



Р.С. Ерёменко

Студент 2-го курса юридического факультета ЧОУ ВО «Институт управления» (г. Архангельск), помощник заместителя председателя Архангельского областного собрания депутатов, председателя комитета по науке и высшей школе И.А. Чеснокова;

член Русского географического общества

Научный руководитель – Чертова Надежда Андреевна, доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист Российской Федерации, директор Высшей школы экономики, управления и права Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова.

Нововведения в нормативно-правовом регулировании защиты прав инвалидов в России в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов

В статье анализируются нововведения в нормативно-правовом регулировании защиты прав инвалидов в России в соответствии Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Конвенцией ООН о правах инвалидов.

Ключевые слова: Конвенция ООН о правах инвалидов, медико-социальная экспертиза, технические средства реабилитации, материнский капитал, права инвалидов.

Принятие любых законов в социальной сфере всегда проходит непросто, т.к. они касаются условий жизни людей, их привычек. В шестом созыве работы Госдумы Федерального собрания Российской Федерации только Комитетом по труду, социальной политике и делам ветеранов было подготовлено 145 таких законов, принятых без проблем вследствие их тщательной общественной экспертизы и широкого обсуждения с теми, кого они касались. «Мы консультируемся с общественными объединениями инвалидов, когда принимаем решения, непосредственно затрагивающие их интересы. Отмечу, что именно в уходящем созыве мы ратифицировали Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, а также привели наше законодательство в соответствие с требованиями Конвенции, внесли изменения в 25 законодательных актов России, чтобы обеспечить ее исполнение в полном объеме», – пишет в статье «Открытый парламент» в «Российской газете» 29 июня 2016 года заместитель председателя Государственной думы (шестого созыва) Андрей Исаев.[1, с.3].

В России сегодня 13 миллионов зарегистрированных людей с инвалидностью (каждый десятый житель страны). Последние обновления в классификациях и критериях установления инвалидности были внесены по приказу Министерства труда России 17 декабря 2015 года, который заменил злосчастный приказ Министерства труда и социальной защиты № 664 н «О классификациях и критериях, используемых при проведении медико-социальной экспертизы», принятый в начале 2015 года. При определении степени инвалидности опирались на «ограничения жизнедеятельности»; в основе лежало то, насколько человек способен к труду, учёбе, самообслуживанию. То есть инвалидность рассматривалась как социальное явление. С чем связаны изменения (переход на медицинские показатели) в законодательстве по установлению инвалидности? В 2008 году в России была подписана, в 2012-м ратифицирована Конвенция о правах инвалидов. Все государства-участники заинтересованы предоставить инвалидам возможности для достижения и сохранения максимальной независимости, их полное вовлечение и включение во все стороны

жизни общества. Потребовались совершенно новые подходы к реабилитации и проведению медико-социальной экспертизы (далее по тексту – МСЭ), чтобы всё было объективно и прозрачно в установлении инвалидности. Правом устанавливать инвалидность гражданам в России наделены только государственные учреждения медико-социальной экспертизы, подведомственные Минтруду. Также в 2016 году значительно расширен перечень заболеваний, являющихся основанием для установления инвалидности. Новые классификации и критерии, используемые при МСЭ, утверждены приказом Минтруда России от 17 декабря 2015 г. В нём конкретизированы степени выраженности нарушений функций организма в процентах. Это даёт возможность устанавливать инвалидность на основе объективных, нормативно установленных критериев. Объективно и правильно решаются вопросы, связанные с установлением инвалидности. И исключается субъективность оценки экспертов. То есть гражданин может теперь найти в этом приказе свой диагноз и узнать, какая инвалидность ему положена. Зная свой диагноз, теперь любой гражданин может сориентироваться в количественной оценке степени выраженности нарушений функций своего организма. Однако диагноз никогда не был определяющим фактором при установлении инвалидности. Каковы условия признания лица инвалидом? Во-первых, это нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Во-вторых, это ограничение жизнедеятельности. То есть частичная или полная утрата способности или возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, ориентирования, общения, обучения и трудоспособности, контроля за своим поведением. И третье условие – необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. То есть, если заболевание имеется, но оно не приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости мер социальной защиты, инвалидность не установят. Если диагноза в приказе нет, врачи МСЭ будут

руководствоваться «Правилами признания лица инвалидом», действующими с 2006 года. И примут решение, исходя из степени выраженности нарушенных функций организма и ограничений категорий жизнедеятельности, к которым они приводят.

Иногда лечебное учреждение отказывает в направлении на МСЭ. В таком случае, если лечебное учреждение не находит оснований для такого направления, тогда оно обязано дать справку об отказе. К ней гражданин прикладывает необходимые медицинские документы и направляет в бюро МСЭ, где рассматривается этот пакет документов и, возможно, находятся основания для признания лица инвалидом в отличие от лечебного учреждения. Зная свои права, инвалиды и их родные не опускают руки в таких ситуациях, а обращаются в бюро МСЭ. Бюро МСЭ обязано опираться на законодательство, учитывать все критерии, медицинские и социальные факторы. К сожалению, некоторые граждане воспринимают МСЭ как некий репрессивный орган, перед которым поставлена задача не устанавливать инвалидность.

Более того, если гражданин или его законный представитель не согласен с решением бюро МСЭ, то в течение одного месяца он вправе обжаловать решение бюро МСЭ. В адрес главного бюро в этот срок направляется письменное заявление. Его можно подать в бюро, которое проводило МСЭ, либо в главное бюро. Если гражданин не согласен с решением, главный эксперт по МСЭ может поручить её повторное проведение другим специалистам. Решение главного бюро можно обжаловать, опять же в течение месяца, через заявление, которое надо подать в главное бюро или уже в Федеральное бюро. Их адреса можно узнать на сайте www.mse29.ru, там есть раздел «Нормативные документы», в котором можно найти и текст приказа с новыми классификациями и критериями.

Это позиция официальных лиц. Отчасти она правильная. Но почему, например, родители детей-инвалидов считают, что чиновники не изменили устаревшие критерии приказа 664 н, а приняли ещё более дискриминационный приказ 1024 н? Приказ 664 н не учёл такие заболевания,

как инсулинозависимый сахарный диабет, бронхиальная астма, расщелина губы и нёба, фенилкетонурия. Граждане с этими заболеваниями (чаще всего дети) перестали существовать для системы социальной защиты. Трудно стало получить инвалидность даже для детей с синдромом Дауна! По данным Пенсионного фонда за последний год из отчётности выпали 230 тысяч человек – «сокращённых инвалидов», в том числе дети и умершие инвалиды. А по данным Минтруда и Минздрава в настоящее время в стране 612 тысяч детей - инвалидов; 12785 детей страдают жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни или инвалидности; 5000 детей имеют диагноз «фенилкетонурия»; 1500 детей больны муковисцидозом, у 10 детей из 100 тысяч диагностируется инсулинозависимый сахарный диабет... И они вместе с родителями борются за инвалидный статус, обращаясь на «прямую линию» с президентом страны. Данный вопрос взяла на контроль председатель Совета федерации Федерального собрания РФ В.И. Матвиенко. Новый приказ восстановил права некоторых больных. Но в 2016 году по всей России проверено пять тысяч отказов в установлении инвалидности детям. По данным Минтруда РФ, в 2015 году чаще всего в бюро МСЭ отказывали детям с расщелиной губы и нёба – процент отказов в инвалидности вырос на 29 процентов при первичном освидетельствовании и на 23 процента при повторном. Эксперты бюро МСЭ отказали 32 процентам детей с диагнозом «фенилкетонурия». Минтруд РФ вместе с Федеральным бюро МСЭ, проводя мониторинг применения документов, часть «выпавших» диагнозов (фенилкетонурия, инсулиновый сахарный диабет, хронические болезни нижних дыхательных путей, заячья губа, врождённые аномалии системы кровообращения, деформации костно-мышечной системы) вновь включил в документ. Эксперты всех бюро получили указания, что если в классификациях и критериях нет какого-то диагноза, то надо руководствоваться «Правилами признания лица инвалидом», которые не изменились.

Всего же диагнозов, по которым могли отозвать инвалидность, было двадцать четыре. Критерии по этим заболеваниям определялись так, что дотягивали только до 30 процентов. Если ребёнок получал своевременную помощь и родительскую заботу, то получить 40 процентов, необходимых для установления инвалидности, практически было невозможно.

«Стойкое нарушение функций организма измеряется по шкале от 0 до 100 процентов, с шагом в 10 процентов. Чтобы получить третью группу инвалидности, нужно иметь 40-60 процентов, вторую – 70-80 и около 90-100 – первую. Статус «ребёнок-инвалид» даётся при 40 процентах и более.

Сами сотрудники МСЭ признаются, что путаются в процентах. Как из высчитать? По некоторым заболеваниям 40 процентов и соответственно инвалидность дают «умеренные нарушения», а «незначительные нарушения» – это уже 30 процентов и соответственно лишение всякой социальной поддержки. И где тот эксперт, который знает разницу между незначительным и умеренным?

– Установление этих процентов – очень субъективно, – считает Александр Лысенко, научный руководитель и председатель правления Национального центра проблем инвалидности, эксперт ОНФ по делам инвалидов. – Хотели сделать точную систему оценки нарушений функций организма, чтобы бороться с коррупцией. Но в итоге получили ещё больший её всплеск». [2, с.26].

«Эксперты говорят, что предупреждали Министерство труда и социальной защиты о том, что новый приказ не доработан.

– Мы им говорили, что в приказе нужно учесть реабилитационный прогноз, – подчёркивает Александр Лысенко, – оговорить, что без лечения болезнь будет прогрессировать. А так получается, что человека оценивают на фоне проводимого лечения и говорят – у вас ниже процент, чем установлено, поэтому вы не инвалид и лекарства вы лишаетесь. Получается в итоге: чтобы получить шанс стать признанным инвалидом, надо лишиться лекарств. Это ужасно. – Существует утверждённый

правительством перечень жизнеугрожающих, хронических прогрессирующих редких заболеваний, которые приводят к сокращению продолжительности жизни. И совершенно бессмысленно дотягивать по ним ребёнка до каких-то определённых процентов, – говорит Наталья Кудрявцева, юрист Московской городской ассоциации родителей детей-инвалидов. – Чем раньше будет оказана всесторонняя поддержка – медицинская, реабилитационная, социальная, – тем выше будет качество жизни этого ребёнка, тем больше будет срок его жизни.

Многие эксперты считают, что необходимо сделать так, чтобы не только инвалидность давала льготы.

– У нас недостаточно развита система предоставления услуг, – объясняет сопредседатель Координационного совета по делам детей-инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности при Общественной палате РФ Елена Ключко. – Если человек нуждается в социальной поддержке, она должна предоставляться независимо от инвалидности. А у нас всё это очень строго привязано к инвалидности.

По факту нынешняя система невыгодна и государству. Сейчас оно платит инвалидам пенсию и оплачивает лекарства. Но если бы у людей была возможность получать необходимые лекарства, то им, возможно, и государственная пенсия была бы не нужна. Необходимо развести эти понятия – инвалидность и соцзащиту». [2, с.27].

Заместитель министра труда и социальной защиты РФ Григорий Лекарев непредвзято объяснил следующие изменения (обновления, нововведения) в правовой защите инвалидов. Ранее при установлении инвалидности комиссия МСЭ опиралась исключительно на экспертное мнение членов комиссии, что приводило к совершенно разным решениям (зачастую необоснованным) при одном и том же состоянии здоровья. В целях объективности в работе комиссий и устранения коррупциогенного фактора были разработаны единые для всей страны классификации и критерии, используемые при установлении инвалидности. Это не кардинальная смена курса с точки зрения

подходов к определению инвалидности. Здесь учтены сложившиеся практики в нашей стране и зарубежный опыт. Проекты классификаций и критериев в течение года проходили апробацию в трёх регионах России – в Хакасии, Удмуртии и Тюменской области. Были изучены возможные негативные последствия и риски, которые могли возникнуть при введении классификаций. Освидетельствование проходили и представители общественных организаций инвалидов. Суть апробации заключалась в том, чтобы сравнить результаты освидетельствований одного и того же человека сразу в двух системах – старой и новой. Корректировались классификации, где выявлялось ужесточение подхода. Коррективы проводятся и сейчас. Мониторинг выявил трудности в применении классификаций по ряду заболеваний. В отношении этих случаев было решено указать конкретные заболевания, и классификации были дополнены рядом заболеваний (муковисцидоз, фенилкетонурия...). Полностью устранить субъективизм в МСЭ невозможно. В помощь экспертам МСЭ направлены методические рекомендации по каждому пулу заболеваний с целью ориентации, как поступать в конкретном случае.

Но в любом случае экспертное суждение имеет право на жизнь, т.к. если бы процесс освидетельствования можно было полностью объективизировать и прописать все жизненные ситуации и их комбинации, то экспертиза была бы вообще не нужна. Отдельные перекосы в отношении конкретных решений и нормативных актов должны своевременно исправляться, а любой случай нарушения прав детей не должен оставаться без внимания. То есть необходимо обучать экспертов и следить за правоприменительной практикой. Создание института независимой МСЭ поможет в снятии многих вопросов относительно субъективности конкретной комиссии или ведомства. Спорные случаи (отказы от числа всех обратившихся МСЭ) составляют около 15 процентов. Заболевания сами по себе никогда не означают инвалидности автоматически, важны последствия заболевания у человека. Ведь МСЭ

основывается не столько на диагнозе, сколько на том, как это заболевание влияет на человека, насколько вызывает нарушение функций организма. Инвалидность – тяжёлое состояние здоровья с нарушенными функциями, которая устанавливается, когда есть ограничения жизнедеятельности, приводящие к нуждаемости в мерах соцподдержки. Установление статуса «инвалид» не должно подменять собою лечение человека. Гражданам, пришедшим в бюро МСЭ, обязаны помочь и в тех случаях, когда инвалидность не установили, с тем чтобы сориентировать, какая помощь по законодательству им положена. Для экспертов разработано специальное пособие «Этика врача-эксперта МСЭ» во избежание некорректного общения с гражданами. Тем более, что не все здания МСЭ приспособлены для инвалидов, т.е. отсутствие условий доступности накладывают на специалистов дополнительную ответственность обращаться с заявлениями корректно. Если условия не созданы, практикуется выездное освидетельствование.

Технические средства реабилитации, необходимые инвалиду, прописаны в Индивидуальной программе реабилитации или абилитации (ИПРА) с учётом показаний по имеющимся у гражданина заболеваниям. Сегодня в Федеральный перечень, утверждённый распоряжением правительства РФ от 30 декабря 2005 г. №2347-р, входят трости, кресла-коляски, протезы и ортезы, ортопедическая обувь, противопролежневые матрасы и подушки и многое другое. Перечень находится в открытом доступе, и с ним можно ознакомиться. Все средства реабилитации, которые необходимы инвалиду, прописаны в индивидуальной программе реабилитации. В 15-дневный срок с даты поступления заявления человек уведомляется о постановке на учёт и ему выдается направление на получение ТСР. Заявление на предоставленные услуги можно получить через Интернет на Едином портале государственных услуг.

Сегодня в Интернете популярны сборы денег на технические средства реабилитации (ТСР).

В соцсетях распространены сборы на приобретение ТСР (кресла - коляски, протезы). Но, если человек в них нуждается, эксперты МСЭ это установят, и он получит необходимое средство от государства. Если инвалид приобретёт ТСР самостоятельно, то Фонд социального страхования выплатит компенсацию в рамках установленного размера его стоимости. Семьи, которые воспитывают ребёнка-инвалида, в рамках пилотного проекта Фонда социального страхования РФ «Социальный персональный информационный навигатор» получают письма, где указаны плановые сроки обеспечения ТСР. Эта информация помогает спланировать визит в региональное отделение фонда или принять самостоятельное решение по приобретению технических средств реабилитации из установленного списка с учётом лимита по ценам, а затем получить компенсацию. Представитель ребёнка-инвалида может уведомить сотрудников отделения фонда в том, как удобнее получать информацию об обеспечении ТСР – по электронной почте, СМС или заказным письмом по почте.

«В сложившихся экономических условиях – когда государственный бюджет может выделить строго ограниченный объём средств – нельзя допустить ситуацию, когда этих денег хватит на то, чтобы обеспечить несколько сотен человек высокофункциональными протезами, а на остальных людей не останется ничего, – поясняют специалисты. В то же время фонд развивает сервисные проекты, для того чтобы с минимальными затратами средств улучшить качество обслуживания людей с инвалидностью.

Один из таких проектов – социальный ПИН: персональный информационный навигатор. Суть сервиса в том, что человек получает информационное письмо с важными данными: какие средства ежедневного ухода, протезы и другие средства реабилитации положены ему в текущем году, где и как их получить, какие процедуры назначены.

Проект стартовал этим летом в четырёх пилотных регионах: Волгограде, Иркутске, Архангельске и Северной Осетии. В первую очередь возможность опробовать новый

сервис получили родители с детьми-инвалидами.

– Социальный ПИН – очень ответственный проект, – рассказал в интервью «КП» заместитель председателя ФСС РФ Алексей Кошелев. – Направляя человеку письмо, мы берём на себя обязательства вовремя – исходя из сроков, указанных в этом письме, – обеспечить получателя необходимыми ему средствами реабилитации. Причём срок должен быть исполнен, несмотря на бюрократические процедуры». [3, с.7].

«Снижения расходования средств на обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации не происходит. В этом году, как и в прошлом, в федеральном бюджете заложено почти 30 млрд рублей. Это рекордная сумма для многих лет. Раньше она была значительно меньше и не позволяла обеспечить ТСП всех инвалидов. Последние годы мы обеспечиваем техническими средствами реабилитации примерно 98 процентов инвалидов, нуждающихся в них. Технические средства реабилитации назначаются на основании перечня медицинских показаний и противопоказаний, то есть нуждаемость в технических средствах устанавливается в зависимости от состояния здоровья конкретного инвалида», – заявил заместитель министра труда и социальной защиты РФ Г.Лекарев. [2, с.28].

Ещё одним шагом в усилении правовой защиты инвалидов является следующее: в 2016 году правительство России сделало возможным направить материнский капитал или его часть на приобретение товаров и услуг для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, при этом затраты будут компенсированы. В перечень сегодня вошли 48 наименований, например, переносные и складывающиеся ванны, трёхколесные велосипеды с ножным приводом, тактильные компьютерные дисплеи, приборы для письма алфавитом Брайля, лестничные подъёмные устройства, портативные компьютеры, настольные клавиатуры, устройства, оборудование и материалы для анализа крови. Средства на компенсацию затрат на приобретение товаров и услуг направляются Пенсионным фондом.

Чтобы компенсировали средства материнского капитала (получить компенсацию), сначала врач даёт консультацию, насколько необходимо то или иное средство, имеются ли медицинские показания. Семья определяется, какие средства нужны ребёнку, заполняет в медицинском учреждении по месту жительства направление на МСЭ для внесения дополнений в индивидуальную программу реабилитации ребёнка. С направлением и заявлением нужно обратиться в бюро МСЭ по месту жительства. Там проведут освидетельствование ребёнка-инвалида, внесут все данные в индивидуальную программу реабилитации. Эта процедура проводится в бюро в первоочередном порядке. Если ребёнок не может прибыть на освидетельствование сам из-за тяжести состояния, или, может быть, населённый пункт далеко, или есть финансовые трудности, тогда бюро может провести МСЭ заочно, особенно если со дня последнего визита ребёнка прошёл небольшой срок. Приобретать товары и услуги можно только после внесения их наименований в индивидуальную программу реабилитации инвалида. Если родители купили что-то до этого момента, Пенсионный фонд не сможет компенсировать затраты. Кстати, если первый ребёнок – инвалид, то маткапитал, полученный за второго ребёнка, можно потратить на ТСП для первого.

В настоящее время с целью облегчения жизнедеятельности инвалидов в России повсеместно ведётся работа по импортозамещению. В частности, одно из направлений социального кластера Архангельской области – импортозамещение. Зависимость от импорта предполагает высокие цены на инновационные ТСП. В кластере работают над тем, чтобы эти средства были высокотехнологичными, но доступными. Уже налажено местное производство деталей для протезов нижних конечностей, разрабатывается гидравлический сустав. Реализуется проект «Умная рука» – высокофункциональные детские протезы. В перспективе – внедрение отечественной разработки экзоскелета, изготовление

ортопедической обуви с применением 3D-сканирования и открытие лаборатории по индивидуальному подбору ТСП. «Сегодня мы единственный регион России, который формирует стандарты реабилитации при помощи экзоскелета. Это огромная работа, которая не может проходить быстро, но она просто неоценима», – заявила советник заместителя председателя правительства Архангельской области, руководитель социального кластера Юлия Ковалёва. [4, с.15].

В Калининграде начали выпускать шагающие ступенькоходы – специальные устройства, предназначенные для подъёма и спуска инвалидов колясок по лестницам. На производстве работают люди с инвалидностью, а организатором и руководителем проекта стал колясочник Роман Аранин. Калининградцы уже выпустили 30 устройств и не планируют останавливаться на достигнутом. Роман Аранин пояснил, что развитие калининградского производства сдерживает федеральный закон о государственных закупках. Согласно этому документу, бюджетные заказчики обязаны выбирать самый дешёвый из всех предложенных вариантов. Роман Аранин планирует построить первый в России завод по выпуску электрических инвалидных колясок и трудоустроить 72 человека, в том числе 36 инвалидов. В прошлом году на закупку такой техники российский бюджет выделил 1,2 миллиарда рублей, но, увы, все деньги достались заграничным производителям.

«В текущем году объём российского рынка электрических колясок составляет примерно 12 тысяч штук, – делится информацией Роман. – На первых порах мы сможем производить тысячу колясок в год, через четыре – пять лет займём половину рынка». [5, с.19].

Проект распорядился поддержать председатель правительства России Д.А. Медведев, посетивший производство ступенькоходов летом 2016 года.

Таким образом, совместными усилиями федерального центра и региональных властей как на правовом поле, так и в практической реализации социальной

политики по защите инвалидов проводится целенаправленная непрерывная работа.

Библиографический список:

1. Исаев, А. Открытый парламент / А.Исаев // Российская газета. – 2016. – №140. – С.3.
2. Нехлебова, Н. Лишения вместо лечения Могут быть отдельные перекосы / Н.Нехлебова // Огонёк. – 2016. – №15(5414). – С. 26-28.
3. Николаева, А. Поддержка для людей с инвалидностью Государство поможет, но и сам не плошай/ А. Николаев // Комсомольская правда. – 2016. – №43-т (26833-т). – С.7.
4. Нечай, А. Топ-топ, топает скелет Архангельская область – единственный регион страны, формирующий новейшие стандарты реабилитации инвалидов / А.Нечай // Московский комсомолец в Архангельске. – 2016. – № 33 (771). – С.15.
5. Вылегжанина, У. Лестница – не преграда Калининградский инвалид открыл производство ступенькоходов и планирует выпускать электрические инвалидные коляски / У.Вылегжанина // Российская газета. Неделя. – 2016 – №244 (7112). С.19.
6. Ионайтис, Е. Что такое инвалидность? / Е.Ионайтис // У Белого моря. – 2016. – №29. – С.5.
7. Ионайтис, Е. В помощь инвалиду / Е.Ионайтис // Архангельск. – 2016. – №29. – С.22-23.
8. Молчалин, А. Мы рядом с вами/ А. Молчалин // Новодвинский рабочий. – 2016. – №32(4644). – С.15.
9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными

учреждениями медико-социальной экспертизы».

10. Парахневич, Н. Время исправлять ошибки / Н. Парахневич // Правда Севера. – 2016. – № 17 (26884). – С.30.
11. . Распоряжение правительства Российской Федерации от 30.12.2005 №2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду».
12. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

©Еременко Р.С., 2016