федерации, органы местного самоуправления, с учетом местных особенностей, аналогично федеральным государственным органам власти разрабатывают и реализуют целевые программы по созданию полноценной системы комплексной реабилитации инвалидов и интеграции их в общество.

Постановлением администрации Архангельской области от 13 февраля 2007 г. № 22-па утверждена Концепция государственной поддержки и реабилитации инвалидов в Архангельской области (далее — Концепция), которая представляет собой комплекс за-

дач и приоритетов региональной политики по формированию эффективной системы социальной поддержки и комплексной реабилитации инвалидов на период до 2011 г. Основными задачами по созданию окружающей среды, доступной для инвалидов, согласно Концепции являются: оборудование и приспособление общественных зданий и их помещений, а также пространства вне зданий для доступа и пользования инвалидами; применение принципов универсального дизайна; обучение специалистов для работы в сфере проектирования и строительства; использование вспомогательного оборудования и технологических решений для улучшения доступности застроенной окружающей среды; планирование эвакуации населения в чрезвычайных ситуациях с учетом обеспечения безопасности инвалидов.

Концепция не обозначает и не ставит задачи по решению проблемы беспрепятственного передвижения инвалидов в жилых домах и на территориях, к ним прилегающих. Отсутствует понимание необходимости обеспечения возможности передвижения не только для инвалидов, но и других маломобильных групп, для которых проблемы передвижения являются также актуальными.

Вопросы содержания и использования муниципального жилищного фонда и обустройства населенных пунктов в соответствии с законодательством Российской Федерации о местном самоуправлении относятся к числу вопросов местного значения, однако жилищное строительство за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, а также содержание и развитие объектов инженерной, социальной и транспортной инфраструктуры, обслуживающих жилищную сферу, контроль за исполнением законодательства в жилищной сфере возложены как органы местно-

го самоуправления, так и органы государственной власти. Поэтому обеспечение беспрепятственного передвижения граждан в жилых домах не может быть игнорировано при реализации Концепции.

В соответствии с распоряжением администрации Архангельской области от 24 июня 2008 г. № 112ра/18 «Об утверждении перечней долгосрочных и ведомственных целевых программ Архангельской области, принимаемых к разработке в 2008 г., отдельных показателей областного бюджета на 2009 г. и на период до 2011 г. в части целевых программ Архангельской области и областной адресной инвестиционной программы (непрограммной части)» администрация Архангельской области Постановлением от 22 сентября 2008 г. № 216-па/33 утвердила долгосрочную целевую программу Архангельской области «Развитие массового жилищного строительства в Архангельской области на 2009–2012 годы» (далее — Программа).

Целью Программы является комплексное решение проблемы перехода к устойчивому функционированию и развитию жилищной сферы, обеспечивающее доступность (финансовую) жилья для граждан, безопасные и комфортные условия проживания в нем.

Программа предусматривает решение следующих задач:

- увеличение объемов жилищного строительства;
- создание эффективных и устойчивых организационных и финансовых механизмов обеспечения земельных участков под жилищное строительство, в том числе под малоэтажное и индивидуальное жилищное строительство, коммунальной и инженерной инфраструктурой;
- строительство и приобретение жилья для переселения граждан из жилищного фонда, признанного непригодным для проживания;

– развитие системы ипотечного жилищного кредитования.

Можно предположить, что при увеличении объемов жилищного строительства вопросы обеспечения доступности помещений зданий и сооружений для маломобильных групп населения будут решены автоматически, так как на федеральном уровне приняты соответствующие нормативные правовые акты, регулирующие отношения в данной области доступа. Это Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; Градостроительный кодекс Российской Федерации; СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения»³³.

Однако в абзаце втором пункта 1.1 главы 1 «Общие положения» СНиП 35-01-2001 указывается, что перечень объектов, доступных для инвалидов и других маломобильных групп населения, расчетное число и категория инвалидов, а также группа мобильности маломобильных групп населения устанавливаются зада-

³³ СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» является основным документом 35-го комплекса системы нормативных документов в строительстве «Обеспечение доступной среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения». В развитие положений СНиП 35-01-2001 разработаны следующие своды правил: СП 35-101-2001 «Проектирование зданий и сооружений с учетом доступности для маломобильных групп населения. Общие положения»; СП 35-102-2001 «Жилая среда с планировочными элементами, доступными инвалидам»; СП 35-103-2001 «Общественные здания и сооружения, доступные маломобильным посетителям»; СП 35-104-2001 «Здания и помещения с местами труда для инвалидов»; СП 35-105-2002 «Реконструкция городской застройки с учетом доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения» и др.

нием на проектирование и утверждается в установленном порядке по согласованию с территориальным органом социальной защиты населения и с учетом мнения общественных объединений инвалидов. Далее в пункте 1.2 указывается, что требования настоящего документа распространяются только на функционально-планировочные элементы зданий и сооружений, их участков или отдельные помещения, доступные для маломобильных групп населения, как то: входные узлы, коммуникации, пути эвакуации, помещения (зоны) проживания, обслуживания и места приложения труда, а также их информационное и инженерное обустройство.

Обеспечение доступности только части помещений зданий и сооружений, а не всего здания, уже нарушает права тех категорий граждан, которые мы отнесли к маломобильным группам населения. Следует принять во внимание, что архитектурно-планировочное задание на строительство или реконструкцию зданий и сооружений утверждает заказчик, который в целях экономии ресурсов предусматривает минимальные расходы по обеспечению доступа. Как показывает практика, обычно все сводится в основном к устройству пандуса при входе в здание или оборудованию одной или нескольких квартир, в отношении которых на уровне первого этажа выполняются все необходимые требования, предусмотренные строительными нормами и правилами.

Таким образом, при формировании государственной политики необходим переход от обеспечения условий беспрепятственного передвижения инвалидов, использующих инвалидные коляски, в рамках индивидуальной программы реабилитации, к обязательному требованию обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения при модернизации ста-

рых и строительстве новых зданий и сооружений за счет средств собственников.

Создание условий беспрепятственного доступа в помещения зданий и сооружений инвалидов (включая использующих кресла-коляски и собак-проводников), а также для беспрепятственного использования ими транспорта, средств связи и информации возложено Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления, которые они осуществляют в пределах ассигнований, предусматриваемых на эти цели в соответствующем бюджете.

В Архангельской области постановлением администрации от 28 ноября 1997 г. № 434 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры» администрациям муниципальных образований городов и районов области рекомендовано при участии общественных объединений инвалидов обеспечить доступность для инвалидов объектов муниципальной и иных видов собственности, расположенных на территории муниципального образования.

В целях реализации социальной политики в области формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности решением Архангельского городского Совета депутатов от 26 ноября 2003 г. № 248 утверждена городская программа «Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к муниципальным объектам социальной инфраструктуры на 2004–2008 годы», которая предусматривает финансирование в размере 21,3 млн рублей. Размеры бюджетных ассигнований, изменявшиеся с учетом бюджета формируемого года, приведены в таблице 4.

Таблица 4

**Динамика ежегодного финансирования реализации
архангельской городской программы «Обеспечение
беспрепятственного доступа инвалидов к муниципальным объектам социальной инфраструктуры на
2004–2008 годы» (тыс. руб.)**

Разделы программы	2004	2005	2006	2007	2008	Итого
Реконструкция входов в здание, оборудование пандусами, поручнями, облегчающими доступ инвалидам	2857,4	3849,7	2681,5	3038,0	2046,2	14472,8
Установка специальных туалетов	150,0	910,0	362,0	398,0	436,0	2256,0
Оборудование зданий специальными подъемниками			1360,0		760,0	2120,0
Обеспечение специальными автобусами для перевозки инвалидов и детей-инвалидов		350,0				350,0

Разделы программы	2004	2005	2006	2007	2008	Итого
Формирование условий для беспрепятственного передвижения граждан с ограниченными возможностями	410,0	461,0	504,0	549,0	183,0	2107,0
Итого	3417,4	5570,7	4907,5	3985,0	3425,2	21305,8

Программой предусмотрены: реконструкция входов в здание мэрии города, зданий администраций и отделов социальной защиты населения территориальных округов, муниципальных учреждений здравоохранения, образования, культуры и спорта; устройство туалетов в здании мэрии и некоторых объектах здравоохранения; приобретение одного автобуса для перевозки инвалидов; установка на пешеходных переходах улиц города девяти светофоров со звуковым сопровождением, синхронно дублирующим световой сигнал; оборудование пяти автобусных остановок; устройство на тротуарах специальных спусков, оборудование спусками лестничных маршей первых этажей, а также поручнями при входах в подъезды домов, где проживают инвалиды с нарушением опорно-двигательного аппарата (100 подъездов в различных домах); организация в муниципальных ремонтно-эксплуатационных предприятиях города приема заявок по телефону от инвалидов.

Реализация на практике указанной выше муниципальной программы показала низкую эффективности использования финансовых средств. Построены панду-

сы при входе в муниципальные зданиях, но к ним не подъехать, нередко случаи, когда в начале или конце пандуса устроена ступенька³⁴, не коснулась эта программа модернизации входных тамбуров в здания и сооружения.

Мероприятия, предусмотренные Программой, не позволяют в полной мере обеспечить существенного улучшения положения по организации беспрепятственного доступа даже в здание мэрии города. После реализации Программы попасть на первый этаж гражданину в инвалидной коляске практически невозможно из-за узких входных дверей и многоступенчатой лестницы, ведущей от вестибюля здания до уровня первого этажа.

Финансовые и материальные средства затрачены, но повышения доступности муниципальных зданий не произошло, так как любое препятствие на пути передвижения маломобильных групп населения по маршруту: жилая квартира — лифт — выезд из жилого дома — общественный транспорт — тротуар — въезд в здание — лифт — передвижение по этажу к месту получения необходимой услуги и обратно сводит на нет все усилия по обеспечению доступа зданий и сооружений.

В связи с необходимостью обеспечения проведения комплексных мероприятий по обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения рассмотрим распределение бюджетных ассигнований на реализацию городских целевых программ на 2009 г., прямо или косвенно касающихся вопросов обеспечения доступа (табл. 5).

³⁴ Ламов И. Ф. Обеспечение доступа помещений для маломобильных групп населения: финансовый аспект // Экономика и управление. 2010. № 1.

Таблица 5

Распределение бюджетных ассигнований на реализацию городских целевых программ на 2009 г., затрагивающих вопросы обеспечения доступа инвалидами

№ п/ п	Наименование городской целевой программы	Сумма, тыс. руб.
1	Физкультура — здоровье — спорт	17 900
2	Обеспечение жильем молодых семей города Архангельска	5000
3	Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к муниципальным объектам социальной инфраструктуры на 2009 г.	8000
4	Строительство социального жилья для переселения граждан из непригодного для проживания (аварийного) жилищного фонда в городе Архангельске на 2009–2011 гг.	182 000
5	Строительство объектов социальной инфраструктуры (2009–2011 гг.)	75 960
6	Строительство спортивных площадок и прогулочных участков при муниципальных дошкольных учреждениях на 2009–2011 гг.	2100
7	Развитие города Архангельска как областного центра Архангельской области на 2009–2010 гг.	101 800
8	Строительство, реконструкция и эксплуатация детских спортивных площадок на 2006–2009 гг.	5600
9	Капитальный ремонт муниципальных учреждений социальной сферы на 2008–2010 гг.	424 017
10	Развитие жилищного строительства и инженерной инфраструктуры на территории города Архангельска на 2007–2010 гг.	80 640

№ п/ п	Наименование городской целевой программы	Сумма, тыс. руб.
11	Городская целевая программа по проведению капитального ремонта многоквартирных домов на 2009 г.	50 000
12	Ремонт и устройство тротуаров, дворовых и внутриквартальных проездов муниципального образования «Город Архангельск» на 2009 г.	60 000
13	Модернизация объектов коммунальной инфраструктуры города Архангельска на 2009 г.	105 000
	Итого	1 118 017

В муниципальном бюджете города Архангельска предусматриваются финансовые средства на строительство и ремонт дорог и тротуаров города, модернизацию жилищно-коммунального хозяйства, новое строительство, ремонт объектов социальной инфраструктуры, которые не входят в целевую программу по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов, но по существу именно они обеспечивают беспрепятственное передвижение маломобильных групп населения.

На городскую целевую программу «Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к муниципальным объектам социальной инфраструктуры на 2009 год» предусмотрено выделение 8 млн рублей. Можно предположить, что финансовые средства на обеспечение доступа инвалидов ограничены рамками указанной программы. Однако, исходя из логики рассуждений, на реализацию других городских программ, приведенных в таблице 5, выделены финансовые средства в размере 1118 млн рублей из 1490 млн рублей, предусмотренных на реализацию всех городских инвестиционных про-

грамм в 2009 г., или 75% средств. Поэтому акцент должен быть смещен в сторону реализации технических решений по обеспечению доступности помещений зданий и сооружений при уже выделенных финансовых средствах.

Существующая практика финансирования мероприятий в области обеспечения доступа инвалидами помещений зданий и сооружений показала, что в рамках целевой программы социальной поддержки инвалидов невозможно обеспечить получение положительного результата по следующим причинам:

– во-первых, на территории населенного пункта расположены здания и сооружения, принадлежащие различным юридическим и физическим лицам. Нередко объекты недвижимости в целом, а чаще отдельные помещения сдаются ими в аренду другим юридическим или физическим лицам для осуществления различных видов деятельности. С течением времени собственники зданий и сооружений или их арендаторы меняются, что часто сопровождается сменой видов деятельности. Описать все особенности этого постоянно изменяющегося процесса с точки зрения обеспечения доступности зданий и сооружений в одной или нескольких долгосрочных целевых программах, имеющих ограниченные сроки реализации, невозможно;

– во-вторых, решение вопросов обеспечения доступа в помещения программно-целевым методом не может в полной мере обеспечить привлечение финансовых средств и координацию действий всех собственников, на которые законодательством возложена эта обязанность;

– в-третьих, ограниченные финансовые ресурсы общества в целом и государственные, муниципальные в частности не позволяют в настоящее время и,

скорее всего, не позволят в будущем надлежаще финансового обеспечить все необходимые мероприятия в достаточных объемах.

Этот перечень причин не является исчерпывающим, его еще можно продолжать, но вывод можно сделать только один — решение проблемы обеспечения беспрепятственного доступа без привлечения финансовых средств находящихся в распоряжении всех собственников зданий и сооружений невозможно.

Повторно вернемся к рассмотрению статьи 15 Закона «О социальной защите инвалидов». В ней указывается: «Планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, разработка проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, сооружений, производственных комплексов, а также разработка и производство транспортных средств общего пользования, средств связи и информации без приспособления указанных объектов для доступа к ним инвалидов не допускается. <...> В случаях, когда действующие объекты невозможно полностью приспособить для нужд инвалидов, собственниками этих объектов должны осуществляться по согласованию с общественными организациями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов».

Реализация указанных в данной статье положений требует дополнительных пояснений.

I. Первая часть приведенной выдержки из статьи закона, а именно — планировка и застройка городов, других населенных пунктов, формирование жилых и рекреационных зон, разработка проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, сооружений, производственных комплексов, относится к сфере градостроительной деятельности. Действительно, Градостроительный кодекс РФ содержит требования к плани-

ровке и застройке городов и других населенных пунктов (глава 5 «Планировка территории»), разработке проектных решений на новое строительство и реконструкцию зданий, сооружений, производственных комплексов (глава 6 «Архитектурно-строительное проектирование, строительство, реконструкция объектов капитального строительства»), формированию жилых и рекреационных зон (глава 4 «Градостроительное зонирование»). Однако фактически в указанных главах нет никаких требований по обеспечению инвалидам условий для беспрепятственного доступа, кроме одного, содержащегося в подпункте 10 пункта 12 статьи 48.

II. Строительная практика показывает, что при строительстве и эксплуатации зданий и сооружений необходимо выделить несколько основных стадий:

1) *разработка проектно-строительной документации* — стадия, в процессе которой наиболее целесообразно обеспечить в полном объеме все необходимые условия беспрепятственного доступа инвалидов как к зданию (отражено в законе), так и внутри его (не отражено в законе);

2) *строительство* — стадия, в процессе которой непосредственно осуществляется строительство здания или сооружения в соответствии с разработанной и утвержденной проектно-строительной документацией (отражено в законе);

3) *эксплуатация* — стадия, в процессе которой здания и сооружения изнашиваются, ветшают и приходят в состояние, при котором дальнейшая их эксплуатация становится невозможной. Продление срока эксплуатации возможно только путем проведения в здании ремонта, который обычно подразделяют на текущий (обновление внутренней отделки, ремонт или замена электропроводки, санитарно-технических приборов, столярных изделий и др.) и

капитальный (включает частичную или полную замену строительных конструкций, элементов, оборудования, утративших свои технические и (или) эксплуатационные качества). Граница между ними весьма условная. Цель ремонта заключается в обеспечении сохранности и безопасности эксплуатации здания или сооружения на протяжении его срока службы (не отражено в законе);

4) *реконструкция* — стадия, в процессе которой осуществляется изменение параметров зданий и сооружений в целом или их частей (высоты, количества этажей, площади, показателей производственной мощности, объема) и модернизируется инженерно-техническое оборудование. Осуществляется, как и строительство, на основе проектно-строительной документации (отражено в законе).

С точки зрения обеспечения беспрепятственного доступа наиболее весомыми являются две стадии проектирование и эксплуатация, так как именно в этих стадиях закладываются основы комфортного проживания маломобильных групп населения. Требования к обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов в период разработки проектно-сметной документации, строительства, реконструкции, хотя и в неполном объеме, но прописаны, однако никакого упоминания о необходимости обеспечения условий доступа инвалидов при проведении текущего и капитального ремонта в законе нет, следовательно, отсутствует и ответственность за уклонение от исполнения требований.

III. Термин «приспособление», используемый в тексте статьи, не несет смысловой нагрузки. Он неприемлем на стадии разработки проектных решений, на стадии строительства и реконструкции, приспособление объектов невозможно, так как работы ведутся в соответствии с проектом. Объекты нового строительства и

реконструируемые должны отвечать требованиям обеспечения беспрепятственного доступа в полном объеме, а не быть приспособленными под эти требования. Другое дело — действующие объекты в случае, когда их необходимо приспособить для нужд инвалидов. Собственники или арендаторы этих объектов обязаны осуществлять по согласованию с общественными организациями инвалидов меры, обеспечивающие удовлетворение минимальных потребностей инвалидов. По сути, правильно, если не учитывать следующее обстоятельство: термин «требования» подразумевает под собой наличие нормативного правового акта, разработанного и утвержденного в установленном законом порядке, в котором содержатся требования по тому или иному вопросу, как правило, носящие обязательный для исполнения характер (для строителей — это строительные нормы и правила, строительные правила и т. п.). Слово «меры» подразумевает действие, а в отдельных случаях бездействие, осуществляемое для получения необходимого результата, в нашем случае — удовлетворение минимальных потребностей инвалидов. Однако что подразумевается под выражением «удовлетворение минимальных потребностей инвалидов», остается неясным, а следовательно, не порождает ответственности собственников зданий и сооружений за уклонение от исполнения требований по созданию условий инвалидам для беспрепятственного доступа в эти здания и сооружения. Кроме того, при осуществлении мер необходимо их согласование с общественными организациями инвалидов, однако в законе не указано, с какими конкретно организациями, которых существует много. Они образуются, реорганизуются, ликвидируются по различным причинам, каждое общество и организация имеют свои конкретные цели и задачи, присущие только им.

При наличии четких требований задача обеспечения беспрепятственного доступа инвалидов при новом строительстве или реконструкции может быть решена в ходе проведения государственной экспертизы проектной документации на основании проведения общественной экспертизы проекта.

Сложнее дела обстоят с действующими зданиями и сооружениями, построенными без учета требований беспрепятственного доступа маломобильных групп населения. Приспособление большинства зданий и сооружений невозможно без значительных технических, материальных и финансовых затрат. Уровень обеспечения беспрепятственного доступа, критерии эффективности затрат всех видов ресурсов на его обеспечение должен определять только государственный орган при широком участии в его работе общественных организаций маломобильных групп населения, в том числе инвалидов, осуществляющий регулирование отношений в данной сфере деятельности, решения которого обязательны для исполнения.

Решение уполномоченного государственного или муниципального органа о проведении необходимых мер по приспособлению занимаемого ими в населенном пункте того или иного действующего здания для нужд маломобильных групп населения, в том числе инвалидов, необходимо совместить с составлением дефектной ведомости (иным документом), служащей основой для проведения текущего или капитального ремонта здания или сооружения. Это позволит проводить ремонт с максимальным учетом требований в каждом конкретном случае.

Из вышеизложенного следует, что для улучшения финансового обеспечения беспрепятственного доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения, в том числе инвалидов, необходимо:

- во-первых, законодательно закрепить:
 - полномочия органов государственной власти, местного самоуправления при проектировании, строительстве, эксплуатации и реконструкции принадлежащих им зданий и сооружений, транспорта, средств связи в данной области;
 - определить финансовую ответственность организаций независимо от организационно-правовых форм за приспособление занимаемых ими помещений к требованиям обеспечения беспрепятственного доступа в них маломобильных групп населения,
 - необходимость соблюдения требований беспрепятственного доступа за счет средств, направляемых собственниками или арендаторами помещений на текущий и капитальный ремонт этих помещений;
- во-вторых, требования по обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения необходимо разделить на две составляющие: полное их выполнение при новом строительстве или реконструкции и полное или частичное их выполнение, в зависимости от архитектурно-планировочных и конструктивных особенностей, износа, в эксплуатируемых зданиях и сооружениях;
- в-третьих, создание уполномоченного государственного органа, регулирующего отношения в указанной области, с широким участием в его работе общественных организаций позволит значительно повысить качество принимаемых решений, обеспечить эффективность финансовых затрат, выявить слабые звенья на пути обеспечения беспрепятственного доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения.

Указанные выше предложения позволят улучшить финансовое обеспечение доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения за счет средств, направляемых на проведение текущего или капитального ремонта помещений, зданий в целом, а также полного исключения таких затрат для переоборудования зданий и сооружений, построенных с учетом требований обеспечения их беспрепятственного доступа для маломобильных групп.

7. Технический аспект

Практика применения технических средств для перевозки людей и грузов насчитывает не одно тысячелетие и неразрывно связано с научно-техническим прогрессом. Названия их в разных странах разные, а конструкция зависит от характера перевозок, климатических условий. Без использования автомобильного, железнодорожного и авиатранспорта не представляется жизнь современного человека. Наличие автомобильного транспорта требует надлежащего строительства автомобильных дорог как внутри населенных пунктов, так и между ними, а развитие железнодорожного и авиатранспорта невозможно без совершенствования сети железных дорог и аэропортов. Непременным условием для нормальной эксплуатации любой колесной техники является наличие специализированных сооружений (автомобильная дорога, железнодорожное полотно, взлетно-посадочные полосы аэродромов), обеспечивающих движение по ним техники определенного веса и габарита.

Жизнь современного человека практически невозможна без использования иных, вспомогательных технических средств: тележек, тачек, чемоданов и сумок с вмонтированными в них колесами, велосипедов, детских колясок, а также колясок для передвижения в них инвалидов и лиц, получивших ушибы, переломы и временно не способных к самостоятельному передвижению. Основным отличием указанных видов техники и устройств от автомобильного, железнодорожного и авиатранспорта является, как правило, их использование не только для перевозки людей и грузов между зданиями, но и внутри их.

Технические требования к устройству тротуаров для передвижения людей, входов в здания и сооружения в настоящее время не исключают устройство ступенек при их строительстве. Тем не менее, именно ступень является серьезной преградой для людей, использующих вспомогательные технические средства, а для лиц, передвигающиеся в инвалидных колясках, преградой попросту непреодолимой. Поэтому требования к проектированию и строительству тротуаров, пешеходных зон необходимо привести в соответствие с потребностями населения, так как тротуар является той «дорогой», которая должна обеспечить беспрепятственное передвижение людей между зданиями и сооружениями, посещаемыми ими. Использование колесных вспомогательных технических средств необходимо регламентировать как со стороны строителей, так и со стороны производителей этой техники и устройств в части их веса и габаритов, предельных величин и некоторых других параметров.

Большую проблему для передвижения людей, использующих вспомогательные технические средства, составляют объемно-планировочные решения и устройство крылец, входных дверей и тамбуров в зданиях. Человеку в инвалидной коляске не представляется возможным самостоятельно открыть входную дверь, на которой обычно устанавливается доводчик или простая пружина, и даже если это ему удастся, то он рискует быть придавленным дверью при проезде в тамбур, а там еще одна дверь... Габаритные размеры и конструкция входных дверей, как правило, не предусматривают самостоятельный, без посторонней помощи проезд через них человека в инвалидной коляске.

Внутри многоуровневых зданий и сооружений широко применяются пандусы, лестницы и технические средства вертикального транспорта (лифты, эскалато-

ры). Игнорирование потребности людей, использующих вспомогательные технические средства, приводит к тому, что для подхода к лифту необходимо преодолеть несколько ступеней, так как в большинстве случаев вход в лифт и входной тамбур расположены в разных уровнях. В этом случае лифт попросту становится недоступным для самостоятельного передвижения людей, использующих вспомогательные технические средства. Лифты, особенно в жилых домах, не учитывают особенности перевозки указанной категории граждан, поэтому в настоящее время они морально устарели и требуют модернизации.

Обеспечение свободы передвижения инвалидов является ключевым звеном по реализации всех остальных прав инвалидов, особенно на медицинское и лекарственное обслуживание, образование, духовное развитие и занятие спортом, так как качественные услуги можно получить в специализированных учреждениях, больницах, учебных заведениях, театрах, музеях, библиотеках, юридических консультациях, нотариатах, суде и т. п. А для этого, как указывалось выше, необходимо обеспечить беспрепятственное передвижение инвалида по маршруту: жилая квартира — лифт — выезд из жилого дома — тротуар — въезд, переезд и выезд из общественного транспорта — тротуар — въезд в здание — лифт — передвижение по этажу к месту получения необходимой услуги и обратно.

Как правило, качественная медицинская помощь, образовательные, юридические и другие социальные услуги оказываются в специализированных зданиях больниц, учебных заведениях, театрах, музеях, библиотеках, судах. Инвалиду очень сложно трудоустроится. Действительно, многим людям тяжело, а иногда и невозможно передвигаться без использования вспомогательных технических средств, но они готовы работать,

поэтому обеспечение их беспрепятственного доступа в производственные здания, к рабочим местам в офисах предприятий, учреждений и организаций позволит им вести полноценную жизнь, не чувствовать себя ненужными для общества, обрести экономическую независимость.

Обеспечение условий беспрепятственного передвижения актуально не только для инвалидов, но практически для всех членов общества, детей, пожилых, заболевших или получивших травму людей, определяемыми нами как маломобильные группы населения. На протяжении жизни, в различные периоды возрастного развития и состояния здоровья каждого человека неоднократно можно отнести к категории «маломобильных групп населения», и от того, как эта проблема будет решена, зависит качество жизни не одного поколения.

Благодаря крупнопанельному домостроению в нашей стране эффективно решается проблема обеспечения населения жильем. Динамику строительства на Севере наиболее распространенных крупнопанельных жилых зданий разной этажности в 1960–1995 гг. рассмотрим на примере г. Архангельска (рис. 2а, б). Эти здания входили в городской фонд и обслуживались жилищно-эксплуатационными предприятиями.

Среди реализованных в Архангельске проектов крупнопанельных жилых зданий можно выделить две основные типовые серии: 93 и 1-335. Из приведенных на рисунке 2 диаграмм видно, что 1965–1980 гг. в основном строили 5-этажные здания без лифтов, а затем — 9-этажные с лифтами.

Статистические показатели строительства эксплуатируемых крупнопанельных жилых зданий высотой от 2 до 10 этажей приведены в таблице 6.

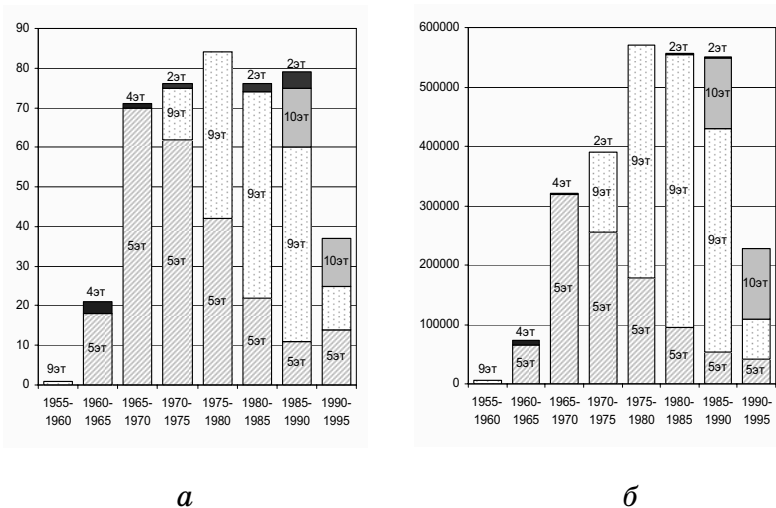


Рис. 2. Диаграммы строительства крупнопанельных жилых зданий за пятилетние периоды:

а — количество, шт.; *б* — общая площадь, м².

Условные обозначения: 2эт, 4эт, 5эт, 9эт, 10эт — этажность зданий, строительство которых было завершено в указанном пятилетнем периоде.

Таблица 6

Статистические показатели строительства в г. Архангельске крупнопанельных жилых зданий

№ п/п	Показатели	Число этажей:				
		2	4	5	9	10
1	Общее количество построенных зданий, шт.	7	4	239	168	27

№ п/п	Показатели	Число этажей:				
		2	4	5	9	10
2	Общая жилая площадь, м ²	3084	9970	1 007 194	1 437 875	237 663
3	Общее количество жильцов, чел.	185	534	53 660	76 038	11 358
4	Средняя жилая площадь на 1 чел., м ²	16,7	18,81	18,91	19,03	20,47

В рассматриваемую выборку из 445 крупнопанельных зданий входят 53,71% — 5-этажных зданий, 37,75% — 9-этажных, 6,07% — 10-этажных, а также 2,47% — 2- и 4-этажных.

Анализ данных таблицы 6 свидетельствует о том, что общая жилая площадь 9-этажных зданий составляет 53,34% от суммарной площади крупнопанельных зданий, 5-этажных — 37,36%, 10-этажных — 8,82%, 4-этажных — 0,37% и 2-этажных — 0,11%.

В рассматриваемой выборке крупнопанельных зданий проживают около 141,8 тыс. чел., в том числе в 9-этажных — 53,63%, в 5-этажных — 37,85%, 10-этажных — 8,01%, 4-этажных — 0,38% и 2-этажных — 0,13%. На 1 жильца крупнопанельных зданий приходится в среднем 19,01 м² жилой площади, что на 99,9% совпадает с аналогичным показателем для 9-этажных зданий. Для 2-этажных зданий этот показатель на 12% меньше, а для 10-этажных — на 8% больше.

Динамика износа (ось Y, %) крупнопанельных зданий (по состоянию на момент последней инвентаризации их технического состояния) рассматриваемой вы-

борки ($n = 445$) в зависимости от продолжительности эксплуатации (ось X, годы) показана на рисунке 3.

Приведенный график показывает, что больше половины многоэтажных крупнопанельных многоквартирных зданий, построенных несколько десятилетий назад, нуждается в проведении капитального ремонта.

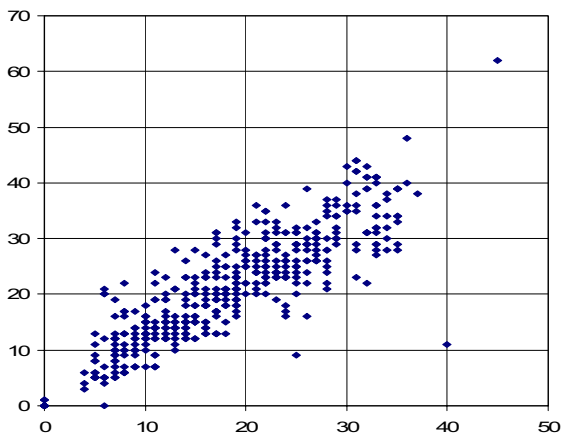


Рис. 3. Динамика износа (%) крупнопанельных зданий на Севере в зависимости от продолжительности их эксплуатации (годы)

В период строительства рассматриваемых крупнопанельных жилых зданий нормативные документы не содержали требований по обеспечению доступности для маломобильных групп населения. Поэтому в настоящее время необходимо производить не только ремонт, но и модернизацию зданий в соответствии с современными нормативными требованиями.

Решить задачу кардинальной модернизации жилья с учетом всех современных потребительских требований, которые систематически возрастают, наиболее

сложно в многоэтажных крупнопанельных многоквартирных домах, которые были построены по типовым проектам с ориентацией на возможности физического здорового человека. Эксплуатируемые типовые крупнопанельные здания в большинстве случаев не оснащены пандусами с подогревом для удаления снега и льда в зимнее время, обеспечивающими безопасный въезд колясок, имеют наружные входы с лестницами в несколько ступеней, создающими проблемы при перемещении на площадку с лифтом на первом этаже. Ширина проемов раздвигающихся дверей лифтов недостаточна для удобного въезда колясок.

Одним из основных элементов по обеспечению доступности многоэтажного здания для маломобильных групп населения является лифт. По данным управляющих компаний с различной формой собственности, в 2008 г. в жилом фонде крупнопанельных и кирпичных домов г. Архангельска эксплуатировалось 1497 лифтов. Лифт является транспортным средством, поэтому в соответствии с правилами его устройства и безопасной эксплуатации он ежегодно подвергается техническому обследованию. Нормативный срок службы лифта составляет 25 лет. Исходя из этого, определено, что 768 лифтов отработали свой нормативный ресурс. Основная часть изношенных лифтов эксплуатируется в крупнопанельных многоквартирных домах. В среднем для полной модернизации одного лифта требуется 1,6–1,8 млн рублей. По состоянию на 2008 г. стоимость полной модернизации эксплуатируемых в г. Архангельске лифтов оценивается в 1,23–1,4 млрд рублей. Поэтому без субсидий управляющим компаниям эту актуальную для населения проблему не решить. В 2008 г. на ремонт 23 лифтов в 14 домах г. Архангельска было выделено 28,8 млн рублей. Замена лифтов в многоквартирных панельных и кирпичных домах возможна за счет финансовой

поддержки Фонда содействия реформированию жилищно-коммунального хозяйства.

Обследование в Архангельске показало, что тротуары у входов более 90% жилых зданий не оснащены наклонными бордюрными камнями для безопасного проезда различного рода колясок на внутриворовую дорогу и т. п. Благоустройство территории является полномочием органов местного самоуправления, финансируется муниципальным бюджетом, поэтому у местных органов самоуправления имеются все рычаги для планирования, реализации и контроля принимаемых мер по обеспечению доступа помещений зданий и сооружений населенного пункта.

Наши исследования в данном направлении не ограничились определением количественных показателей маломобильных групп населения и разработкой предложений по совершенствованию существующей нормативной правовой базы. В течение ряда лет ведется планомерная работа по созданию оптимальных конструктивных решений зданий, включая проектирование, экспериментальное строительство и испытания новых объектов в реальных условиях эксплуатации. Известно, что строительство в сложных климатических условиях Севера имеет свою специфику. Решение этой проблемы в сфере малоэтажного деревянного домостроения осуществлялось творческим коллективом, в который входили российские специалисты кафедры инженерных конструкций и архитектуры Архангельского государственного технического университета, Лаборатории защиты древесины Центрального научно-исследовательского института механической обработки древесины, проектной фирмы «Архстройпроект» и норвежские специалисты Университетского колледжа г. Нарвика, проектной фирмы «AT-Consult» и домостроительной фабрики Сортленда. С 2006 г. исследованиями в указанном на-

правлении активно занимаются специалисты ООО «Научно-исследовательская лаборатория строительной экспертизы Баренц-региона». Международная научно-производственная интеграция позволила завершить в конце 2007 г. разработку и реализацию в строительной практике деревянного модульного дома на одну семью, удовлетворяющего требованиям России и Норвегии по энергосбережению и комфортности. Дом предназначен для проживания на Севере всех групп населения, в том числе маломобильных.

Общая площадь дома — 98 м², что соответствует площади квартиры. Дом имеет прямоугольную форму в плане и простую двускатную крышу. Лаконичные формы стен и крыши предотвращают удержание снега, способствуют быстрому сбросу атмосферных осадков и повышают обтекаемость ветровых потоков. Это снижает теплопотери и исключает опасное увлажнение деревянных конструкций в период таяния снега, что может способствовать гниению. Основное внимание было уделено обеспечению высокой функциональности и энергоэффективности. Дом состоит из шести модулей, которые были изготовлены на домостроительной фабрике в Сортленде на севере Норвегии и доставлены в г. Архангельск морским транспортом. На домостроительном заводе была выполнена чистовая отделка всех помещений и фасадов модулей, а также смонтированы внутренние инженерные коммуникации, включая автономную противопожарную сигнализацию, и основное бытовое оборудование требуемой мощности³⁵. Благодаря этому исключена зависимость строительных операций от погоды на стройплощадке и обеспечено высокое качество работ.

³⁵ Ламов И. Ф., Варфоломеев А. Ю. Опыт реализации положений Европейской социальной хартии по поддержке маломобильных групп населения России // Экономика и управление. 2010. № 4.

Первый этаж дома образован двумя модулями прямоугольной формы шириной 3,2 м, длиной 8 м и имеет два входа. Мансардный этаж также состоит из двух модулей, но у их наружных стен на расстоянии менее 1 м потолок по всей длине имеет уклон около 30°. Это позволяет рационально использовать весь строительный объем здания. Все помещения имеют окна, обеспечивающие естественное освещение. Планировочное решение и инженерное оснащение туалетной комнаты предусматривают возможность въезда, разворота коляски и самостоятельную пересадку инвалида на унитаз с откидывающимися с обеих сторон прочными стальными ручками-подлокотниками, предназначенными для упора. Пятый модуль является симметричной двухскатной крышей дома с уклоном 30°, а шестой модуль — входной тамбур с наружными дверями.

Для перевозки разработанных модулей по автомобильным дорогам не требуется оформлять разрешение в Государственной инспекции безопасности дорожного движения Российской Федерации. Несмотря на сложности доставки на стройплощадку крупногабаритных модулей, дома такой конструкции имеют большие преимущества при возведении в отдаленных районах с холодным климатом, где имеется дефицит квалифицированных строительных рабочих. Например, в г. Архангельске экспериментальный модульный дом смонтировали на готовые фундаменты за 5 часов 40 минут и подключили инженерное оборудование к заранее подведенным коммуникациям. Быстрый ввод в эксплуатацию разработанного модульного дома сокращает окупаемость инвестиций.

Руководителями проекта с российской и норвежской стороны была организована практика на домостроительной фабрике в Норвегии для научных сотрудников, проектировщиков, руководителей и рабочих

строительных организаций, аспирантов и студентов из России. В соответствии с программой исследований, разработанной авторским коллективом, для дистанционного мониторинга температуры и влажности в процессе эксплуатации дома в различных местах по толщине стен при изготовлении модулей были вмонтированы датчики с электропроводными устройствами. На внутренних и наружных поверхностях стен установили беспроводные датчики с мини-антеннами и автономными аккумуляторами³⁶. Они передают информацию о температуре и влажности конструкций и окружающей среды на приемный блок, а через него — на компьютер. Используя возможности Интернета, дистанционный мониторинг ведется по заданной программе в режиме «online». Данные доступны для анализа в любом месте, где имеется доступ к Интернету. Цель этих исследований — минимизировать энергозатраты на эксплуатацию дома и определить изменение изоляционных свойств ограждающих конструкций³⁷.

Результаты исследований в рамках международной научно-производственной интеграции обсуждались на международных конференциях «Энергоэкономичный де-

³⁶ Варфоломеев А. Ю., Ламов И. Ф. Учет потребностей людей с ограниченной мобильностью в деревянном домостроении на Севере // Развитие деревянного домостроения в Вологодской области. Проблемы и практические решения: материалы межрегиональной научно-технической конференции. Вологда: Издательский центр ВТРО, 2008. С. 53–60.

³⁷ Роэлдсет Э., Свен С. Э., Варфоломеев А. Ю. Мониторинг в режиме реального времени эксплуатационных параметров экспериментального деревянного модульного дома в Архангельске // Сб. реферативной информации ученых Архангельского государственного технического университета о результатах НИР и НИОКР, рекомендованных к практическому использованию. Архангельск: Изд-во АГТУ, 2007. С. 53–54.

ревянный дом для Северо-Запада России», которые состоялись в г. Архангельске (21–24.06.2007 г.) и Москве в Российской академии архитектуры и строительных наук (17.11.2009 г.). Экспериментальный образец дома успешно прошел апробацию в суровых климатических условиях г. Архангельска и рекомендован для применения в отечественном домостроении для обеспечения комфортного проживания граждан, в том числе относящихся к маломобильным группам населения.

Заключение

Поиски оптимальной системы по обеспечению доступа в помещения зданий и сооружений маломобильных групп населения находится в центре внимания ученых и практиков во всем мире. Изменяется понимание происходящих общественных процессов, а следовательно, должны изменяться приоритеты и направления действий государственных и муниципальных органов в целях обеспечения всем гражданам страны равных возможностей в реализации прав и свобод, устранения барьеров, ограничивающих жизнедеятельность людей, создания благоприятных условий, позволяющих всем гражданам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической и политической жизни общества.

Принимая во внимание, что численность маломобильных групп населения велика и имеет устойчивую тенденцию к росту, а также малоэффективную практику реализации программных мероприятий по обеспечению доступа помещений зданий и сооружений, необходимо отказаться от программно-целевого метода финансирования данного вида мероприятий на всех уровнях.

На наш взгляд, для упорядочивания отношений по обеспечению доступа помещений зданий и сооружений населенного пункта следует отойти от принципа, основанного на индивидуальном обеспечении доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры, а переходить на принцип 100%-го обеспечения доступа в помещения зданий и сооружений, ориентируясь на их доступность для самых маломобильных групп — инвалидов-колясочников и людей, использующих детские коляски.

Деятельность по обеспечению доступности помещений зданий и сооружений населенного пункта — это со-

вокупность подкреплённых законодательно, последовательных действий заказчика, проектных, строительных и эксплуатирующих здания организаций, целью которых является обеспечение беспрепятственного передвижения человека, в том числе с использованием вспомогательных технических средств, в любом месте любого населённого пункта. Эта деятельность регулируется Градостроительным кодексом Российской Федерации, Строительными нормами и правилами, разработка и утверждение которых входит в компетенцию федерального уровня государственной власти.

В настоящее время при строительной политике, направленной на обеспечение доступности отдельных помещений зданий и сооружений различного назначения для инвалидов необходимо наличие двух разделов Строительных норм и правил для проектирования, строительства и реконструкции, в которых определяются:

- основные требования для всего здания и сооружения;
- дополнительные требования к помещениям, в которые, по мнению заказчика, обеспечивается доступ маломобильных групп населения.

Решение о количестве помещений, в которые обеспечивается доступ маломобильных групп населения, должен принимать заказчик-застройщик, который не во всех случаях будет собственником здания. Современная практика строительства многоквартирных жилых зданий показывает, что отвод земельного участка для строительства производится на одну фирму, которая перепродает его строительной организации, являющейся заказчиком проекта здания и ведущей строительство жилых зданий с последующей их продажей по частям, то есть квартир. В конечном итоге собственник жилья, а точнее товарищество собственников жилья, образующиеся после завершения строительства, никоим обра-

зом не влияет процессы обеспечения доступности помещений, а приспособление существующих зданий для нужд маломобильных групп населения является очень затратным мероприятием.

Цепочка этапов строительства может быть и иной, но главным в ней является то, что обеспечение доступности помещений зданий и сооружений отдано на откуп многочисленным фирмам с различными формами собственности. Они минимизируют свои затраты при строительстве за счет снижения мер по обеспечению доступа в помещения будущим жильцам, среди которых обязательно будут люди, относящиеся к маломобильным группам населения, перекладывают решение данной проблемы на плечи жильцов и государства.

Таким образом, необходимо принять конкретные меры по обеспечению беспрепятственного доступа в здания и сооружения маломобильных групп населения, а именно:

- обязательное, закрепленное в государственных нормативных правовых актах требование об обеспечении 100%-ной доступности всех зданий и сооружений различного назначения для беспрепятственного передвижения между помещениями внутри них для маломобильных групп населения, как при новом строительстве, так и при реконструкции, а также при благоустройстве дорог и тротуаров;

- унификация терминологии, использующейся во всех государственных, муниципальных, отраслевых и других нормативных документах, обеспечивающая понимание, для кого, что и кому необходимо предпринять с целью обеспечить указанное беспрепятственное передвижение. Исключение двойного толкования нормативных актов повысит не только эффективность вложенных финансовых средств, но и упростит контроль за исполнением

соответствующих решений со стороны уполномоченных государственных органов, в частности в области архитектурно-строительной деятельности, а также более эффективно отстаивать интересы граждан в судах по вопросам обеспечения беспрепятственного передвижения;

– включение в основные Строительные нормы и правила положений об обязательном обеспечении требований, обеспечивающих доступ маломобильных групп населения в помещения зданий и сооружений, включенных в дополнительные требования. Например, в случае включения в СНиП 2.08.01-89* «Жилые здания» всех основных требований по обеспечению беспрепятственного передвижения по маршруту жилая квартира — лифт — выезд из жилого дома — тротуар и обратно, а именно ко входу в здание, равно как и требования к конструкции входных дверей, планировочным решениям вестибюлей, габаритным размерам лифтовых холлов и лестниц, а также габаритным размерам и конструкции самих лифтов, входных дверей в квартиры, то многие положения, рекомендованные СП 35-102-201 «Жилая среда с планировочными элементами, доступными инвалидам», приобрели бы статус обязательных к исполнению и не противоречили бы основному строительному нормативу по проектированию жилых зданий.

Повышение требований по обеспечению беспрепятственного передвижения людей, использующих вспомогательные технические средства, при проектировании, строительстве, проведении текущих и капитальных ремонтов зданий и сооружений всех видов позволит реализовать не только основные принципы в отношении маломобильных групп населения, но и в отношении практически всего населения Российской Федерации.

Библиография

I. Федеральные нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г.
2. Градостроительный кодекс Российской Федерации.
3. Бюджетный кодекс Российской Федерации.
4. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
5. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 1996 г. № 1449 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 января 2000 г. № 36 «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 годы».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2005 г. № 832 «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 февраля 2008 г. № 87 «О составе разделов проектной документации и требованиях к их содержанию».
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 г. № 535 «Об утверждении классификаций и кри-

териев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

11. СНИП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

12. СП 35-101-2001 «Проектирование зданий и сооружений с учетом доступности для маломобильных групп населения. Общие положения».

13. СП 35-102-2001 «Жилая среда с планировочными элементами, доступными инвалидам».

14. СП 35-103-2001 «Общественные здания и сооружения, доступные маломобильным посетителям».

15. СП 35-104-2001 «Здания и помещения с местами труда для инвалидов».

16. СП 35-105-2002 «Реконструкция городской застройки с учетом доступности для инвалидов и других маломобильных групп населения».

II. Нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации

17. Закон города Москвы от 17 января 2001 г. № 3 «Об обеспечении беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, транспортной и инженерной инфраструктур города Москвы».

18. Закон города Москвы от 26 октября 2005 г. № 55 «О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности в городе Москве».

19. Постановление администрации Архангельской области от 24 ноября 1997 г. № 434 «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры».

20. Постановление администрации Архангельской области от 13 февраля 2007 г. № 22-па «О Концепции

27. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Архангельской области в 2008 г. / А. В. Красильников, Р. В. Бузинов, С. И. Малявская и др. Архангельск: ГУЗ «МИАЦ», 2009.

28. Демография: учебник / под общ. ред. Н. А. Волгина. Изд. 2-е. доп. и перераб. М.: Изд-во РАГС, 2007.

29. Здравоохранение в Архангельской области в 2004–2008 гг.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009.

30. Изменение численности населения Архангельской области (прогноз до 2030 г.): статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009.

31. *Ламов И. Ф.* Обеспечение доступа помещений для маломобильных групп населения: финансовый аспект // Экономика и управление. 2010. № 1.

32. *Ламов И. Ф., Варфоломеев А. Ю.* Опыт реализации положений Европейской социальной хартии по поддержке маломобильных групп населения России // Экономика и управление. 2010. № 4.

33. Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 1992 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

34. Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 1998 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

35. Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2002 г.: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

36. Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2008 г.: статистиче-

ский сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

37. Распределение населения Архангельской области по полу и возрасту на 1 января 2009 г: статистический сборник / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2009.

38. *Роэлдсет Э., Свен С. Э., Варфоломеев А. Ю.* Мониторинг в режиме реального времени эксплуатационных параметров экспериментального деревянного модульного дома в Архангельске // Сб. реферативной информации ученых Архангельского государственного технического университета о результатах НИР и НИОКР, рекомендованных к практическому использованию. Архангельск: Изд-во АГТУ, 2007.

39. Социальная политика: толковый словарь / под общ. ред. д. э. н., проф. Н. А. Волгина; отв. ред. д. э. н., проф. Б. В. Ракитский. Изд. 2-е, дораб. М. Изд-во РАГС, 2002.

40. Социальная политика: учебник / под общ. ред. Н. А. Волгина. М.: Изд-во РАГС, 2005.

41. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / РАН; Российский фонд культуры. 2-е изд., испр. и доп. М.: АЗЪ, 1994.

42. Численность постоянного населения Архангельской области на 1 января 1992 г. Статистический бюллетень / Л. А. Родичева, И. Н. Суслонова, Г. П. Тарасова. Архангельск: Архангельскстат, 2008.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АКАДЕМИЯ
УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ

И. Ф. Ламов

**Доступ
в помещения зданий и сооружений
маломобильных групп населения:
институциональный аспект**

Монография

Корректор *Терентьева М. А.*
Дизайн обложки *Филимоненко М. Н.*
Компьютерная верстка *Якутович Т. М.*

Подписано в печать 21.06.2010 г.
Формат 60x90 ¹/₁₆. Усл. печ. л. 7,8. Уч.-изд. л. 5,3.
Тираж 1000 экз. Заказ № 695.

Издательство Санкт-Петербургской академии управления и экономики
198103, Санкт-Петербург, Лермонтовский пр., д. 44
E-mail: izdat-ime@spbame.ru, izdat-ime@yandex.ru

Отпечатано в типографии ООО «Инжиниринг сервис»
191186 г. Санкт-Петербург, ул. Циолковского, д. 13, лит Д
Тел.: (812) 655-50-45