

ТЕОРІЯ ЗМІН - деінституціоналізація МОЖЛИВА

Я ЖИВУ
В ГРОМАДІ

Теорія змін – деінституціоналізація можлива

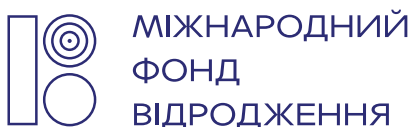
Автори_ки: Ужгородська група

Упорядниця: Ірина Федорович, Людмила Фурсова

Редакторка: Юлія Сачук

Коректорка: Анна Ліщинська

Верстка і дизайн: Макс Афанасьєв



Ця публікація підготовлена за фінансової підтримки Міжнародного Фонду «Відродження» (МФВ) в межах проєкту «Створення передумов для незалежного та гідного життя для всіх», але це не означає, що висловлені в ній погляди та вміст є офіційно схваленими або визнаними з боку Фонду чи Інституту Відкритого Суспільства (OSF).

Жодна частина цієї публікації не може бути відтворена в будь-якій формі або будь-якими засобами, електронними чи механічними без письмового дозволу ГО «Fight For Right».

Звернутися за підтримкою:

info@ffr.org.ua

Про діяльність «Fight For Right»

[Дізнатися більше](#)

Підтримати фінансово людей з інвалідністю

[Задонатити](#)

Київ – 2024

Зміст

Вступ	4
Декларація намірів громадського сектору	5
Система інтернатних закладів станом на початок 2024 року	9
Аналіз чинних політик	16
Нормативне регулювання	19
Аналіз стейкхолдерів	29
Теорія змін – про метод та етапи	34
Візія і передумови змін	36
Заключні ремарки	38
Додатки	39

Вступ

Я живу у громаді, я беру повну та ефективну участь у житті громади та суспільстві на рівні з іншими – це забезпечується безбар'єрністю середовища, зайнятістю, послугами тощо.

Робоча версія бачення результату змін запропонована учасником Ужгородської групи Станіславом Туріною.

Наприкінці січня 2024 року за підтримки [Open Society Foundations](#) й програми “Громадянська стійкість” Міжнародного Фонду “Відродження” та завдяки активній залученості до створення програми громадської організації [Fight For Right](#) й спілки [Ліга Сильних](#) – у місті Ужгороді було проведене стратегування за участі українських та міжнародних експертів та експерток у сфері дотримання прав людей з інвалідністю.

Група експертів та експерток ставили собі за мету:

- обговорити нинішню ситуацію з неререформуванням чинної системи надання соціальних послуг у країні, коли значна кількість послуг надається в так званих закладах стаціонарного піклування (надалі – інституції) та територіальних центрах надання соціальних послуг, що не відповідає Конвенції з прав осіб з інвалідністю та правозахисному підходу до розуміння інвалідності. Така система “соціального захисту населення” також не відповідає цінностям Європейського Союзу, до якого прагне доєднатися Україна. Тож на думку експертів/-ок “Ужгородської групи” – це потребує докорінних змін. Тим паче, що події, які розгортаються в Україні, як ніколи вимагають цих змін. Йдеться передусім про виклики, пов’язані з війною, та можливості, які існують завдяки підтримці міжнародною спільнотою відновлення України та процесам євроінтеграції. А також переосмислення не тільки чинної системи, але й наслідків, до яких вона призвела, включно з побудовою подальшої дискусії про те, якою має бути реституція за досвід проживання в системі;
- напрацювати бачення бажаних змін та шляхи їх досягнення – побудувати стратегічний документ за методом теорії змін для по-

дальшої адвокаційної та фандрайзингової роботи. Обговорити можливих стейкхолдерів у процесі змін, власну залученість до процесів, пошук союзників та подальшу інформаційну й просвітницьку діяльність.

В основу цього документу покладено напрацювання 3-ї стратегічної сесії та результати подальших консультацій експертів/-ок “Ужгородської групи”¹.

Декларація намірів громадського сектору – щодо просування деінституціоналізації та надання послуг в Україні задля забезпечення незалежного життя дорослих людей з інвалідністю, людей старшого віку та дітей з інвалідністю в сім'ях та громадах.

Ми, представники та представниці громадянського суспільства, які підписались у цій Декларації, адвокатуємо за негайну зміну підходів до соціальної політики в Україні, проведення деінституціоналізації (надалі – ДІ) та розбудову послуг у громадах. Ми переконані, що утримання дітей, дорослих з інвалідністю та людей старшого віку в закладах стаціонарного догляду (надалі – інституції) не відповідає вимогам [Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю](#).

Ми поділяємо [позицію Комітету ООН з прав осіб з інвалідністю](#) про те, що утримання осіб з інвалідністю в інституціях – це дискримінаційна практика. Це також фактичне позбавлення правоздатності та волі на підставі порушень здоров'я та недотримання статей 12 та 14 Конвенції. Це становить ризик примусового медичного втручання із застосуванням психотропних препаратів, загрожує застосуванням наркотиків та інших обмежувальних та “корекційних” заходів, а також іншими масовими та грубими порушеннями прав людини.

Під інституціями ми розуміємо всі заклади, які відповідають характеристикам, виокремленим Комітетом:

- відокремлення людей з інвалідністю від незалежного життя у громаді;
- патерналістський підхід у наданні послуг;
- неузгоджене обов'язкове залучення помічників/-ць та відсутність або обмежений вплив на те, хто надає допомогу;
- відсутність контролю людини над повсякденними рішеннями;
- відсутність вибору для зацікавлених осіб щодо того, з ким вони живуть;

¹ Перелік всіх учасників та учасниць – в Додатку 1.

- жорсткість розпорядку – незалежно від особистої волі та уподобань;
- однаковий розпорядок для групи осіб, що перебувають в одному місці під певним контролем;
- нагляд за побутовим устроєм;
- непропорційна кількість людей з інвалідністю в одному місці.

Ми наголошуємо, що “[інвалідність](#) – це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров’я, і відносницькими та середовищними бар’єрами, які заважають їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими”. Саме тому обов’язком держав є не створення сегрегованих, відокремлених місць для примусового утримання людей з інвалідністю, а навпаки – розбудова доступного середовища, послуг та усунення бар’єрів, щоб кожна людина з інвалідністю могла незалежно та на рівних проживати у громаді.

Ми нагадуємо, що причиною потрапляння людей з інвалідністю в інституції є не інвалідність, а саме бар’єри, які необхідно поступово та систематично усувати. З-поміж них:

- законодавчі обмеження правоздатності людей з інвалідністю;
- відсутність механізмів для прийняття рішень;
- фізична недоступність інфраструктури населених пунктів;
- відсутність житла, доступного для людей з інвалідністю;
- відсутність інформації у доступних форматах;
- відсутність або недостатня кількість послуг на рівні громад (наприклад, послуг підтриманого проживання та послуг підтримки родин);
- ставлення до осіб з інвалідністю, особливо до людей з інтелектуальною і психосоціальною інвалідністю, як до неповноцінних членів суспільства;
- інші бар’єри.

Сьогодні, коли Україна має долати виклики війни, як-от: реабілітація поранених, інтеграція внутрішньо переміщеного населення, повернення біженців/-ок, що перебувають поза межами країни, відновлення зруйнованої інфраструктури тощо – й одночасно вибудовувати правову архітектуру країни-кандидатки в Європейський Союз, саме перегляд підходів до реалізації соціальної політики та надання послуг є

як ніколи важливим. Адже зараз такі послуги є вкрай затребуваними найрізноманітнішими групами в українському суспільстві, а саме: внутрішньо переміщеними людьми, людьми з інвалідністю та / або травмами внаслідок війни, ветеранами та ветеранками, членами їх родин. І саме тепер в Україні вже є підтримка та орієнтири, як зробити ці зміни суспільно орієнтованими й такими, що базуються на стандартах прав людини та [підходах ЄС](#).

Ми об'єднуємо наші зусилля задля реалізації прав людей з інвалідністю на незалежний спосіб життя і включення до громад. Під час підготовки досліджень, проведення оцінки потреб, розробки короткострокових та довгострокових рішень ми керуємося такими принципами:

- всі люди з інвалідністю, незалежно від статі, віку, стану здоров'я, виду інвалідності, мають право на незалежний та самостійний спосіб життя, і твердження про те, що деякі люди не можуть жити самостійно і повинні залишатися в установах, є дискримінаційним;
- для незалежного способу життя людям з інвалідністю, включно з людьми з інтелектуальною і психосоціальною інвалідністю, має надаватися відповідна підтримка та послуги, розбудова яких є завданням та обов'язком держави і громад;
- кожна людина має право на прийняття рішень щодо того де, як і з ким їй жити, тому людина з інвалідністю має отримати усю необхідну їй підтримку у процесі прийняття рішень;
- процес деінституціоналізації має обов'язково включати скасування інституту недієздатності та впровадження моделі підтримки прийняття рішень;
- процес деінституціоналізації передбачає створення послуг на рівні громад для людей з різними видами інвалідності, сімей з дітьми з інвалідністю;
- люди з інвалідністю, особливо ті, які вийшли з інституцій, обов'язково мають залучатися до прийняття рішень, зокрема щодо політик у сфері інвалідності;
- немає жодних виправдань на користь збереження практики розміщення осіб в інституціях (закладах стаціонарного догляду або інших сегрегованих закладах);
- розміщення в інституціях ніколи не повинне розглядатися як форма захисту людей з інвалідністю чи як їх "свідомий вибір".

Ми вважаємо, що держава у співпраці з громадянським суспільством має негайно розпочати роботу щодо виконання статей 12, 13 і 19 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, а саме:

- змінити підходи до розуміння правоздатності й дієздатності, щоб усі люди з інвалідністю були рівними перед законом і могли вільно користуватися своїми правами;
- реформувати систему стаціонарного піклування та створювати послуги у громадах, щоб, зрештою, кожна людина з інвалідністю могла незалежно обирати своє місце проживання;
- розбудовувати доступну інфраструктуру на рівні громад, зокрема у процесах відновлення і євроінтеграції.

Виходячи з вищенаведеного, ми представники/-ці громадських організацій та об'єднань, а також експерти/-ки, які підписались, ставимо за мету адвокатувати за деінституціоналізацію та відповідне реформування сфери надання послуг підтримки в Україні – з метою забезпечення незалежного життя у громадах дорослих людей з інвалідністю, людей старшого віку та дітей з інвалідністю.

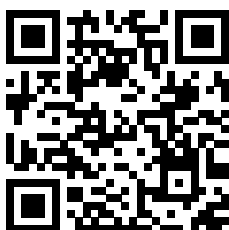
Підписи експертів/-ок “Ужгородської групи” та / або організацій:

Fight For Right

Українські правозахисні ініціативи

Проект “Психічне здоров’я для України” (MH4U)

Станіслав Туріна



Закликаємо організації громадянського суспільства доєднуватися до Декларації намірів. Це можна зробити, заповнивши форму за посиланням.

1

Система інтернатних закладів станом на початок 2024 року

8. Держави-учасниці повинні скасувати всі форми інституціалізації, покласти край новому розміщенню людей в інституції та утримуватися від інвестування в розбудову інституцій. Інституціоналізація ніколи не повинна розглядатися як форма захисту людей з інвалідністю чи “вибір”. Користування правами, передбаченими статтею 19 Конвенції, не може бути призупинено в надзвичайних ситуаціях, включно з надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров’я.
9. Немає жодних виправдань для продовження (увічнення) інституціоналізації. Держави-учасниці не повинні використовувати відсутність підтримки та послуг у громаді, бідність чи стигматизацію для виправдання поточного утримання інституцій або затримок із їх закриттям. Інклюзивне планування, дослідження, пілотні проєкти чи потреба в реформуванні законодавства – не повинні використовуватися для затримки деінституціоналізації чи обмеження негайних заходів для підтримки включення людей у громади.

[Методичні рекомендації щодо деінституціоналізації, включно з екстремими випадками](#)

Система закритих та сегрегованих закладів в Україні наразі умовно може бути поділена на такі кластери:

- заклади постійного проживання під контролем Міністерства соціальної політики;
- заклади постійного перебування в системі охорони здоров’я;

- заклади реабілітації для різних категорій населення, включно з ветеранами/-ками;
- заклади для дітей у системах охорони здоров'я, освіти та соціального захисту
- заклади тимчасового проживання для внутрішньо-переміщених осіб та тих, чиє житло було зруйноване внаслідок війни.

Типи українських інституцій, де повнолітні люди з інвалідністю та люди старшого віку отримують послуги “стаціонарного догляду” цілодобово та протягом тривалого періоду часу (а також пожиттєво):

- психоневрологічні інтернати;
- будинки-інтернати для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю;
- геріатричні пансіонати;
- пансіонат для ветеранів війни та праці;
- молодіжні відділення дитячих будинків-інтернатів;
- стаціонарні відділення територіальних центрів соціального захисту;
- заклади з надання психіатричної допомоги.

У цих інституціях постійно, а подекуди й протягом всього життя, утримуються² або можуть потрапити нижченаведені категорії людей.

- Молодь з інвалідністю, яка до досягнення 18-річного віку перебувала в дитячих інституційних закладах, а після досягнення повноліття – перейшла в молодіжні відділення дитячих будинків-інтернатів або в інші типи інституцій.
- Люди з інвалідністю, зокрема з психосоціальною та / або інтелектуальною інвалідністю, включно з людьми, які позбавлені дієздатності або утримуються в психоневрологічних інтернатах. Тут варто додати, що рішення про утримання в психоневрологічному інтернаті людини, яка позбавлена дієздатності, приймається не нею, а іншими уповноваженими на це людьми (опікунами/-ками).

2 В Україні немає детальних даних про людей з інвалідністю, які перебувають в інституціях. Інформація, яку можна зібрати із відповідей на запити, може повідомити лише про кількість людей, стать, вік, наявність інвалідності, статус дієздатності. Більш детальна інформація, яка б говорила про наявність житла, наявність родичів/-ок, рівень освіти, потребу в підтримці, причини потрапляння в інституції – мала б міститися в особових справах мешканців/-ок. Тому наведені в описі групи людей, які проживають в інституціях, є дуже умовними та можуть бути деталізовані лише після проведення ґрунтовніших досліджень.

- Люди з психосоціальними порушеннями, які після проходження лікування в психіатричних закладах, змушені там залишатися на-завжди, оскільки у громаді та сім'ї немає необхідної для них підтримки.
- Люди старшого віку та люди з різними формами інвалідності, які через брак послуг у громадах постійно проживають у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю або в територіальних центрах з надання соціальних послуг. Окрема підгрупа – це люди старшого віку, які мають деменцію.
- Люди з інвалідністю та люди старшого віку, які не мають власного житла. Наразі ця категорія стрімко поповнюється через руйнування житла та збільшення кількості внутрішньо переміщених людей з інвалідністю та людей старшого віку.
- Люди з інвалідністю та люди старшого віку, які отримували підтримку та послуги від родичів/-ок, які виїхали, більше неспроможні надавати підтримку та послуги або померли.
- Люди з інвалідністю, які виходять із закладів пенітенціарної системи та не мають куди повертатись.
- Люди з інвалідністю, зокрема з набутою у дорослому віці інвалідністю (наприклад, ветерани та ветеранки), які не отримують необхідних соціальних послуг у громадах, а також ті, які потребують паліативного догляду.

Опис типів закладів та послуг, а також кількість резидентів та резиденток станом на початок 2024 року

“[Психоневрологічний інтернат](#) (далі – інтернат) є стаціонарним інтернатним закладом для соціального захисту, що утворюється для тимчасового або постійного проживання / перебування осіб зі стійкими інтелектуальними та / або психічними порушеннями, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду, соціально-побутового обслуговування, надання медичної допомоги, соціальних послуг та комплексу реабілітаційних заходів і яким згідно з висновком лікарської комісії за участю лікаря-психіатра не протипоказане перебування в інтернаті (далі – підопічні)”.

Резиденти та резидентки цього закладу відповідно до типового положення мали б отримувати послуги в такому інтернаті, а саме: стаціонарний догляд, соціальну реабілітацію, представництво інтересів.

Також інтернат може надавати послуги з:

- підтриманого проживання;
- паліативного / хоспісного та денного догляду;

- соціальної адаптації;
- кризового та екстреного втручання;
- консультування.

Інтернат може надавати безоплатні та платні соціальні послуги (в межах наявних можливостей) відповідно до законодавства.

Про проблеми дотримання прав людини в ПНІ є багато свідчень у [регулярних звітах НПМ](#) та [громадськості](#).

“[Будинок-інтернат](#) для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю (далі – інтернат) є стаціонарним інтернатним закладом соціального захисту, що утворюється для цілодобового проживання (перебування) та догляду за громадянами похилого віку та особами, які за станом здоров’я потребують стороннього догляду, соціально-побутового, медичного обслуговування, соціальних послуг і комплексу реабілітаційних заходів (далі – підопічні). Залежно від профілю інтернати функціонують як:

- геріатричні пансіонати для громадян похилого віку, які потребують стороннього догляду або підтримки в проживанні
- будинки-інтернати для осіб з інвалідністю віком від 18 до 60 років

Ці заклади перебувають у фокусі моніторингу Національного превентивного механізму, а також [громадських організацій](#).”

Переважна більшість цих закладів є комунальними, як і ПНІ, та фінансується з обласного бюджету. Однак окремо існує досить велика кількість приватних будинків для людей старшого віку, які також стали об’єктом [моніторингу на предмет дотримання прав людини](#) у 2023 році з боку НПМ.

“[Молодіжне відділення дитячого будинку-інтернату](#) (далі – молодіжне відділення) для перебування інвалідів віком від 18 до 35 років (далі – особи) з вадами фізичного та / або розумового розвитку та психічними розладами, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування, освітніх та реабілітаційних послуг, може створюватись за відповідним рішенням Міністерства праці та соціальної політики Автономної Республіки Крим, головних управлінь праці та соціального захисту населення обласних, Головного управління соціального захисту населення Київської, Управління праці та соціального захисту населення Севастопольської міських держадміністрацій за поданням будинку-інтернату”.

Стаціонарні відділення територіальних центрів соціального обслуговування надають послугу стаціонарного догляду. Згідно з Державним стандартом стаціонарного догляду, отримувачем послуги є “особа, яка

через потребу у постійному сторонньому догляді, спричинену інвалідністю, віком, станом здоров'я, потребує надання соціальної послуги стаціонарного догляду або отримує таку послугу”.

Існує два типи відділення стаціонарного територіального центру:

- денне;
- для тимчасового або постійного проживання.

За даними [Міністерства соціальної політики](#), станом на початок 2024 року в Україні функціонує³:

- 145 психоневрологічних інтернатів, у яких проживають 24086 осіб;
- 56 будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю, де мешкає 8171 особа;
- 21 пансіонат ветеранів війни та праці, в яких проживають 2573 особи;
- 1 спеціальний будинок-інтернат, в якому розміщено 66 осіб;
- 36 молодіжних відділень у дитячих будинках-інтернатах, у яких проживають 2813 осіб.

Серед цього загального числа отримувачів/-ок послуг стаціонарного догляду – 10,5 тисяч осіб мають потребу у високому ступені підтримки⁴.

Гендерний розподіл серед загального числа мешканців/-ок психоневрологічних інтернатів:

- 53,3 % – чоловіки;
- 46,7 % – жінки.

Водночас значна кількість закладів залишається в окупації. Станом на початок 2023 року, за даними звіту “[Місця несвободи: кількість, профіль та географія під час війни](#)”, в зоні тимчасової окупації перебувало 24 інституційні заклади, зокрема:

- 12 психоневрологічних інтернатів;
- 10 будинків-інтернатів для громадян старшого віку та осіб з інвалідністю;
- 1 спеціальний будинок-інтернат;
- 1 дитячий будинок-інтернат.

³ За винятком закладів, що розташовані на тимчасово окупованій території України.

⁴ В офіційній комунікації використовують застарілий медичний термін на позначення цієї групи – “ліжкохворі”.

Точна кількість мешканців/-ок, що залишаються в закладах стаціонарного догляду в окупації, – невідома, але йдеться про щонайменше 4000 людей.

Зміни в системі стаціонарного догляду за 2022-2023 роки, викликані внутрішнім переміщенням

Протягом 2022-2023 років місткість ПНІ збільшилася: зокрема й через евакуйованих осіб з інших закладів, що пов'язано з бойовими діями та окупацією деяких районів та областей України.

У 2022 році психоневрологічні інтернати, що продовжують роботу, прийняли:

- близько 1734 ВПО з інвалідністю⁵;
- 3062 нових мешканців/-ок та працівників/-ць загалом.

У 2023 році ці показники сягнули:

- близько 1045 ВПО з інвалідністю;
- близько 1345 нових мешканців/-ок та працівників/-ць загалом.

Загалом за 2022-2023 роки місткість психоневрологічних інтернатів в Україні зросла – на близько 4826 осіб⁶.

У 2023 році психоневрологічні інтернати отримали з обласних бюджетів фінансування⁷:

- близько 3 281 720 605 грн.

У 2022-2023 роках місткість Бі також збільшилася, зокрема внаслідок приймання мешканців/-ок та персоналу з евакуйованих закладів зі Сходу країни.

У 2022 році динаміка змінилася:

- близько 1650 нових мешканців/-ок та працівників/-ць;
- з них – близько 1018 ВПО з інвалідністю.

⁵ Дані щодо кількості осіб з інвалідністю з-поміж ВПО не є точними, оскільки деякі ОДА у відповідь на інформаційні запити надавали кількість ВПО загалом, без дезагрегації людей з інвалідністю.

⁶ Дані про збільшення місткості закладів наведені за винятком інформації щодо закладів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей.

⁷ Інформація щодо розмірів фінансування закладів з обласних бюджетів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей відсутня.

У 2023 році також спостерігалось певне збільшення місткості закладів:

- близько 698 нових мешканців/-ок та працівників/-ць;
- з них – близько 589 ВПО з інвалідністю.

Загалом за 2022-2023 роки місткість будинків-інтернатів збільшилася на 2473 особи⁸.

Фінансування будинків-інтернатів для громадян похилого віку та осіб з інвалідністю з обласних бюджетів у 2023 році становило⁹:

- близько 1 749 292 953 грн.

Протягом 2022-2023 років місткість молодіжних відділень при дитячих будинках-інтернатах також дещо збільшилась, зокрема й через евакуйованих з інших районів та областей закладів.

У 2022 році молодіжні відділення прийняли:

- близько 183 нових мешканців/-ок та працівників/-ць;
- з них – щонайменше 35 осіб з інвалідністю з-поміж ВПО.

У 2023 році динаміка збільшення місткості дещо змінилася, молодіжні відділення прийняли більше нових мешканців/-ок:

- близько 264 нових мешканців/-ок та працівників/-ць;
- з них – щонайменше 132 особи з інвалідністю з-поміж ВПО.

Загалом у 2022-2023 роках молодіжні відділення прийняли близько 491 нового мешканця/-ку¹⁰.

У 2023 році фінансування молодіжних відділень з обласних бюджетів склало¹¹:

- близько 657 266 811 грн¹².

8 Дані про збільшення місткості закладів наведені за винятком інформації щодо закладів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей.

9 Інформація щодо розмірів фінансування закладів з обласних бюджетів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей відсутня.

10 Дані про збільшення місткості закладів наведені за винятком інформації щодо закладів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей.

11 Інформація щодо розмірів фінансування закладів з обласних бюджетів Одеської, Львівської та Івано-Франківської областей відсутня.

12 Інформація щодо фінансування молодіжних відділень не є точною, адже деякі ОДА надали узагальнену інформацію щодо фінансування дитячих будинків-інтернатів.

2

Аналіз чинних політик

У 2015 році Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю у [Заключних зауваженнях стосовно першої доповіді України](#) зазначив, що він наполягає на тому, щоб держава-учасниця вжила заходів для деінституціоналізації, а також виділила достатні ресурси на розвиток служб підтримки в місцевих громадах, які дозволили б усім людям з інвалідністю вільно обирати – з ким, де та в яких житлових умовах вони житимуть. На виконання рекомендацій Комітету розпорядженням КМУ було затверджено відповідний [План заходів](#) до 2020 року.

На виконання цієї рекомендації Комітету, було передбачено два заходи:

- запровадження у громадах соціальних послуг із метою забезпечення права дітей з інвалідністю на виховання у сімейному середовищі;
- забезпечення виявлення потреб громад у соціальних послугах.

Ці заходи не були повною мірою реалізовані на місцевому рівні. Наразі є:

[Закон України “Про соціальні послуги”](#) від 2020 року та частина державних стандартів послуг відповідно до переліку зазначеному в Законі;

[Порядок](#) визначення потреб населення в соціальних послугах, розроблений Міністерством соціальної політики у 2023 році. Наразі необхідно, щоб громади належним чином провели оцінку та опублікували дані.

У 2019 році в [Об’єднаній другій та третій доповіді України про виконання Конвенції про права осіб з інвалідністю](#) щодо статті 19 Конвенції – Україна здебільшого звітувала змінами до Закону України “Про соціальні послуги”. Іншим досягненням на виконання статті 19 вказано запровадження послуг підтриманого проживання на базі трьох діючих закладів стаціонарного догляду, що жодним чином не відповідає принципам самостійного життя у громаді.

Наступний [План дій](#) щодо виконання Конвенції затверджено у 2021 році – строком до 2025 року. Національна соціальна сервісна служба на підставі узагальненої інформації від виконавців має до 1 квітня кожного року інформувати Кабінет Міністрів України про виконання Плану. Відсутність узагальненої інформації у відкритому доступі унеможлиблює оцінку його впровадження.

На виконання протягом 2021-2025 року Планом затверджено захід: “Розроблення довгострокових рішень щодо деінституалізації послуг для повнолітніх осіб з інвалідністю та самостійного проживання їх у територіальній громаді”. Більш детальної інформації – про що саме має бути відповідний нормативно-правовий акт, який згідно з Планом має бути внесено на розгляд КМУ, – немає.

Згадки зобов'язання проводити деінституалізацію наявні й в інших стратегічних документах, безпосередньо не пов'язаних з Конвенцією про права осіб з інвалідністю, а саме в:

[Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року](#) – серед очікуваних результатів, зокрема, передбачено забезпечення доступності допомоги щодо психічного здоров'я на рівні територіальних громад та зменшення інституціоналізації й, як наслідок, сегрегації осіб, що мають проблеми з психічним здоров'ям.

[Плані заходів на 2021-2023 роки](#) – містить заходи щодо надання послуг на рівні громади, а також заходи з покращення умов проживання в закладах стаціонарного догляду (розроблення рекомендацій щодо умов проживання / перебування осіб зі стійкими інтелектуальними та / або психічними розладами в закладах соціального захисту та закладах охорони здоров'я).

[Національній стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року](#) – у Стратегії не виокремлено проблеми щодо інституційного догляду дорослих людей з інвалідністю, хоча в четвертому розділі щодо суспільної та громадянської безбар'єрності (у висновку щодо застарілості підходів в охороні здоров'я) зазначено: “Діяльність органів охорони здоров'я часто призводить до переміщення громадян у заклади закритого типу, які обмежують можливості їх соціальної залученості та участі”. [План заходів на 2023-2024 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року](#) містить окремі заходи щодо розвитку соціальних послуг, де увага зосереджена саме на послугі підтриманого проживання.

[Плані пріоритетних дій Уряду на 2024 рік](#) – у пункті 145 визначає завдання Міністерству соціальної політики до грудня 2024 року, а саме “розробити та подати Кабінету Міністрів України проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України щодо схвалення Стратегії реформування психоневрологічних, інших інтернатних закладів та деінституціоналізації догляду за особами з інвалідністю, особами похилого віку та затвердження операційного плану заходів з її реалізації”. Виконання цього завдання в тісній співпраці між Міністерством соціальної політики, іншими органами центральної влади та громадянським суспільством (з урахуванням аналізу в цьому документі та інших напрацювань ГО)

допоможе врахувати вже зазначені прогалини чинних програм, політик і НПА та розробити документ, до складу якого увійде також думка стейкхолдерів.

Очевидно, що держава приділяє увагу розвитку різних послуг на рівні громади. У разі реального та послідовного впровадження вже зазначених у чинних стратегічних документах ініціатив (соціальні послуги, психічне здоров'я, доступність, розробка та подальше впровадження ширшої стратегії деінституціоналізації) – можна було б зменшити кількість людей з інвалідністю, які вперше потрапляють до закладів стаціонарного догляду.

Однак у чинних стратегічних документах не міститься конкретних зобов'язань, які були б спрямовані на виведення людей з інтернатної системи. Також коли йдеться про розвиток або впровадження нових соціальних послуг, зазвичай згадують лише “підтримане проживання”, що є достатньо ризикованою тенденцією звуження розуміння комплексності процесу деінституціоналізації. Не заперечуючи важливість розвитку цієї соціальної послуги, варто звернути увагу на розвиток та фактичну наявність у всіх громадах інших базових послуг, без запровадження яких реформа деінституціоналізації є неможливою. А також напрацювати моделі нових механізмів, про які вже згадувалось вище, зокрема щодо послуги прийняття рішень з підтримкою тощо.

3 Нормативне регулювання

Україна імплементувала більшість міжнародних нормативно-правових актів, які стосуються осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та осіб старшого віку, згідно з якими особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та особи старшого віку володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України, законами України та міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Разом із цим, окрім декларативної мети закріпити права, необхідно закріпити механізм їх реалізації, і саме в цьому є безліч прогалин. Ці ключові висновки з аналізу нормативно-правових актів шукають відповіді на питання, які ж правові механізми реалізації прав наразі доступні особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та особам старшого віку та дослідити бар'єри, які можуть виникати при спробі такої реалізації, особливо під час незалежного проживання у громадах.

З метою аналізу – як узгодженості, так і практичної можливості реалізації прав людини, а також для розуміння чинних прогалин, – НПА було згруповано за напрямками:

- встановлення інвалідності;
- інститут встановлення недієздатності;
- медичні та реабілітаційні послуги;
- соціальні послуги;
- пенсійні виплати та пільги;
- житло;
- доступність інфраструктури й транспорту;
- освіта;
- працевлаштування.

Встановлення інвалідності є чи не найголовнішим фактором, адже чи не найбільше соціальних, реабілітаційних послуг, виплат та пільг залежать саме від наявності в особи (медичного та юридичного) статусу інвалідності, що регулюється

Законом України [“Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”](#) та Постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року № 1307 [“Питання медико-соціальної експертизи”](#). Ця система встановлення

статусу інвалідності містить багато недоліків, внаслідок чого були неодноразові спроби її реформувати.

Як наслідок, 3 грудня 2020 року було ухвалено Закон України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” (далі – Закон).

Своєю чергою, розпорядженням Кабінету Міністрів України “Про затвердження плану заходів щодо зміни оцінки потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування проведення медико-соціальної експертизи в Україні” передбачено реформувати медико-соціальну експертизу строком до 1 січня 2025 року. Одним з етапів виконання плану є розроблення та подання КМУ проєкту Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо зміни підходів до проведення оцінки визначення потреб та механізму їх забезпечення для осіб з обмеженням повсякденного функціонування та реформування системи медико-соціальної експертизи в Україні на основі результатів аналізу та відповідно до визначеної цільової моделі системи надання послуг особам зі стійкими обмеженнями повсякденного функціонування”. Попри строк виконання на 1 вересня 2023 року, станом на березень 2024 законопроєкт не тільки не прийнято – він навіть не розроблений. На додаток, напрацювання презентовані восени 2023 року були [розкритиковані громадським сектором](#) – як такі, що призводять до порушень прав людей з інвалідністю.

Ще один важливий для подальшого реформування аспект – це запровадження [Міжнародної класифікації функціонування](#) (МКФ). Законом України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” визначено, що система реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальній моделі обмеження повсякденного функціонування / життєдіяльності, “Реабілітаційній стратегії охорони здоров’я” та “Міжнародній класифікації функціонування”, на обмеженні життєдіяльності та здоров’я. Однак наразі це використання на практиці можливе лише під час надання реабілітаційної допомоги [мультидисциплінарними реабілітаційними командами](#), які не діють у всіх МСЕК. Друге питання до українського тексту МКФ стосується перекладу. Англomовна назва тексту International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) в українському перекладі стала “Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я” (МКФ), де перекладачі/-ки замінили слово disability на “обмеження життєдіяльності”, змінивши таким чином фокус всього документу та створивши передумови до виникнення нового статусу “обмеження життєдіяльності та функціонування” – на додачу до наявного статусу “інвалідність”. Такий “вільний” переклад та зміна підходу не відповідають суті МКФ та потенційно [можуть призвести](#) до нового дублюючого статусу “обмеження життєдіяльності”, який лише додатково бюрократизує українське законодавство.

Процедура встановлення недієздатності регулюється, зокрема, [Цивільним процесуальним кодексом України](#). Фізична особа може бути визнана судом недієздатною, якщо вона внаслідок хронічного, стійкого психічного розладу не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (частина перша статті 39 Цивільного кодексу України); порядок розгляду судом справ про визнання судом фізичної особи недієздатною та поновлення цивільної дієздатності фізичної особи визначено у главі 2 розділу IV «Окреме провадження» (статті 295-300) Цивільного процесуального кодексу України. Це регулювання передбачає повне позбавлення дієздатності та призначення опікуна.

Натомість Рекомендація Комітету Міністрів Ради Європи від 23 лютого 1999 року № R(99)4 "[Про принципи, що стосуються юридичного захисту недієздатних повнолітніх осіб](#)" рекомендує урядам держав-членів передбачити або удосконалити у своїх законодавствах положення, зокрема про те, щоб належні заходи захисту або інші юридичні заходи, застосовані для охорони особистих або майнових інтересів недієздатних повнолітніх осіб, були доступні в невідкладних випадках (пункт 2 принципу 2); національне законодавство має визначати, які юридично значимі дії зазначених осіб мають настільки особистий характер, що їх здійснення представником є неможливим (пункт 1 принципу 19). Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю послідовно просуває [позицію](#) у своїх заключних рекомендаціях державам-учасницям про необхідність трансформації підходів від інституту опікунства – аж до підтримки у прийнятті рішень (і відмови від позбавлення людини дієздатності). Аналогічний підхід [адвокатує](#) Агенція з фундаментальних прав Європейського Союзу (FRA).

Чинний інститут позбавлення дієздатності й опіки не відповідає вимогам Конвенції та призводить до порушення прав людини. Україна має змінити передусім ставлення, визнати правоздатність всіх людей з інвалідністю й розробити підходи до реалізації підтриманого прийняття рішень, адже завдання держави гарантувати, захищати та уможливити, щоб кожна людина могла у спосіб, який їй підходить, максимально реалізувати свої права і свободи.

Основним законом, який регулює **надання соціальних послуг в Україні** є Закон України "[Про соціальні послуги](#)", що стосується не лише людей з інвалідністю, а всіх, кого держава визначає як широке коло "осіб / сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах". У статті 16 Закону України "Про соціальні послуги" надано перелік лише 18 базових соціальних послуг, зокрема:

- догляд вдома, денний догляд;
- підтримане проживання;
- соціальна адаптація;

- соціальна інтеграція та реінтеграція;
- фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, а також порушення зору;
- переклад жестовою мовою (не повний перелік).

Додатково визначено, що такий перелік визначено [класифікатором соціальних послуг](#). Забезпечення базових соціальних послуг (бюджетування) покладається на органи місцевого самоврядування. Для організації надання послуг у громаді необхідно визначити, чи є [потреба територіальної громади в соціальній послугі](#). А отже, потрібно зібрати, узагальнити та проаналізувати кількісні та якісні дані щодо наявності на відповідних територіях вразливих груп населення, осіб / сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, а також дані щодо їхніх потреб у соціальних послугах. У минулому підхід ОМС до таких оцінок був [досить формальним](#); з іншого боку – проведення професійних соціологічних досліджень та фокус-груп є доволі дорогою послугою, що викликає питання спроможності громад фінансувати такі дослідження. Такі дані могли б надавати організації громадянського суспільства: зокрема, порядок передбачає залучення таких організацій до визначення потреб населення територіальної громади у соціальних послугах за умови відкритості сторін та готовності до реальної співпраці.

Надання медичних послуг, зокрема первинної медичної допомоги (включно з психіатричною допомогою на первинному рівні), регулюється:

Законом України [“Основи законодавства України про охорону здоров’я”](#);

Законом України [“Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”](#);

Постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 № 410 [“Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій”](#).

Станом на 2024 рік медичну допомогу надають у межах 44 медичних послуг, зокрема реабілітаційних та психіатричних:

- реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах;
- психіатрична допомога дорослим та дітям, яку надають мобільні мультидисциплінарні команди.

Питання надання **реабілітації** (соціальної, медичної, трудової тощо) регулюється – зокрема, але не винятково:

- Законом України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”;
- Законом України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я”;
- Законом України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”;
- Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”;

[Державною типовою програмою реабілітації осіб з інвалідністю](#), затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686.

Фінансування заходів із реабілітації відбувається на різних рівнях (державному, регіональному, місцевому), тож поряд із цим відсутній і єдиний маршрут отримання таких заходів. Залежно від необхідної реабілітації (соціальної, трудової, медичної тощо) особі необхідно звертатися до різних органів, і ця множинність маршрутів отримання допоміжних засобів реабілітації, які діють в Україні сьогодні, ускладнює доступ до них. Більшість із таких маршрутів вимагають від особи наявності статусу особи з інвалідністю, що автоматично унеможлиблює отримання нею засобу реабілітації без такого статусу.

Основною відмінністю нормативного регулювання є зарахування допоміжних засобів реабілітації до медичних та немедичних виробів. Водночас Постановою Кабінету Міністрів України від 05 квітня 2012 року № 321 “[Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації](#) (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку” в редакції від 15 грудня 2023 року передбачено, що засоби реабілітації, виготовлені на замовлення, виготовляються та постачаються суб’єктами господарювання, яких включено Держлікслужбою до [Реєстру](#) осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики in vitro в обіг – у такий спосіб фактично прирівнявши їх до медичних виробів.

З прийняттям Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” було повністю реформовано систему охорони здоров’я. Заклади охорони здоров’я стали незалежними від департаментів охорони здоров’я, однак програмою медичних гарантій не передбачено фінансування закупівлі допоміжних засобів реабілітації. А отже, таке фінансування залишається за департаментом охорони здоров’я.

Питання **пенсійного та соціального забезпечення** в Україні регулюють – зокрема, але не винятково, – такі нормативно-правові акти:

Закон України [“Про пенсійне забезпечення”](#);

- Закон України “Про загальнообов’язкове державне пенсійне страхування”;

Закон України [“Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю”](#);

Закон України [“Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю”](#).

Пенсія по інвалідності призначаються людям з інвалідністю за наявності страхового стажу від 1 до 15 років (необхідна тривалість страхового стажу залежить від віку, коли інвалідність було встановлено). Розмір пенсії по інвалідності обчислюють залежно від групи інвалідності – у відсотках розміру пенсії за віком:

- 100 % пенсії за віком – особам з інвалідністю I групи;
- 90 % пенсії за віком – особам з інвалідністю II групи;
- 50 % пенсії за віком – особам з інвалідністю III групи.

Водночас до страхового стажу для обчислення розміру пенсії за віком, з якого обчислюється розмір пенсії по інвалідності, крім набутого страхового стажу, зараховується період із дня встановлення інвалідності до досягнення віку 60 років. Мінімальні розміри пенсійних виплат по інвалідності:

- для осіб з інвалідністю I групи – 2 760 грн;
- для непрацюючих осіб з інвалідністю II і III груп – 2 520 грн;
- для працюючих осіб з інвалідністю II і III груп – 2 093 грн.

Слід зауважити, що зазначені вище розміри пенсій можуть змінюватися, залежно від підстави для настання інвалідності. Державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю встановлюється, виходячи з рівня забезпечення прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Загалом більшість виплат у державі розраховуватимуть відповідно до прожиткового мінімуму громадян/-ок, однак розмір та схема розрахунку [прожиткового мінімуму](#) не відповідають потребам сьогодення. Неодноразово за останні роки на рівні міністерств порушували дискусію – як на тему перегляду мінімального прожиткового мінімуму, так і загалом щодо [реформування системи пенсій та пільгових виплат](#), – однак будь-яких змін реалізовано не було.

Наразі в українському законодавстві наявне регулювання **соціального та тимчасового житла**. Тож питання забезпечення житла особам, які потребують соціального захисту, регулюються великою кількістю нормативно-правових актів – зокрема, але не винятково:

Законом України [“Про житловий фонд соціального призначення”](#);

Постановою Кабінету Міністрів від 29 травня 2021 року № 682 [“Деякі питання реалізації Закону України “Про житловий фонд соціального призначення”](#).

Поняття “соціальне житло” в Законі України “Про житловий фонд соціального призначення” сформульоване як “житло всіх форм власності (крім соціальних гуртожитків) із житлового фонду соціального призначення, що безоплатно надається громадянам України, які потребують соціального захисту, на підставі договору найму на певний строк”. Закон визначає низку пільгових категорій, які можуть отримати соціальне житло – в першу чергу або поза чергою. Загалом таких категорій є 32, а до них належать, зокрема, ветерани/-ки бойових дій, особи з інвалідністю, діти-сироти, багатодітні сім’ї.

Зі свого боку Постанова про фонд соціального призначення описує порядок взяття на соціальний квартирний облік, обрахування вартості майна осіб, визначення вартості оренди в населеному пункті, порядок моніторингу доходів людей на соціальному квартирному обліку та порядок надання соціального житла. Однак наявні критерії щодо того, хто має право претендувати на соціальне житло, можуть не враховувати частину людей, які фактично потребують такого житла. Попри те що Постанова перераховує необхідні для подання заяви для взяття на соціальний квартирний облік документи, їх вичерпний перелік визначає кожен орган місцевого самоврядування окремо, а на місцях можуть вимагати додаткових документів та ці переліки відрізняються.

Постановою Кабінету Міністрів від 02 жовтня 2019 року № 422 [“Про затвердження Порядку формування фондів житла для тимчасового проживання та Порядку надання і користування житловими приміщеннями з фондів житла для тимчасового проживання”](#) визначається регулювання такого житла – на тимчасове житло можуть претендувати біженці/-ки та люди, які втратили житло через стихійне лихо або іншу аварію. Додатковими умовами для того, щоб отримати тимчасове житло, є брак у людини іншого житла, а також розмір доходу, який не дозволяє орендувати інше житло самостійно.

Наразі в Україні немає цілісної законодавчої бази для регулювання й управління фондом житла тимчасового призначення. На додаток, тимчасове житло частково дублює функції соціального. Згідно з українським законодавством, якщо людина не має житла у власності й не може орендувати його самостійно, саме держава має забезпечити її потребу в житлі. В чинному Житловому кодексі України існує норма

щодо ведення “квартирної черги”, тобто обліку осіб, які потребують поліпшення житлових умов. Крім “загальної” квартирної черги, з появою тимчасового житла з’явився окремий облік людей, яким воно потрібне, а ухвалення закону про соціальне житло закріпило існування ще однієї “черги”.

Основним нормативно-правовим актом, який регулює надання **освітніх послуг** в Україні є Закон України [“Про освіту”](#), який вводить термін “особа з особливими освітніми потребами” та регулює питання організації та надання послуг інклюзивного навчання. Водночас Постановою Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 545 “Про затвердження Положення про ресурсно-інклюзивний центр” затверджено основи діяльності ресурсно-інклюзивних центрів. Інклюзивно-ресурсний центр – це установа, яка створена з метою реалізації права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, зокрема в закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших навчальних закладах, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти.

Інклюзивно-ресурсні центри:

- проводять комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини;
- надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги;
- забезпечують системний та кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами.

Питання працевлаштування регулюються (не винятково):

[Кодексом законів про працю України](#);

- Законом України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”;
- Законом України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”.

З одного боку, законодавство України закріплює безліч гарантій для працевлаштування осіб з інвалідністю, як-от:

- можливість скороченого робочого дня;
- збільшена кількість днів відпустки;
- гарантії щодо звільнення таких осіб;
- [облаштування робочого місця](#).

Водночас держава створює перепони задля працевлаштування, зокрема щодо ухвалення рішень медико-соціальною експертною комісією

щодо “непрацездатності” людини або встановлення прямих заборон на ту чи іншу діяльність. 30 травня 2023 року Верховна Рада України прийняла за основу [Євроінтеграційний](#) законопроект [№ 5344-д](#), однак він все ще перебуває на стадії внесення змін у другому читанні – й до цього також є [зауваження](#) від організацій людей з інвалідністю.

Доступність будівель в Україні регулюють державні будівельні норми – зокрема, але не винятково:

- ДБН В.2.2-10:2022 [“Заклади охорони здоров’я”](#);
- ДБН В.2.2-18:2007 [«Заклади соціального захисту населення»](#) та інші.

Однак попри те що більшість державних будівельних норм містять положення про інклюзивність будівель, ці норми не завжди застосовують під час нового будівництва та реконструкції цих будівель і споруд. Наразі не було прийнято рішення щодо масової перевірки об’єктів застарілого фонду, і як наслідок, вони залишаються недоступними для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення. Як і залишились нерозв’язаними також питання належної оцінки нових об’єктів та притягнення до відповідальності тих забудовників, які не дотримуються ДБН.

Питання надання **транспортних послуг** особам з інвалідністю в Україні регулюють – зокрема, але не винятково – такі нормативно-правові акти:

- Закон України [“Про автомобільний транспорт”](#);
- Закон України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”;
- [Правила надання послуг пасажирського автомобільного транспорту](#), затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 18.02.1997 № 176;
- [Порядок проведення конкурсу з перевезення пасажирів на автобусному маршруті загального користування](#), затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2008 № 1081.

У зазначених НПА наведено різні нормативи забезпечення маршрутів автотранспортними засобами, пристосованими для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення. Зокрема, Правила надання послуг пасажирського автомобільного транспорту містять норму про використання на маршруті автобусів, пристосованих для перевезення осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, а саме до 35 % від загальної кількості автобусів до 31 грудня 2019 року та до 50 % – з 1 січня 2020 року. Зі свого боку, Порядок проведення конкурсу з перевезення пасажирів на автобусному маршруті

руті загального користування містить норму про те, що організатор встановлює вимогу щодо забезпечення: роботи на об'єкті конкурсу, який охоплює міські та приміські маршрути загального користування; транспортних засобів, пристосованих для перевезення осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення – кількістю до 50 % від загальної кількості автобусів на міських автобусних маршрутах загального користування (починаючи з 2025 року – до 70 %) та до 20 % – на приміських.

Також окрім різних нормативів щодо забезпечення кількості транспортних засобів, доступних для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, не внормовано маршрути, на які розповсюджуються вищевказані норми. Порядок не розповсюджує свою дію на міжміські перевезення, а отже, проведення конкурсу можливе без узгодження транспортних засобів до вимог доступності для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення на міжміських маршрутах. Ці неузгодженості та прогалини призводять до того, що [транспортні послуги залишаються здебільшого недоступними](#) для людей з інвалідністю, навіть у великих містах.

4

Аналіз стейкхолдерів

Складність із мапуванням зацікавлених сторін у просуванні деінституціоналізації та розбудові послуг на рівні громад для людей з інвалідністю полягає у тому, що деінституціоналізація ще не стартувала, тому своє бачення і прихильність чи застороги висловлюють одиниці. Це ускладнює розуміння того, які зацікавлені сторони можуть підтримати зміни, які – підтримають їх частково, а які – будуть протидіяти. Водночас є багато попередніх напрацювань та процесів, які варто взяти до уваги, визначаючи як зацікавлені сторони, так і потенційний напрямок руху у просуванні змін.

Окрім того, деінституціоналізація та, головне, саме створення на рівні громад послуг для людей з інвалідністю, а також людей старшого віку, неможливі без змін у дотичних сферах. Передусім це зміна підходів до:

- фінансування послуг у громадах;
- розбудови доступної інфраструктури;
- просування питань психічного здоров'я та кампаній зниження стигми;
- реформування чинного законодавства, яке обмежує дієздатність, та зрештою створення моделі прийняття рішень із підтримкою;
- деінституціоналізації дитячих закладів та розвитку послуг для дітей з інвалідністю;
- фактичного закриття дитячих закладів усіх типів.

Отже, державні органи, органи місцевого самоврядування, громади, громадянське суспільство, бізнес та активісти/-ки з інвалідністю, які працюють у вищеназваних напрямках, мають також розглядатися як потенційні партнери в реалізації реформи або адвокатуванні її окремих компонентів.

ГО Fight For Right було проведено аналіз різних стейкхолдерів, які можуть мати позицію щодо майбутньої реформи: наводимо тут лише підсумки цього [аналізу](#). Також під час зустрічі “Ужгородської групи” відбулися серії обговорень щодо потенційних ролей та залучення ширшого кола стейкхолдерів громадянського суспільства лягли – дискусії лягли в основу аналізу цієї групи зацікавлених сторін.

1. УРЯД, ПАРЛАМЕНТ ТА ІНШІ СТЕЙКХОЛДЕРИ НА НАЦІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Основне навантаження з реалізації реформи ДІ буде на уряді України. Чи буде воно охоплювати міжсекторальну співпрацю – наразі не зрозуміло. Але саме про те, щоб адвокатувати перед державою необхідність створення та координації роботи різних урядових стейкхолдерів, йшлося під час розробки “Теорії змін”. Координація на національному рівні потрібна принаймні між:

- урядом, а саме ключовими міністерствами: МСП, МОЗ, МОН та Мінюстом;
- другорядними урядовими стейкхолдерами – Мінінфраструктури та Мінветеранів;
- Верховною Радою України;
- Уповноваженим ВРУ з прав людини та Радницею-уповноваженою Президента з питань безбар’єрності.

Станом на початок 2024 року саме Мінсоцполітики має завдання розробити стратегічний документ та план реалізації ДІ (грудень 2024 року). Саме це Міністерство надалі відіграватиме головну роль у створенні послуг у громадах. Великий обсяг робіт чекає і на МОЗ, зокрема щодо реформи надання послуг із психічного здоров’я. Як Мінсоцполітики, так і МОЗ впродовж останнього часу реалізовували окремі реформи¹³, які ще не завершені, а також дуже опосередковано залучали громадськість, що є великим ризиком непрозорості процесу та відсутності впливу самої спільноти людей з інвалідністю на нього. Наразі рушійною силою артикулювання необхідності реформи є тиск громадськості, євроінтеграційні процеси та виконання міжнародних договорів системи ООН, а також тиск міжнародних партнерів країни.

Мін’юст є важливим стейкхолдером реформи ДІ, адже його залученість до змін в інституті опіки та позбавлення дієздатності матиме значний вплив на швидкість ДІ. Залучення Мінюсту необхідне також для гарантування надання правничої допомоги людям з інтелектуальними та психічними порушеннями, зокрема в інституціях та особам, які позбавлені дієздатності. Щодо МОН маємо очікування більш активної позиції у питаннях освіти дітей з інвалідністю, які перебувають в закладах інституційного догляду Мінсоцполітики. Від проактивної роботи Мінінфраструктури залежить посилення контролю за дотримання норм ДБН та проведенням справді доступної й інклюзивної відбудови України.

¹³ До прикладу, пілотування послуги підтриманого проживання, створення послуги життєстійкості, розробка підходів до реформування медичних та реабілітаційних послуг тощо. Деякі з цих ініціатив призвели до розробки нормативних документів, як-от державний стандарт послуги підтриманого проживання, а деякі, як-от реформування МСЕК, перебувають у розробці (травень 2024).

У Верховній Раді України можна виокремити кілька неформальних груп депутатів/-ок з різними інтересами, що потенційно впливатимуть на хід деінституціоналізації. Ключовим є здобуття підтримки груп, які займаються питаннями прав ветеранів/-ок, євроінтеграцією. Важливою буде проактивна робота Комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів. Об'єднання народних депутатів/-ок, які свого часу створили Тимчасову слідчу комісію ВРУ з питань розслідування випадків та причин порушення прав дитини, можуть стати противниками реформи ДІ.

Необхідно долучити до просування ДІ Уповноваженого ВРУ з прав людини, першу леді Олену Зеленську та Радницю-Уповноважену Президента з питань безбар'єрності. Саме ці стейкхолдери своєю попередньою діяльністю у сфері прав людей з інвалідністю демонструють підтримку створення безбар'єрного середовища та відповідно можуть стати рушіями адвокатування за ДІ.

2. МІСЦЕВА ВЛАДА ТА ГРОМАДИ

Громади, на які ляже, зокрема обов'язок надання соціальних послуг людям з інвалідністю, котрі виходитимуть з інституцій, у сьогоденних умовах точно можуть бути противниками реформи ДІ. Громади зараз не можуть впоратись із якісним наданням [18 базових послуг](#) – особливо тих, які потребують ресурсів та фахівців/-чинь. Однак без співпраці з громадами, зокрема в частині врахування спроможності громад надавати соціальні послуги, створення нової системи послуг, яка б дозволила людям жити поза інтернатами, – мало ймовірно.

3. ГРОМАДЯНСЬКЕ СУСПІЛЬСТВО

Головним рушієм реформи, а також гарантом її якості, має стати громадянське суспільство, батьки та родичі людей з інвалідністю, а також самі люди з інвалідністю. Звичайно, ці **три групи** не є однорідними. Не всі неурядові організації підтримують реформу – тут може йтися й про деякі організації людей з інвалідністю та / або благодійні фонди. Противниками можуть бути також і батьки та родичі людей з інвалідністю, які не в змозі здійснювати догляд. Окремі люди з інвалідністю, які вважають, що їхній досвід інституціоналізації в шкільному віці був єдиною можливістю, також можуть підтримувати збереження чинної системи.

Серед організацій громадянського суспільства можна виокремити дві великі групи: організації людей з інвалідністю та організації, які працюють для людей з інвалідністю.

- Організації людей з інвалідністю, батьків дітей з інвалідністю, формальні й неформальні групи людей з інвалідністю, лідери/-ки руху за права людей з інвалідністю.

- Правозахисні організації є потенційними партнерами в наданні правничої допомоги людям з інвалідністю в інтернатах, у справах щодо відновлення дієздатності, а також у проведенні досліджень щодо відповідності законодавства міжнародним стандартам. Організації, які нині вже працюють в інституціях, – як ніхто знають про порушення прав людей з інвалідністю, а отже, можуть стати потенційними партнерами у поширенні інформації про чинну систему.

Ветеранські організації – оскільки ветерани та ветеранки з інвалідністю відчують усі ті самі [перешкоди](#), що й люди з інвалідністю, а відсутність послуг для них також може призводити до інституціалізації.

У категорії організацій, які працюють для людей з інвалідністю, є й інші потенційні партнери, але наразі складно встановити їхнє ставлення до ДІ. Йдеться про організації, які почали працювати з питаннями інвалідності в умовах війни. Порятунком людей з інвалідністю від війни, через відсутність доступного житла та доступних послуг, часто може закінчуватися інституціалізацією врятованих. Підтримка такими організаціями реформи ДІ можлива за умови глибшого занурення в тему дотримання прав людей з інвалідністю. Зокрема, це потребує розуміння того, що розбудова підтримки на рівні громади є кращою перспективою з погляду майбутнього, ніж допомога у відновленні чи розширенні інституцій зараз, адже це консервує чинну систему та поглиблює сегрегацію вже за двома ознаками: інвалідністю або віком та досвідом внутрішнього переміщення.

З-поміж організацій, позиція яких щодо деінституціалізації є незрозумілою, є й благодійні організації та окремі благодійники/-ці, які допомагають інтернатам та людям в інтернатах продуктами, ліками, одягом, ремонтом тощо. Важливо переконати благодійні організації у поступовій зміні акценту з надання благодійної допомоги на підтримку надання послуг, які дозволятимуть мешканцям та мешканкам інтернатів здобувати навички самостійного життя, адже ефективність від такої допомоги буде значно вищою.

Завдяки ініціативі окремих організацій людей з інвалідністю, які відкрито вимагають від уряду розпочати реформу ДІ, а також євроінтеграційним процесам, деінституціоналізація має стартувати вже у 2024 році. На додаток, найімовірніше, саме громадськість візьме на себе збір інформації, аналіз поточної ситуації, пошук ресурсів на пілотні проекти, залучення експертів та експерток для підготовки законодавчих змін, інформаційні кампанії тощо. З огляду на відсутність змін щодо прозорого доступу до фінансування громадських організацій людей з інвалідністю з державного бюджету, такі ініціативи можливо реалізовувати лише за підтримки міжнародних донорів.

Батьки людей з інвалідністю та їхні родичі – особливо ті, які наразі перебувають у європейських країнах через війну, – можуть стати ще однією групою підтримки реформи ДІ, якщо вони будуть публічно пов'язувати своє повернення в Україну з наявністю послуг для дітей та дорослих людей з інвалідністю.

Люди з інвалідністю – особливо ті, які мають ризики потрапити до інтернатів після смерті батьків, а також та невелика кількість людей з інвалідністю, яка має досвід виходу з інтернатів, – повинні стати обличчям реформи. Коли голоси цих людей буде почуто на рівні держави, тоді реформа ДІ відбудеться не лише на папері.

5

Теорія змін – про метод та етапи

Теорія змін – це метод розробки стратегії, який визначає принципи та підходи до ефективного управління перебігом змін у суспільних процесах. Цей підхід передбачає аналіз потреб і можливостей, розробку окремих конкретних стратегій, а також планування та впровадження змін із метою досягнення поставлених широких цілей. Саме тому було обрано цей метод задля пропрацювання ширшої картини – яких саме змін політик, нормативного регулювання та суспільних трансформацій потрібно досягти в Україні, щоб кожна людина з інвалідністю могла гідно та незалежно жити у громаді.

Розробка теорії змін зазвичай містить певні етапи

- 1. Створення підвалин для змін:** виокремлення тих передумов, які необхідні для досягнення стратегічних цілей та запровадження бажаних змін.
- 2. Створення коаліції змін:** формування групи стейкхолдерів, які виступають у ролі лідерів та драйверів змін. Ця коаліція відіграє головну роль у просуванні змін та контролі того, що процес рухається в бажаному та заздалегідь визначеному напрямку.
- 3. Визначення візії та стратегії змін:** розроблення чіткої візії майбутнього бажаного стану (зміни) та стратегій, які допоможуть досягти цієї візії.
- 4. Залучення учасників і учасниць:** важливо залучити інших стейкхолдерів до напрацювання стратегій та впровадження змін – це підвищило б рівень підтримки та знизило б опір.
- 5. Впровадження змін:** офіційне впровадження короткострокових стратегій та планів змін із конкретними вимірювальними цілями. На цьому етапі важливо здійснювати систематичний моніторинг та коригування, щоб дотримуватися розроблених стратегій та досягати поставлених цілей.
- 6. Забезпечення успіху та утримання змін:** розроблення механізмів для підтримки та утримання внесених змін, розв'язання проблем та створення культури, яка сприяє трансформації суспільства.

Наразі робота “Ужгородської групи” – це етапи створення необхідності змін, проговорення візії та стратегії, дискусія щодо створення коаліції змін та подальшого залучення учасників/-ць. Наступні кроки – це розробка стратегій компонентів змін та впровадження змін разом із зацікавленими стейкхолдерами.

Окремі компоненти змін наведено в наступному розділі. Також учасниками/-цями групи було опрацьовано необхідні інструменти роботи та зроблено попередню інвентаризацію ресурсів – як наявних, так і тих, що потрібно залучати.

Горизонт планування в межах чинної “Теорії змін” – мінімум 10 років.

6

Візія і передумови змін

Візія: в Україні створені умови, де кожна людина має цінність, вибір і живе гідним і незалежним життям у громаді.

Експертна група виокремила такі зміни¹⁴, які за умови їх реалізації будуть сигналізувати про те, що українське суспільство рухається до досягнення цієї візії:

- Україна здійснила перехід від медичної та благодійної моделей¹⁵ розуміння інвалідності до правозахисної;
- відбулася реформа пенсій, пільг та інших соціальних виплат¹⁶;
- створені та доступні різноманітні послуги на рівні громад, включно з послугами направленими на запобігання потраплянню людей в інтернатні заклади;
- завершена медична реформа, включно зі зміною підходів до психіатричної підтримки, а кожна людина має доступ до психологічної та психіатричної допомоги та альтернативу тривалому чи пожиттєвому стаціонарному лікуванню;
- кожна людина має змогу отримати підтримку, послуги та виплати згідно з індивідуальною оцінкою потреб;
- громади проводять планування та закупівлю послуг на підставі оцінки потреб громади;
- не існує інституту позбавлення правоздатності, опіки;

¹⁴ Деякі з перелічених робочою групою процесів вже запущені на національному рівні, є пілотні проекти, зокрема, з послуг у громадах, є напрацювання бачення змін до нормативного регулювання, є дискусія принаймні поміж громадянського суспільства про потребу у зміні підходів до розуміння інвалідності та відмови від благодійної моделі, є мережування між організаціями людей з інвалідністю та іншими стейкхолдерами, зокрема організаціями, що представляють ветеранів та ветеранок, внутрішньо переміщених осіб, та побудова спільних адвокаційних стратегій тощо.

¹⁵ [Різні тлумачення](#) сутності поняття “інвалідність” лягли в основу формування нинішніх “моделей інвалідності” (моральна, благодійна, реабілітаційна, медична, культурна, соціальна та ін.), які є яскравим відображенням суспільної думки певного періоду щодо осіб з інвалідністю. Ключовою ознакою переходу від медичної до правозахисної моделі буде вирішення не медичної “потреби” людини, а [усунення бар’єрів](#), які досі не дають людині користуватися правами на рівні з іншими.

¹⁶ Експерти/-ки “Ужгородської групи” обговорювали важливість змін у цій царині, адже наразі брак послуг та невідповідні ринковим цінам пенсійні та інші соціальні виплати є однією з причин, чому деякі дорослі люди потрапляють до інтернатів. Більше про напрямки реформування саме пенсійної сфери – див. у позиційному документі “[Бачення України 2030: соціально-гуманітарна сфера](#)”, до розробки якого долучилися експертки FFR.

- в країні розвивається доступна інфраструктура та послуги – архітектурно, інформаційно, фінансово тощо;
- люди з інвалідністю беруть значущу участь у процесах прийняття рішень на всіх рівнях – від держави до громади;
- спільнота людей з інвалідністю мережує з іншими суспільними групами й рухами, є значимим голос самоадвокатів/-ок та родин, і саме люди з інвалідністю визначають зміни у підходах та напрямки реформ у соціальній сфері;
- знижується стигма та рівень дискримінації людей з інвалідністю в Україні, діють ефективні механізми відновлення порушених прав;
- інтернатні заклади закриваються – в них немає потреби.

Було виокремлено чотири передумови досягнення змін – ключові зміни, яких необхідно досягти, щоб зрештою втілити візію українського суспільства, де створені умови, коли кожна людина має цінність, вибір та живе гідним і незалежним життям в громаді.

- 1.** Реформа чинного інституту недієздатності та опікунства й впровадження натомість моделі підтримки прийняття рішень.
- 2.** Розбудова доступних послуг на рівні громад – базуючись на оцінці потреб громади та індивідуальних потреб людей з інвалідністю та їхніх родин.
- 3.** Реальне закриття всіх типів інституцій – кожна людина може вільно залишити інституцію та отримувати послуги у громаді.
- 4.** Рівний доступ до ринку праці для всіх людей з інвалідністю.

Чотири ключові реформи було опрацьовано через формулювання конкретних очікуваних результатів із таймлайном у два, п'ять та десять років – див. “Кроки реформ” у Додатку 2.

Заключні ремарки

Напрацювання “Ужгородської” групи – це перший крок до ширшого обговорення змін, яких потребує Україна. Як деінституціоналізації в цілому, так і різних її передумов: на кшталт вибору моделей розвитку послуг у громадах, підтримки у прийнятті рішень, забезпечення доступних житла та інфраструктури та подолання стигматизації щодо інвалідності, зокрема психосоціальної та інтелектуальної.

Завданням цього документу було:

- окреслити масштаб проблеми, її чинники та можливі драйвери змін;
- проаналізувати чинні політики та нормативне регулювання;
- виокремити можливих стейкхолдерів та їхню позицію;
- почати візуалізувати бажані зміни;
- проаналізувати передумови змін і перелічити головні кроки.

Цей документ не є конкретною стратегією ДІ чи планом з її реалізації, однак може послугувати відправним пунктом для майбутньої ширшої дискусії з їх напрацювання.

З метою створення плану роботи на найближче майбутнє, учасники та учасниці визначили низку завдань, досягнення яких допоможе рухатися далі в реалізації ДІ.

- Розробити Стратегію ДІ + адвокатувати перед урядом та Міністерством соціальної політики використання напрацювань ГО в межах розробки національної стратегії ДІ.
- Погодити план міжнародної та національної адвокації змін, необхідних в Україні задля реалізації Стратегії ДІ.
- Напрацювати модель забезпечення послуг у громадах та уможливлення незалежного способу життя для людей із різними видами інвалідності, а також механізмів підтримки прийняття рішень та стратегію зміни підходів до опіки та недієздатності; підготувати карту змін НПА, які необхідно реалізувати.

Це великий та амбітний план, реалізація якого потребує консолідації зусиль багатьох стейкхолдерів та сильного лідерства з боку громадянського суспільства.



ДОДАТКИ

Додаток 1. Перелік учасників та учасниць

Список українських учасниць та учасників

	ФІО	Організація
1	Юлія Сачук	ГО "FFR"
2	Людмила Фурсова	ГО "FFR"
3	Ірена Федорович	ГО "FFR"
4	Денис Савченко	ГС "Ліга сильних"
5	Ігор Бевх	ГС "Ліга сильних"
6	Маріанна Онуфрик	УМПД та ГО "Соціальна синергія"
7	Олена Темченко	ЕЛІОС
8	Ірина Сергієнко	ГО "Українські правозахисні ініціативи"
9	Олеся Яскевич	ГО "Бачити Серцем"
10	Галина Курило	DRI Ukraine
11	Анна Решетник	МН4U
12	Катерина Навозенко	Фонд Руслана Шостака
13	Станіслав Туріна	Ательє "Нормально", митець

Фонд "Відродження" // International Renaissance Foundation

	ФІО	Організація
14	Ксенія Шаповал	IFR
15	Вікторія Стократюк	IFR
16	Ірина Агеева	Фасилітаторка

Іноземні експерти й експертки

	ФІО	Організація
17	Наама Лернер	Незалежна консультантка, Ізраїль
18	Шира Маром	Агенція "Байрон переклад", перекладачка
19	Стівен Аллен	Validity
20	Рита Креспо Фернандез	ENIL
21	Майкл Бах	IRIS
22	Мілена Йонова	Inclusion Europe
23	Елізабета Молдован	Ceva de spus
24	Аліна Анкута Урсой	Ceva de spus , супровідниця
25	Джорджиана Паску	Center for Legal Resources
26	Сандор Гурбай	Validity

Додаток 2

Чотири ключові реформи було опрацьовано через формулювання конкретних очікуваних результатів із таймлайном у два, п'ять та десять років – див. “Кроки реформ” у таблицях нижче.

Реформа чинного інституту недієздатності та опіки й запровадження натомість моделі підтримки прийняття рішень

Кроки, які необхідно реалізувати за 2 роки	Кроки, які необхідно реалізувати за 5 років	Кроки, які необхідно реалізувати за 10 років
Аналіз порядку проведення та рішень психіатричної експертизи.	Розвиток мережі самоадвокатів/-ок та її потенціалу – проведення навчання для тих, хто мешкає в інтернатах.	Запровадження реального механізму підтримки прийняття рішень для різних осіб з психосоціальною та / або інтелектуальною інвалідністю.
Аналіз (судової) практики відновлення дієздатності та відмов у відновленні дієздатності, узагальнення позитивних випадків.	Проведення кампанії з формування суспільної думки щодо рівних прав людей, які мають психосоціальну та / або інтелектуальну інвалідність і позбавлені дієздатності.	Запровадження робочого механізму моніторингу якості надання послуг з підтримки прийняття рішень.
Дослідження та оцінка кількості людей, які потребують відновлення дієздатності / визначення потенційної кількості позовів.	Побудова стратегічних позовів про відшкодування шкоди, завданої перебуванням в інтернаті (прецедент по репараціях).	Фактична ліквідація чинного інституту опікунства над недієздатними дорослими з інвалідністю.
Побудова мережі (коаліції) союзників для адвокатування реформи опіки (скасування практики позбавлення дієздатності).	Внесення змін до НПА – скасувати чинне НПА, яке регулює питання опікунства та запровадження механізму підтримки прийняття рішень.	Внесення змін до НПА.
Побудова мережі адвокатів/-ок, які можуть представляти інтереси осіб, яким потрібно відновити дієздатність.	Дослідження питання стигми та самостигми серед спільноти людей з інвалідністю.	Забезпечення реального доступу до правосуддя кожної людини (посилення спроможності БПД надавати послуги).

Проведення дослідження на теми фінансування інтернатів та корупції в інтернатах.	Напрацювання плану перекваліфікації та навчання персоналу інтернатів та психіатричних лікарень.	Створення механізму доступу кожної людини, яка “вийшла з інтернату”, до відшкодування.
Навчання адвокатиї та самоадвокатиї в інтернатах. Пошук агентів самоадвокатиї, залучення їх до навчальних програм.	План фактичного закриття та ревіталізації діючих інтернатів та психіатричних лікарень різного типу.	
Напрацювання підходів до комунікації змін й адвокатиї цілей, цільові аудиторії: а) родина (батьки, опікуни, інші родичі); б) адміністрації інтернатів; в) суди; г) МОЗ та НСЗУ.	Запуск та проведення комунікаційних кампаній на національному та місцевому рівнях (визначити ЦА).	

Розбудова доступних послуг на рівні громад на основі оцінки потреб громади та індивідуальних потреб людей з інвалідністю та їх родин

Кроки, які необхідно реалізувати за 2 роки	Кроки, які необхідно реалізувати за 5 років	Кроки, які необхідно реалізувати за 10 років
Затвердження національної стратегії ДІ, яка охоплює всі групи населення (діти, дорослі) – рішення КМУ.	Розробка та затвердження плану трансформації інституційних послуг у послуги на рівні громади, закриття інтернатних закладів.	Україна є країною-членкинею ЄС, отримує підтримку на проведення реформи ДІ від ЄС і фактично закриває інтернатні заклади.
Затвердження та регулярне оновлення (коригування) Плану дій до стратегії ДІ.	Створення та наповнення бази даних послуг та надавачів (додано критерії та підхід до аналізу даних та оцінки якості).	У громадах фактично є різні надавачі різних послуг.
Побудова процесу міжурядової взаємодії для реалізації плану дій та стратегії ДІ.	Розроблення моделі фінансування послуг “Гроші йдуть за людиною”.	Пілотування та зміни (за необхідності) моделі фінансування послуг “Гроші йдуть за людиною”, сформовано ринок соціальних послуг.

<p>Проведення аналізу впровадження дитячої ДІ та вивчених уроків, напрацьовано підходи до управління ризиками.</p>	<p>Розроблено пакет та прийнято необхідні зміни до НПА щодо послуг та їх фінансування.</p>	
<p>Проведення оцінки чинної системи стаціонарного надання послуг, оцінку вартості та взаємодії акторів – напрацьовано модель змін, включно з фокусом на уникнення дублювання функцій, подвійного фінансування та наявності послуг під ті чи інші запити.</p>	<p>Пошук людей / персоналу в системі для співпраці в проведенні досліджень.</p>	<p>Напрацьовано механізм контролю якості послуг на рівні громад.</p>
<p>Розроблення навчальних програм та підвищення спроможності тих, хто приймає рішення на місцевому рівні, залучення стейкхолдерів до змін.</p>	<p>Створення центрів підтриманого проживання у громадах (є послуги підтриманого проживання).</p>	
<p>Розроблення та пілотування програм посилення спроможності надавачів послуг – недержавного та приватного сектору.</p>	<p>На рівні громад відбувається пілотування комплексів послуг: реабілітація, навчання, підтримка (рішень, незалежного проживання, для родин тощо).</p>	
<p>Розроблення підходів до моніторингу й оцінки послуг (підходи до оцінки якості даних, індикатори ефективності).</p>	<p>Проведення пілотування індивідуальної оцінки потреб у послугах на рівні громади.</p>	

Розроблення моделі оцінки потреб людини / родини.	Проведення оцінки потреб громад та мешканців/-ок громад – ОП є базою для планування закупівель та розвитку послуг у громадах (розробка змін у системі базується на даних моніторингу та оцінки).	
Дослідження запровадження МКФ (міжнародної класифікації функціонування): переваги, недоліки чинного розуміння та кроки, які необхідно здійснити для використання інструменту МКФ.	Узгодження термінології та назв і змісту нових послуг.	

Реальне закриття всіх типів інституцій: кожна людина може вільно залишити інституцію та отримувати послуги у громаді

Кроки, які необхідно реалізувати за 2 роки	Кроки, які необхідно реалізувати за 5 років	Кроки, які необхідно реалізувати за 10 років
<p>Введення мораторію на відкриття нових закладів (відмова від будівництва нових та фінансування реконструкції зруйнованих).</p> <p>Додатково до першого етапу реалізації плану заходів з ДІ включити завдання “досягти деінституалізації всіх молодих осіб (2500)”.</p>	<p>Адвокатування на рівні ЄС входження питання моніторингу проведення ДІ до складу Плану євроінтеграції України.</p>	<p>ЄС здійснює постійний моніторинг використання коштів Україною, зокрема й щодо вимоги утримуватися від використання коштів ЄС на розбудову та підтримку інтернатної системи.</p>

<p>Пошук союзників з Ді серед тих, хто приймає рішення → ключовою є наявність на посадах вищого керівництва, яке зобов'язане досягати поставлених цілей. Політичний та громадські аспекти управління.</p>	<p>Розроблення програм та проведення посилення спроможності самоадвокації осіб з інвалідністю в закладах.</p>	<p>Розвиток руху самозахисту (за право на незалежне життя, отримання юридичного визнання та реального права для всіх мешканців/-ок закладів на негайний вихід, якщо вони бажають, без жодних юридичних та фізичних бар'єрів).</p>
<p>Аналіз житлової політики, напрацювання рішень з інвестування у невикористану власність для людей, які проживають в закладах.</p>	<p>Аналіз робочої сили в інтернатних закладах та побудова плану їх перенавчання й перекваліфікації.</p>	<p>Розбудова механізму ефективного нагляду за діяльністю персоналу в закладах (запобігання зловживань та експлуатації мешканців/-ок, профілактика організованої злочинності, боротьба з корупцією).</p>
<p>Розбудова національної коаліції донорів, готових підтримувати Ді.</p>	<p>Проведення комплексної оцінки усіх закладів інтернатного типу, до складу якої увійде оцінка потреб всіх мешканців/-ок інтернатних закладів; підготовлено індивідуальні плани виходу.</p>	
<p>Розроблення методології оцінки індивідуальних потреб людей, що проживають у закладах, та методик навчання й підготовки людей в інтернатних закладах до виходу з них.</p>	<p>Розроблення навчальних програм для тих, хто проживає в інтернатах (наприклад, навички ведення бюджету, щоденного догляду прийняття рішень, комунікації тощо).</p>	<p>Проведення навчальних програм у закладах для підготовки людей до виходу (розвиток навичок ведення бюджету, щоденного догляду, прийняття рішень, комунікації тощо).</p>
<p>Громадськими організаціями напрацьовано пакет “ургентної підтримки” для тих, хто хоче негайно вийти з інтернату.</p>	<p>На базі БПД кожна людина може отримати консультування в межах пакета ургентної підтримки для тих, хто хоче негайно вийти з інтернату та розпочати незалежне життя у громаді.</p>	

Створення реальної можливості рівного доступу до ринку праці для всіх людей з інвалідністю

Кроки, які необхідно реалізувати за 2 роки	Кроки, які необхідно реалізувати за 5 років	Кроки, які необхідно реалізувати за 10 років
Аналіз та адаптація іноземного досвіду навчальних програм та реалізації пілотних проєктів із працевлаштування.	Аналіз потреб у нових професіях та навчанні відповідно до аналізу потреб тих, хто не має досвіду працевлаштування.	Передача обов'язків щодо моніторингу, аналізу та оцінки індивідуальних потреб людей з інвалідністю – державним органам та органам місцевого самоврядування.
Проведено аналіз та індивідуальна оцінка потреб та кваліфікації у сфері зайнятості.	Створення робочих місць для людей з інвалідністю.	Люди з інвалідністю визнані суб'єктами трудових відносин.
Аналіз моделей послуги супроводу при працевлаштуванні на робочому місці.	Створення та пілотування послуги супроводу на робочому місці.	Аналіз застосування послуги супроводу під час працевлаштування на робочому місці.
Розроблено та прийнято законодавство, що визначає статус і гарантії для людей з інвалідністю та роботодавців у сфері зайнятості.	Проведення освітніх та інформаційних кампаній для популяризації та залучення всіх учасників/-ць процесу працевлаштування.	
Аналіз бар'єрів у сфері зайнятості.	Адвокаційні кампанії щодо подолання бар'єрів у сфері зайнятості.	Створення міжсекторальної групи з реформування сфери зайнятості.

**FIGHT
FOR
RIGHT**

Звернутися за підтримкою:
info@ffr.org.ua

Про діяльність «Fight For Right»
[Дізнатися більше](#)

Підтримати фінансово людей з інвалідністю
[Задонатити](#)