

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи



ФИРСОВА ЮЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
ИНВАЛИДОВ**

Специальность:

08.00.05 – «Экономика и управление народным хозяйством»
(экономика труда)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:

доктор экономических наук, профессор

Колесникова О.А.

Воронеж - 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Глава 1. Теоретические положения интеграции инвалидов в социально- трудовые отношения как основы обеспечения их социально-экономической безопасности	13
1.1 Социально-экономическая безопасность в системе регулирования социально-трудовых отношений	13
1.2 Профессиональная реабилитация и содействие занятости инвалидов ..	47
Глава 2. Региональная система интеграции инвалидов в сферу труда	70
2.1 Оценка потребности инвалидов в социальной и профессиональной реабилитации: состояние и проблемы	70
2.2 Модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда	87
Глава 3. Модернизация региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда	105
3.1 Направления совершенствования деятельности по реабилитации и трудоустройству инвалидов	105
3.2 Методический подход к оценке эффективности интеграции инвалидов в сферу труда	129
Заключение	154
Список использованных источников	160
Приложения	181

Введение

Актуальность темы исследования. Высокая доля инвалидов в населении страны, сформировавшаяся тенденция утяжеления социальных последствий инвалидности вызывают снижение трудовой активности самих инвалидов, безработицу и бедность этой категории граждан. Это требует принятия государственных мер по повышению уровня их социальной защищенности посредством проведения эффективных мер реабилитации социальной и профессиональной направленности, обеспечивая тем самым более высокий уровень материальной и социальной независимости.

Проблема оказания помощи лицам с ограниченными трудовыми возможностями становится наиболее важной и актуальной, так как рост численности инвалидов в структуре населения представляет собой устойчивую тенденцию и может оказывать негативное влияние на социально-экономическое развитие страны. Несмотря на то, что инвалиды нуждаются в особой социальной поддержке, при условии профессиональной реабилитации они становятся значительным резервом рабочей силы. В связи с этим возникает необходимость максимальной реализации трудовых возможностей инвалидов, создания условий для их интеграции в экономику страны.

По данным Федеральной службы государственной статистики в 2015 году общая численность инвалидов в Российской Федерации составила 12,9 млн. инвалидов. Это означает, что практически каждый десятый житель страны имеет ту или иную форму инвалидности. В Воронежской области ежегодно впервые признаются в качестве инвалидов свыше 15 тыс. человек, общая численность инвалидов составляет около 240 тыс. человек, из которых более 60% (144,0 тыс. чел) составляют лица трудоспособного возраста.

Масштабы инвалидизации населения на общероссийском и региональных уровнях вызывают необходимость поиска мер повышения уровня и качества жизни инвалидов путем социализации, интеграции в сферу труда и обеспечения социально-экономической безопасности. В этой связи

крайне важно определить содержание понятия «социально-экономическая безопасность инвалидов», положенных в основу общественных норм и государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья, а также наметить пути социализации инвалидов.

Особое значение для преодоления дискриминации таких людей имеет изучение их социально-экономического положения, выявление ключевых потребностей и проблем. Поэтому актуальным является комплексное исследование, сконцентрированное на экономических и социальных условиях жизни инвалидов, а также оценка эффективности существующих способов устранения препятствий и барьеров, стоящих на пути их социальной интеграции и реабилитации.

Степень научной разработанности проблемы. Сущность интеграции в сферу труда инвалидов как особенно сложной для изучения категории населения охватывает широкий спектр научных исследований.

Направления развития системы социальной защиты населения исследовали Замараева З. П., Легенчук Е. А., Наклонов Д. Н., Панков Б. П., Федотова О. В., Экономические аспекты социальной защиты населения, включая инвалидов, отражены в работах Комарова Е. И., Малофеева И. В., Черниковой Г. В., Стрельниковой Н. Н. Изучение научных трудов, положенных в основу исследования, выявило отсутствие единых подходов в понимании терминов «социальная защита», «социальное обеспечение», «социальная поддержка» инвалидов. Тем не менее в теории и практике работы с такой сложной категорией населения как инвалиды трудоспособного возраста, представляется актуальным изучение вопросов социально-экономической безопасности инвалидов.

Среди наиболее значимых исследований в области социальной и экономической безопасности следует отметить работы Абалкина Л. И., Акимова В. А., Белькова О. А., Воробьева Ю. Л., Воронина В. П., Набойченко С. С., Соколова Ю. И. и др. Однако аспекты социально-экономической

безопасности такой категории населения как инвалиды в современной отечественной литературе не рассматривались.

Интеграция инвалидов в общество неразрывно связана с их реабилитацией и последующим трудоустройством. Эти направления были отражены в работах таких авторов, как Андреева О. С. Береговая Д. А., Бондаренко Л. Ф., Боровик В. С., Ильин С. П., Кузнецов Д. Л. Осипов С. А, Осипова О. А. и др. Авторами этих трудов внесен важнейший вклад в формирование отечественной системы реабилитации инвалидов и развитие теоретико-практических представлений о профессиональной реабилитации и трудоустройстве инвалидов.

Теоретическую основу для исследования экономических процессов, происходящих на рынке труда, представляют работы Колесниковой О. А., Котляр А. Э., Одегова Ю. Г, Похвощева В. А., Преображенского Б. Г., Федченко А. А., Четвертакова И. М. и др.

Проблемы использования трудового потенциала инвалидов и повышения уровня их занятости освещены Дураковой И. Б., Знаковой Т. А., Лавровой Д. И., Римашевской Н. М., Трещевским Ю. И., Трошиным О. В. и др. Однако в публикациях этих авторов в полной мере не отражаются исчерпывающие меры государственной политики в отношении социальной защиты и занятости людей с ограниченными возможностями здоровья.

Анализ нормативно-правовых аспектов трудоустройства, реабилитации, социального обеспечения инвалидов отражены в работах Анисимова Л. Н., Ефремова А. В., Гусова К.Н., Миндель А. Я., Романова П.В., Степановой О. А., Тарасенко Е. А., Черновой Г. И., Ярской-Смирновой Е.Р. и др.

Вклад зарубежных авторов в изучение рынка труда инвалидов, механизмов интеграции их в социально-трудовую деятельность отражен в работах Готлиба А., Круза Д., Бленек П., Орейли А.

Вместе с тем ряд теоретических и прикладных вопросов по теме исследования требуют более глубокого осмысления и развития. Существует

потребность в концептуальном и методическом обеспечении системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, которая позволит повысить эффективность интеграции инвалидов в социальную и трудовую сферу деятельности и обеспечить их социально-экономическую безопасность. Необходимость разработки теоретических и организационно-методологических подходов к решению проблем реабилитации, в том числе профессиональной, её влияния на эффективность социализации, восстановления социального статуса лиц с ограниченными возможностями отражает не только основные требования гуманизации современного общества по отношению к инвалидам, но и отвечает современным направлениям управленческой практики эффективного использования человеческих ресурсов, преодоления безработицы инвалидов, что обуславливает цели и основные задачи исследования.

Цель настоящего исследования состоит в развитии теоретических положений по интеграции инвалидов в сферу труда, направленной на обеспечение их социально-экономической безопасности и разработке практических рекомендаций по совершенствованию системы межведомственного взаимодействия по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.

Достижение поставленной цели обусловило необходимость решения следующих задач:

- дополнить теоретические представления о социальной защите и обеспечении социально-экономической безопасности инвалидов, выделив структуру системы социально-экономической безопасности инвалидов;
- разработать процедуру эффективной интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения;
- дать оценку потребности инвалидов трудоспособного возраста, имеющих рекомендации к труду, в мероприятиях реабилитации, направленных на их вовлечение в трудовую деятельность;

- разработать региональную модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда;
- предложить методический подход к оценке социально-экономической эффективности интеграции инвалидов в сферу труда на основе социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.

Область исследования. Содержание диссертационного исследования соответствует паспорту специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством» (экономика труда), область исследования соответствует п. 5.12. Проблемы социального обеспечения, социального страхования и социальной защиты населения, типы и формы обеспечения; пенсионная система и перспективы её развития, п. 5.13. Социальная политика, её стратегия и приоритеты; социальное положение трудящихся, их социально-профессиональных и социально-территориальных групп; социальное развитие хозяйственных систем и социальная безопасность.

Объект исследования. Региональная система интеграции инвалидов в сферу труда как элемент инфраструктуры рынка труда, призванный решать проблемы занятости и преодоления безработицы среди инвалидов и обеспечивать их социально-экономическую безопасность.

Предмет исследования. Управленческие и социально-экономические отношения, возникающие в ходе функционирования и регулирования процесса реабилитации и интеграции инвалидов в трудовую деятельность.

Теоретические и методологические основы исследования. Теоретической основой исследования послужили труды зарубежных и отечественных ученых в области реабилитации, занятости, экономики и социологии труда, нормативно-правовые акты Российской Федерации, конвенции и рекомендации Организации Объединенных Наций (ООН), Международной Организации Труда (МОТ), регламентирующие действия государств в отношении реабилитации и занятости инвалидов. В ходе диссертационного исследования использованы методы экспериментально-теоретического уровня: методы абстракции, идеализации, формализации,

сравнительного и экономического анализа, статистические, графические методы обработки и обобщения информации, методы синтеза, научной индукции, моделирование.

Информационную основу диссертационной работы составили нормативно-правовые акты законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, Воронежской области по проблематике темы диссертации, данные федеральной, территориальной и ведомственной статистики, Международной Организации Труда (МОТ), материалы министерств и ведомств Российской Федерации, работы зарубежных и российских исследователей по проблемам социализации людей с ограниченными возможностями здоровья, сведения, содержащиеся в средствах массовой информации. Эмпирической базой исследования послужили статистические данные о социальном положении и уровне жизни населения Воронежской области, отчёты Федерального казенного учреждения «Главное бюро МСЭ по Воронежской области», департамента труда и занятости населения Воронежской области, отчёты о деятельности Бюджетного учреждения Воронежской области «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста», собственные социологические исследования и наблюдения автора о потребности инвалидов в формах и видах реабилитации, способствующих достижению социально-экономической безопасности инвалидов.

Рабочая гипотеза исследования. Гипотезой, положенной в основу исследования, служит предположение о том, что комплексный подход и тесное межведомственное взаимодействие в решении проблемы достижения социально-экономической безопасности инвалидов, базирующиеся на изучении и оценке реальных потребностей инвалидов в социальной и профессиональной реабилитации должны стать основой модернизации региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда, укрепления организационно-экономических связей структур, способствующих подготовке инвалидов к самостоятельной жизнедеятельности и труду. Это позволит по-

высвить эффективность социальной политики региона по интеграции инвалидов в общество.

Научная новизна результатов исследования. Основные результаты исследования, имеющие научную новизну, состоят в следующем:

- дополнены теоретические представления об обеспечении социально-экономической безопасности инвалидов, за счёт выделения структурной композиции системы социально-экономической безопасности инвалидов, включающей совокупность управленческих (органы управления субъекта РФ) и управляемых структур (подсистемы развития трудового потенциала инвалидов, адаптации инвалидов к социальной среде, адаптации социальной инфраструктуры, использования трудового потенциала инвалидов), объединённых организационно-экономическими связями, программами содействия занятости и социальной защиты, действие которых образует синергетический эффект и направлено на интеграцию инвалидов в социально-трудовые отношения;
- разработана процедура эффективной интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения, отличающаяся выделением обслуживающей (социальное обслуживание в стационарных, амбулаторных условиях, на дому), вспомогательной (медицинское и психологическое сопровождение) и основной (социальная и профессиональная реабилитация) деятельности, предполагающая осуществление функционального взаимодействия между разноуровневыми и разноведомственными учреждениями, раннее выявление и профилактику инвалидности, разработку современных методов социальной и профессиональной реабилитации, обеспечение мониторинга и оценки эффективности мероприятий по обеспечению социально-экономической безопасности;
- предложена методика выявления потребности инвалидов трудоспособного возраста, имеющих рекомендации к труду, в мероприятиях реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной), реализация которой позволяет получить результаты, необходимые для принятия

превентивных мер по регулированию вовлечения инвалидов в социально-трудовые отношения;

– разработана структурно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения на региональном уровне, отличающаяся комплексностью предоставления реабилитационных мероприятий, наличием координирующего органа управления, преемственностью функций организационных структур, способствующих социально-экономической интеграции инвалидов;

– предложен методический подход к оценке социально-экономической эффективности интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения, подтверждающий значимость реабилитационных мероприятий как для самих инвалидов, так и для экономики региона, и отличающийся набором применяемых критериев оценки экономических потерь от незанятости инвалидов, снижения затрат на их материальную поддержку, эффективности создания и использования специальных рабочих мест для данной категории граждан.

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении представлений о социальной защите людей с ограниченными возможностями здоровья, их положении на рынке труда, развитии концептуально-теоретических основ реабилитации и занятости инвалидов, обосновании позитивного влияния мероприятий реабилитации на социально-экономическую безопасность инвалидов, разработке мер совершенствования региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда.

Практическая значимость исследования. Практическая значимость результатов исследования состоит в возможности использования полученных теоретических и практических рекомендаций в деятельности региональных структур профессиональной реабилитации инвалидов, в области расширения занятости инвалидов за счет повышения их трудовой активности. Методики, предложенные в диссертационном исследовании, могут быть использованы

для оценки и планирования государственных затрат на профессиональную реабилитацию и содействие занятости инвалидов.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные теоретические представления, выводы и практические рекомендации диссертационного исследования были доложены и обсуждены на научных и научно-практических конференциях, в том числе: международной научно-практической конференции: «Направления повышения конкурентоспособности молодежи на рынке труда» (Воронеж, 2013), международной научно-практической конференции «Современные проблемы экономики и менеджмента» (Воронеж, 2014), международной научно-практической конференции по проблемам социально-трудовых отношений: «Инновационные доминанты социальной сферы» (Воронеж, 2014), международной научно-практической конференции: «Современные проблемы рынка труда» (Воронеж, 2015), международной научно-практической конференции по проблемам социально-трудовых отношений: «Инновационные доминанты социальной сферы» (Воронеж, 2015).

Публикации. По результатам выполненных исследований опубликовано 11 научных работ, общим объемом 5,5 п. л. (авторских 4,5 п.л.), в том числе 5 работ в журналах, рекомендованных перечнем ВАК, общим объемом 3,5 п. л.

В опубликованных работах, приведенных в конце автореферата, соискателем сформулировано понятие о социально-экономической безопасности инвалидов [1, 3]; систематизированы факторы, препятствующие и способствующие интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения, посредством регулирования которых возможно наиболее полное преодоление социальной недостаточности и интеграция инвалидов в сферу труда [8,9]; разработана структурно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда в регионе [5,6,7]; разработаны предложения по модернизации региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда [4,5,10]; обосновано, что

эффективная система интеграции инвалидов в сферу труда посредством реализации мероприятий социальной и профессиональной реабилитации является важнейшим элементом обеспечения их социально-экономической безопасности [2,11]; изложен методический подход к оценке социально-экономической эффективности интеграции инвалидов трудовую сферу [2,3,10].

Положения, выносимые на защиту.

- структура системы социально-экономической безопасности инвалидов;
- процедура эффективной интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения;
- методика выявления потребности инвалидов, имеющих рекомендации к труду, в реабилитационных мероприятиях;
- структурно-функциональная модель вовлечения инвалидов в социально-трудовые отношения;
- методический подход к оценке социально-экономической эффективности интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения.

Глава 1. Теоретические положения интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения как основы обеспечения их социально-экономической безопасности

1.1 Социально-экономическая безопасность в системе регулирования социально-трудовых отношений

Осуществляемые в Российской Федерации социально-экономические реформы с конца XX начала XXI веков направлены на формирование социально ориентированного государства с рыночной экономикой. В условиях отсутствия всестороннего планирования и свободы экономических субъектов возникает противоречие между развитием рыночных механизмов и недостаточным уровнем социальной безопасности граждан.

В особенно сложной ситуации оказалась наименее конкурентоспособная, социально незащищенная на рынке труда категория населения, такая как инвалиды. Уровень и продолжительность их безработицы значительно выше, чем у других граждан. В то же время располагаемые денежные доходы и возможность их получения – ниже.

За последние 15 лет общее число инвалидов в стране увеличилось более чем в 2 раза и по состоянию на 01.01.2015 г., по данным Росстата, составило 12,92 млн. человек – 8,9% от общей численности населения. Для сравнения: в 2013 году насчитывалось 12,69 млн. инвалидов или 8,8% от общей численности населения страны¹.

Ежегодно в России статус инвалида приобретают около 3,5 млн. человек, в т. ч. более 1 млн. человек - впервые, из них почти половину составляют лица трудоспособного возраста². По оценкам группы ученых Морева М.В, Кондаковой Н. А, Шабуновой А. А. к 2030 году возможно увеличение общероссийского показателя еще на 10%³.

¹ Российский статистический ежегодник. 2015: Стат.сб./Росстат. - Р76 М., 2015. – С. 326.

² О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов / Министерство труда и социальной защиты РФ. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12> (дата обращения: 05.04.2016).

³ Проблемы социальной консолидации : инвалиды в региональном сообществе : монография / кол. авт. под рук. А. А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2014. – С. 2.

Как и в целом по Российской Федерации, в Воронежской области, в частности, наблюдается высокий удельный вес инвалидов в общей численности населения (более 10 процентов постоянного населения). Всего на территории Воронежской области проживает свыше 240 тыс. граждан, признанных в установленном порядке инвалидами. Динамика численности инвалидов в Российской Федерации и в Воронежской области (1999-2014 гг.) представлена в приложении 1. Ежегодно в упомянутом регионе учреждения медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ) впервые признают инвалидами около 12,5 тысяч человек, более половины из них получают первую и вторую группу инвалидности. В то же время в региональной экономике занято всего около 38,3%⁴. Среди инвалидов трудоспособного возраста динамика занятости инвалидов Воронежской области, создание рабочих мест для инвалидов, а также трудоустройство на квотируемые рабочие места см. в приложении 2.

В 1995 г. в отечественной практике впервые законодательно дано определение понятию «инвалид», исходя не только из состояния здоровья, но и из способности к жизнедеятельности в социуме, а также из необходимости социальной защиты: «инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты»⁵.

Концепция социальной защиты берет свое начало в конце XIX – начале XX в., а соответствующий термин впервые появился в США в 30-х гг. и постепенно распространился в западных странах, обозначая систему мер, защищающих граждан страны от экономических и социальных рисков вследствие безработицы, снижения трудоспособности, сокращения доходов.

⁴ Бай Ю. А. Аналитическая справка к заседанию президиума правительства Воронежской области от 15 декабря 2014 года по вопросу «О системе мер, направленных на содействие занятости инвалидов» / Ю. А. Бай. Воронеж, 2014. – С. 4.

⁵ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

В дальнейшем Всеобщая декларация о правах человека, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 г., закрепила право каждого человека на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния самого человека и его семьи, а также право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам⁶. Позднее, в 1954 году, Международной организацией труда (МОТ) принята Конвенция № 102, содержащая в себе концепцию социальной защиты. Она провозглашает право всех членов общества на социальную поддержку и помощь, вне зависимости от трудового вклада, страховых взносов в экономику страны⁷.

В период советской модели плановой экономики в нашей стране применялся термин «социальное обеспечение», характеризующий специфическую организационно-правовую форму социальной защиты, осуществляемую непосредственно государством. Конец XX – начало XXI века – это период наиболее активного становления и развития системы социальной защиты в нашей стране. Экономические преобразования, ставшие естественным катализатором данного процесса в России, потребовали адекватных изменений в социальной политике, обеспечивающих социальную защищенность человека в новых для нашей страны рыночных условиях.

Существуют различные точки зрения на периодизацию развития социальной сферы. На наш взгляд, наиболее подробная периодизация данного процесса отражена в работах Фирсова М. В.⁸, который выделяет:

- архаический период: родоплеменные и общинные виды помощи и взаимопомощи у славян до X века;
- период княжеской и церковно-монастырской поддержки с X по XIII век;

⁶Всеобщая декларация прав человека : [принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁷Конвенция о защите прав человека и основных свобод : [заключена в Риме 04.11.1950] (с изм. от 13.05.2004). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁸ Фирсов М. В. История социальной работы в России / М. В. Фирсов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – С. 7.

- период церковно-государственной помощи с XIV по XVII век;
- период государственного призрения со второй половины XVII века по вторую половину XIX века;
- период общественного и частного призрения с конца XIX века до начала XX века;
- период государственного обеспечения с 1917 года по 1991 год;
- период социальной работы с начала 1990-х годов по настоящее время.

До 1912 года социальное обеспечение охватывало военнослужащих и чиновников. С принятием закона «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев» перечень категорий граждан, получавших материальную помощь, расширился⁹. Ими стали трудящиеся при временной нетрудоспособности, инвалидности, безработице, сиротстве и вдовстве. Тем не менее, доля затрат на социальное обеспечение и страхование в структуре расходов государственного бюджета составляла только 2,5%.

На сегодняшний день право на социальное обеспечение закреплено в Конституции Российской Федерации¹⁰. Провозглашая себя социальным государством, правительство определяет стратегию социального развития государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. В качестве основных форм социального обеспечения законодательством устанавливаются государственные пенсии, социальные пособия, компенсационные выплаты. Поощряется добровольное социальное страхование, создание дополнительных форм социального обеспечения и благотворительность.

⁹ Новиков М. Л. Поддерживаемое трудоустройство в европейских странах / М. Л. Новиков. – М. : Перспектива, 2008 – С. 48.

¹⁰ Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12.12.1993] (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Подобные гарантии находят свое развитие в действующем законодательстве, а именно в федеральных законах «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»¹¹, «О занятости населения в Российской Федерации»¹², «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»¹³, в региональном, внутриведомственном законодательстве и т. д. Тем не менее, четкое определение понятия «социальное обеспечение» в законодательстве отсутствует.

В научной литературе понятие социального обеспечения авторами формулируется по-разному, в зависимости от того, какие признаки принимаются за базовые для этого явления. Под социальным обеспечением группа ученых Буянова М.О., Кобзева С.И., Кондратьева З. А., Гусов К.Н. и др. определяет «форму выражения социальной политики государства, направленной на материальное обеспечение определенных категорий граждан из средств госбюджета и специальных внебюджетных государственных фондов в случае наступления событий, признаваемых государством на данном этапе своего развития социально значимыми, с целью выравнивания социального положения этих граждан по сравнению с остальными членами общества»¹⁴; систему материального обеспечения и обслуживания граждан по возрасту, болезни, инвалидности, безработице, по случаю потери кормильца, воспитания детей и в других установленных законодательством случаях.

Гацалов М. М. рассматривает социальное обеспечение как систему распределительных отношений, в процессе которых за счет части национального дохода образуются и используются общественные фонды денежных средств для материального обеспечения граждан в старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца и в иных случаях, установленных зако-

¹¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹² О занятости населения в Российской Федерации : федер. закон от 19.04.1991 № 1032-1 (ред. от 09.03.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹³ О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации : федер. закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ (ред. от 28.11.2015, с изм. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

¹⁴ 103. Право социального обеспечения : учебник / под ред. К. Н. Гу-сова. – М. : ПБОЮЛ Грачев С. М., 2001. – С. 14.

ном¹⁵. Таким образом, социальное обеспечение как системное явление – это прежде всего категория экономическая. В то же время политика перераспределения национального дохода (валового внутреннего продукта) посредством социального обеспечения реализуется через правовой механизм, закрепляющий:

- организационные способы осуществления социального обеспечения;
- порядок образования соответствующих финансовых ресурсов;
- механизмы управления социальным обеспечением населения;
- категории граждан, подлежащих социальному обеспечению;
- условия предоставления и виды социального обеспечения.

По мнению Э. Г. Тучковой социальное обеспечение – это система экономических и правовых мер, принимаемых государством с целью перераспределение валового внутреннего продукта посредством предоставления гражданам в случаях наступления социальных рисков материальных благ для выравнивания их личных доходов и поддержания полноценного социального статуса, за счет средств целевых финансовых источников в объеме и на условиях, строго нормируемых обществом и государством¹⁶.

Фактически, социальное обеспечение в нашей стране отражает деятельность государства по материальному обеспечению граждан (пособиями, пенсиями, денежными компенсациями), нематериальной поддержке (в виде льгот, социальной помощи, социального обслуживания), предусмотренными законодательством. Данная формулировка находит свое отражение в энциклопедическом словаре конституционного права, в котором социальное обеспечение – это «специальный вид деятельности государства,

¹⁵ Гацалов М.М. Современный экономический словарь-справочник. - Ухта: УГТУ, 2002. - С. 304.

¹⁶ Право социального обеспечения России. Практикум. Учебное пособие / под ред. Э. Тучковой. – М.: Проспект. -2016. – С. 5.

направленный на предоставление денежных пособий, иных материальных услуг и видов помощи гражданам, имеющим на это право по закону»¹⁷.

В современных социально-экономических условиях термин «социальная защита» пришел на смену термина «социальное обеспечение», использовавшегося в советской экономике и характеризующего специфическую организационно-правовую форму социальной защиты, осуществляемую непосредственно государством. При быстро изменяющейся экономике рыночного хозяйствования потребовалось развитие новых форм социальной поддержки уязвимых категорий населения. Таким образом, был введен термин «социальная защита», который давно использовался в мировой практике ведущих европейских и западных стран. При соотношении смысла понятий «социальное обеспечение» и «социальная защита» следует отметить, что до начала реформирования отечественной экономики все эти функции выполняла система социального обеспечения. Однако между этими понятиями существует большая разница.

В общем виде социальное обеспечение представляет собой форму распределения, гарантирующую гражданам при наступлении неблагоприятных ситуаций, государственную поддержку в виде пенсий, пособий и социальных услуг. Система же социальной защиты охватывает также превентивную функцию, не свойственную системе социального обеспечения. Кроме того, система социальной защиты является более развёрнутой, включает многосубъектность элементов системы (когда социальная защита может исходить как от государственных органов, так и муниципальных образований, предприятий и организаций, специализированных реабилитационных структур, благотворительных фондов и т.д.). Также система социальной защиты по своему объему гораздо шире системы социального обеспечения, включает его и отражает в обеспечительной функции социальной защиты.

¹⁷ Шестаков В. П. Организационные и правовые основы деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов в системе социального обслуживания в Российской Федерации / В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, В. И. Радуга // Социальное и пенсионное право. – 2014. – № 3. – С. 18–22.

Полный перечень функций социальной защиты населения и их расшифровка приведен в приложении 3.

Нечеткость в разграничении понятий социальной защиты и социального обеспечения приводит к противоречивым суждениям среди различных ученых. По мнению В. В. Антропова, «социальная защита – более широкое понятие, которое предполагает не только гарантии по социальному обеспечению, но и гарантии прав наемных работников во взаимоотношениях с работодателями». В то же время автор утверждает, что «социальную защиту можно рассматривать как широко понимаемое социальное обеспечение»¹⁸.

Некоторыми авторами «социальная защита» рассматривалась как содействие человеку или группе людей в преодолении трудной жизненной ситуации¹⁹. Это такое социальное действие или система действий, направленных не только на поддержку людей, но и на устранение источников возникновения трудных жизненных ситуаций. Некоторые исследователи пренебрегают данной категорией, оставаясь в рамках традиционного для Российской Федерации «социального обеспечения»²⁰.

Нам ближе всего формулировка группы отечественных ученых (Л. Н. Анисимова, Н. Е. Борисовой, С. В. Комарова и др.), согласно которой «социальная защита представляет собой систему приоритетов и механизмов по реализации законодательно закрепленных социальных, правовых и экономических гарантий граждан, органов управления всех уровней и иных институтов, а также систему социальных служб, обеспечивающих определенный уровень социальной защищенности, достижение социально-приемлемого уровня жизни населения, в соответствии с конкретными условиями общественного развития»²¹.

Сейчас термин «социальная защита» широко используется в действующем законодательстве. По закону «О социальной защите инвалидов в Рос-

¹⁸ Антропов В. В. Социальная защита в странах Европейского союза. История, организация, финансирование, проблемы / В. В. Антропов. – М. : Экономика, 2006. – С. 10.

¹⁹ Литовских А. М. Финансы, денежное обращение и кредит : учеб. пособие / А. М. Литовских, И. К. Шевченко. – Таганрог : Изд-во ТРТУ, 2003. – С. 54.

²⁰ Лазарев В. Н. Социальные основы местного самоуправления : монография / В. Н. Лазарев. – Белгород : Логия, 2004. – С. 22.

²¹ Трудовое и социальное право России : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Л. Н. Анисимова. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – С. 25-26.

сийской Федерации» социальная защита инвалидов – «система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества»²². Список мер определяется законодательством в зависимости от социальной группы, на которую направлены меры социальной защиты, её правовой роли и категории социального риска.

Нами систематизированы существующие современные направления экономической, социальной и правовой защиты инвалидов, а также предложены дополнительные меры экономической защиты (см. табл. 1).

Таблица 1

Характеристика мер социальной защиты инвалидов

Меры социальной защиты инвалидов	Характеристика
Правовые	<ul style="list-style-type: none"> – законотворческая деятельность в сфере обеспечения социальной и экономической стабильности (безопасности); – формирование правового поля, в котором обеспечивается равенство инвалидов наряду с остальными социальными группами; – законодательное обеспечение экономических, социальных, медицинских мероприятий, положенных в основу комплекса социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.
Экономические	<ul style="list-style-type: none"> – пенсионное обеспечение и другие социальные выплаты, осуществляемые пенсионным фондом; – предоставление льгот инвалидам по коммунальным и прочим платежам; – государственное финансирование (полное или частичное) индивидуальных программ реабилитации; государственное финансирование сети реабилитационных учреждений и их развитие; – разработка и реализация программ содействия занятости инвалидов, включающих меры экономической поддержки безработных инвалидов, содействие их занятости, повышение качества рабочей силы инвалидов, повышение качества рабочей силы инвалидов путем профессиональной подготовки (переподготовки), адаптации на рынке труда, квотирование существующих и создание новых рабочих мест для инвалидов; – введение новой формы занятости – дистанционной работы²³.

²² О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

²³ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

Социальные	<ul style="list-style-type: none"> – создание системы коммуникаций и транспортной доступности для инвалидов, имеющих особые потребности в передвижении и самообслуживании; – формирование и обеспечение системы непрерывного профессионального образования, в т. ч. используя современные информационные технологии; – финансирование лечения, а также обеспечение техническими средствами реабилитации, предназначенными для компенсации утраченных функций организма.
Методические	<ul style="list-style-type: none"> – принятие государственных стандартов по реабилитации инвалидов; – введение требований к организации рабочих мест для инвалидов различных нозологических групп; – методическое сопровождение конструкторских решений в области рациональной организации труда и рабочего пространства под нужды инвалидов; – принятие новой формы индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида (далее – ИПРА), порядка реализации и контроля за её исполнением.

Как видно из таблицы 1, меры социальной защиты инвалидов охватывают широкий спектр вопросов, касающихся их жизнедеятельности и интеграции в общество, которые, в свою очередь, не могут быть решены в рамках одного министерства и ведомства и регулироваться в узкой правовой плоскости. Таким образом, работа по интеграции инвалидов в общество и, в первую очередь, в сферу труда осуществляется в следующих областях:

- медицины, в том числе восстановительной и поддерживающей, направленных на оптимизацию функционального состояния организма вследствие ухудшения здоровья;
- образования, в том числе профессионального, учитывающего профессиональные интересы, склонности и возможности людей с ограниченными возможностями здоровья;
- занятости, отвечающей трудовым возможностям инвалида и потребностям рынка труда в рабочих кадрах;
- градостроительства, транспорта и жилищно-коммунального хозяйства, в части формирования и развития доступной инфраструктуры для людей с

ограниченными возможностями, имеющих серьезные нарушения здоровья (опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха и др.).

В таблице 2 нами приведены дополнительные меры социальной защиты инвалидов, способствующие интеграции инвалидов в сферу труда и достижению их экономической независимости.

Таблица 2

Дополнительные меры социальной защиты инвалидов

№ п/п	Направление	Содержание
1.	В рамках совершенствования нормативно-правового регулирования социальной сферы	<ul style="list-style-type: none"> - уточнение понятий «социальное обеспечение», «социальная защита», «социально-экономическая безопасность»; - создание Единого федерального перечня инвалидов в целях совершенствования системы учета инвалидов, включающего сведения о поле, возрасте, уровне образования, группе инвалидности и степени ограничений жизнедеятельности, нарушенных функциях организма, потребности в мероприятиях социальной, профессиональной, медицинской реабилитации. Введение единой системы учета инвалидов позволит отображать и передавать информацию о проведенной медико-социальной экспертизе гражданина в качестве инвалида, прохождении им в последующем реабилитационных мероприятий и их результатах. Таким образом, удастся оценить работу различных министерств и ведомств по реабилитации инвалидов на региональном уровне и в целом по стране.
2.	В рамках мер экономического воздействия	<ul style="list-style-type: none"> - целевое финансирование индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов, разрабатываемых органами медико-социальной экспертизы при освидетельствовании граждан в качестве инвалидов; - разработка и финансирование региональных программ содействия занятости инвалидов; - создание регионального фонда содействия трудоустройству инвалидов, финансируемого, в том числе, за счет отчислений организаций и предприятий, которые в силу своей технологии не могут принять на работу инвалидов в количестве установленных законодательством квот; - предоставление средств на трудовую адаптацию и льготное кредитование предпринимательской деятельности, организуемой инвалидами, а также работодателям, создающим специальные места для инвалидов.
3.	В рамках организационно-методического обеспечения	<ul style="list-style-type: none"> - разработка и внедрение на региональном уровне положения о межведомственном взаимодействии организаций разной ведомственной подчиненности по реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида.

Предложенные дополнительные меры повышения эффективности профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов тесно связаны с единой целью – созданием действенной системы реабилитации инвалидов, направленной на обеспечение их социально-экономической безопасности посредством их интеграции в сферу труда и общество. Для этого требуется значительная законодательная работа, научные исследования, распространение и внедрение передовых форм и методов реабилитационной работы, а также финансирование реабилитационных мероприятий. Тем не менее, реализация указанных мер, по мнению экспертов, способна привлечь в производственную деятельность по меньшей мере до 2-х миллионов неработающих инвалидов трудоспособного возраста, способных внести свой посильный вклад в развитие экономики страны.

Таким образом, социальное обеспечение в нашей стране представляет собой, в первую очередь, государственную систему материального обеспечения, поддержки и обслуживания социально уязвимых категорий населения, включающих инвалидов, престарелых и нетрудоспособных граждан, семей с детьми и т.д. Система социальной защиты населения является общефедеральной системой более высокого порядка и как бы включает в себя в качестве составной части систему социального обеспечения. Она предусматривает меры не только социальной поддержки лиц, оказавшихся по независящим от них причинам в трудном материальном положении, но также меры по смягчению негативных результатов экономической реформы (путем индексации доходов населения, установления социальных стандартов по оплате и охране труда и др.), по охране окружающей среды и т. д. «Социальная защита, - пишет Э.Г. Тучкова, - является как бы результатом практической деятельности, посредством которой государство осуществляет свою социальную политику»²⁴.

²⁴ Право социального обеспечения России. Практикум. Учебное пособие / под ред. Э. Тучковой. – М.: Проспект. -2016. – С. 31.

В общем виде социальную защиту можно представить как систему государственных институтов, организаций и учреждений, приоритетных направлений и механизмов реализации социальных, экономических, правовых гарантий граждан, направленных на поддержание определенного уровня социальной защищенности в зависимости от конкретных условий общественного развития.

При сопоставлении выводов о смысле законодательных понятий «социальная защита» и «социальная защита инвалидов» необходимо отметить, что последнее из них включает признаки общего понятия социальной защиты, но дополняется комплексом мер, направленных на компенсацию неблагоприятных последствий, возникших в результате реализации такого социального риска, как нарушение здоровья, в том числе реабилитацию (абилитацию).

Согласно российскому законодательству, под реабилитацией инвалидов понимается система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. В то же время абилитация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество²⁵.

Действующая в Российской Федерации система социальной защиты включает меры, направленные на установление минимального уровня оплаты труда, пенсий и стипендий, введение государственной системы федеральных пособий на детей, поддержку многодетных семей, индексацию денежных сбережений граждан, дифференциацию в уровне оплаты труда различных

²⁵ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

категорий работников бюджетной сферы, установление социально справедливого налогообложения (или освобождения от налогов), образование федеральных и региональных фондов социальной поддержки населения, а также меры по преодолению (сдерживанию) безработицы и созданию условий для самозащиты семьи и каждой личности, способной эффективно трудиться; по обеспечению действенной поддержки категории населения с ограниченными возможностями здоровья, развитию системы профессиональной подготовки, переподготовки специалистов и повышению квалификации, созданию социальных и реабилитационных служб и т.д.

По нашему мнению, социальное обеспечение и социальная защита инвалидов в том виде, в котором они представлены в отечественной практике, не отражают всей многоаспектности такого социального явления как «инвалидность» и не обеспечивают весь комплекс социально-экономического воздействия, направленного на интеграцию рассматриваемой категории населения в сферу труда и общество. Кроме того, нет единства взглядов ученых в разграничении данных понятий, обусловленного как относительно небольшой историей применения термина «социальная защита», так и сложностью протекающих процессов социальной сферы. В значительной степени это касается системы социальной защиты инвалидов. В связи с этим нам представляется актуальным и своевременным внедрение такого понятия как социально-экономическая безопасность инвалидов (далее – СЭБ инвалидов).

Наиболее общее понятие «безопасность» употребляется применительно ко многим системам и процессам. Оно отражает не только свойственные конкретному случаю специфические признаки безопасности субъекта, но и включает в себя нечто общее, что и позволяет использовать это понятие в различных областях науки.

В Толковом словаре В. Даля безопасность понимается как «отсутствие опасности; сохранность, надежность»²⁶. По Ожегову: «безопасность» - это

²⁶ Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: избр. ст. / под ред. Л. В. Беловинский. - М. : ОЛМА Медиа Групп, 2009. С. 38.

«состояние, при котором не угрожает опасность, есть защита от опасности»²⁷. Однако столь упрощенного, чисто лингвистического толкования понятия безопасности явно недостаточно, поскольку под отсутствием опасности подразумевается возможность достижения идеальной ситуации – абсолютной безопасности. Однако на практике угрозы и риски различного характера будут существовать всегда. Поэтому категория «безопасность» имеет не абсолютное, а относительное значение по отношению к конкретным объектам, социальной сфере, окружающему миру.

Следует отметить, что взгляды ученых на вопросы безопасности изменялись в ходе исторического и социально-экономического развития. В целом в научной литературе прослеживается два основных подхода к интерпретации проблемы безопасности. Первый включает в себя гипотетическое отсутствие опасностей, рисков, угроз по отношению к социуму. Второй - раскрывает понятие «безопасности» через призму защиты (защищенности) какого-либо объекта от опасностей, способности надежно противостоять воздействующим деструктивным факторам.

Группа учёных (Ю. Л. Воробьев, В. А. Акимов, Ю. В. Соколов) в своей работе трактуют «безопасность» как «состояние защищенности жизненно важных интересов социума и его структур от внутренних и внешних угроз», как «результат социальной деятельности по обеспечению защищённости личности, общества, государства»²⁸.

М. И. Дзалиев, А. Д. Урсул, А. Л. Романович исследуют категорию «безопасность» с системных позиций, раскрывая его как «состояние, характеризующее отсутствие противоречий в развитии и функционировании человека или социальной системы с внешней по отношению к ним средой,

²⁷ Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, И. Ю. Шведова. – Изд. 4-е, доп. – М. : ИТИ Технологии, 2005. – С. 112.

²⁸ Воробьев Ю.Л. Комплексная безопасность человека / Воробьев Ю. Л., Акимов В.А., Соколов Ю.И. - М.: ВНИИ ГОЧС (ФЦ), 2011. – С. 15.

наличие или рост которых может привести человека или социальную систему к уничтожению или изменению системообразующих свойств»²⁹.

А. П. Баранов и В. Р. Григорьев предлагают рассматривать безопасность как сложную динамическую систему, указывая, что безопасность – это не только «состояние защищенности», но и одно из её свойств: «безопасность – есть комплексный критерий оценки качества любой сложной системы, характеризующий как её динамику, так и показатель качества, целостности»³⁰. Схожей точки зрения придерживаются А. Т. Надев и В. П. Мальцев, которые актуализируются на безопасность как на «показатель качества функционирования системы»³¹.

Приведенные точки зрения различных авторов наталкивают на мысль, что «безопасность» как научная категория в отношении инвалидов обладает большим потенциалом для изучения и применения в теории и практике работы с данной категорией населения, по сравнению с «защитой» или «обеспечением». Безопасность инвалидов может отражать:

- 1) социальное явление;
- 2) свойство системы;
- 3) критерий качества системы;
- 4) состояние системы;
- 5) социальную цель, выражаемую через совокупность внутренних взаимосвязей системы и направленную на ее устойчивое развитие.

Как уже отмечалось ранее в отечественной нормативно-правовой базе и при работе с инвалидами используется термин «социальная защита» инвалидов. Он неразрывно связан с интеграцией инвалидов в общество.

Для нашего исследования представляется необходимым изучение социально-экономической безопасности инвалидов, поскольку люди с огра-

²⁹ Урсул А. Д. Безопасность России: социальное измерение / Урсул А. Д., Дзлиев М. И., Романович А. Л. // НАВИГУТ, 2001. — № 4. – С. 46-49.

³⁰ Баранов А. П. О возможности структуризации понятия «безопасность системы» / А. П. Баранов, В. Р. Григорьев // Проблемы внутренней безопасности России в XXI веке: материалы конференции / науч. ред. В. А. Возжеников. М.: ЗАО «ЭДАС-ПАК», 2001. – С. 37.

³¹ Мальцев В. А. Системный подход к исследованию проблем внутренней безопасности России / В. А. Мальцев, А. Т. Надев // Материалы конференции / науч. ред. В. А. Возжеников. М.: ЗАО «ЭДАС-ПАК», 2001. – С. 80.

ниченными возможностями здоровья наряду со здоровыми гражданами являются субъектами социальной и экономической систем, выполняя общественно-политические, семейно-бытовые, профессиональные и иные роли. На наш взгляд, акцентуация на социально-экономический аспект безопасности инвалидов способна более полно передать вектор изменения в понимании специфики инвалидности и её влияния на жизнедеятельность человека. Кроме того, не все инвалиды являются пассивными получателями социальной помощи, пособий и льгот. Инвалиды трудоспособного возраста, имеющие показания к труду, обладая определенным трудовым потенциалом, зачастую хотят и могут реализовать его на практике. Предотвращение и нейтрализация воздействий, причиняющих ущерб существованию, благополучию и нормальному функционированию людей (социальный аспект), равно как и поддержка их жизнедеятельности на уровне не ниже предельно допустимых (критических) значений (экономический аспект), дает представление о безопасности инвалидов в более широком толковании.

Обобщая выводы учёных в области социальной защиты, социального обеспечения инвалидов, а также учитывая приведенные выше черты безопасности, можно сформулировать следующее определение: социально-экономическая безопасность инвалидов – это социальная цель государства и общества по повышению качества жизни инвалидов путём снижения негативных последствий инвалидности посредством реабилитации, реализуемой при комплексном и системном взаимодействии структурных элементов, составляющих региональную систему интеграции инвалидов в сферу труда.

К ним автор относит: структуры региональных органов занятости населения, социальной защиты, бюро медико-социальной экспертизы, региональный фонд социального страхования, отделения пенсионного фонда России (ОПФР), общественные организации инвалидов, предприятия и организации, использующие труд инвалидов и др. На примере Воронежской области управление системой целесообразно предоставить Координационному совету по делам ветеранов и инвалидов, созданном при администрации региона (субъекта РФ).

В общепринятом понятии система (system) – «множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом, которое образует определенную целостность, единство»³². Или «система – это «сложное единство, сформированное многими, как правило, различными факторами и имеющее общий план или служащее для достижения общей цели»³³, «...– это множество элементов с отношениями между ними и между их атрибутами»³⁴, «систему можно определить как любую сущность, концептуальную или физическую, которая состоит из взаимосвязанных частей»³⁵

Опираясь на приведённые выше определения, автор полагает, что система социально-экономической безопасности инвалидов – это совокупность государственных и региональных органов управления и их структур, в т. ч. структур занятости населения, реабилитации, предприятий и организаций различных ведомств, реализующих реабилитационные мероприятия, направленные на интеграцию инвалидов в социально-трудовые отношения. Или обобщённо: система СЭБ инвалидов – совокупность управляемых и управленческих структур социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, объединённых организационно-экономическими связями, программами содействия занятости и социальной защиты, действие которых образует синергетический эффект и способствует повышению качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.

Структурная схема системы социально-экономической безопасности инвалидов, предложенная автором, представлена на рис. 1. Опираясь на определение «подсистема» (subsystem), описанное Лопатниковым Л.И. как «часть системы, которая изучается самостоятельно и сама обладает системными свойствами»³⁶, автор в диссертационном исследовании рассматривает подсистемы развития и

³² Лопатников Л. И. Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Дело, 2003. – С. 323.

³³ Исследования по общей теории систем: Сборник переводов / Общ. ред. и вст. ст. В. Н. Садовского и Э. Г. Юдина. – М.: Прогресс, 1969. С. 12.

³⁴ Beverton, R. J. H. On the dynamics of exploited fish populations / Raymond J. H. Beverton and Sidney J. Holt. - vol. XIX, London, Her Majesty's Stationery Office, Ser. II, 1957. – p. 19.

³⁵ Акофф Р.Л. Системы, организации и междисциплинарные исследования // Системные исследования. Ежегодник, 1969. - М., 1969. С. 146.

³⁶ Лопатников Л. И. Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Дело, 2003. – С. 266-267.

использования трудового потенциала инвалидов, адаптации инвалидов к социальной среде и адаптации социальной инфраструктуры к потребностям инвалидов в качестве частей общей системы социально-экономической безопасности инвалидов, обладающие системными свойствами и которые могут быть изучены самостоятельно.

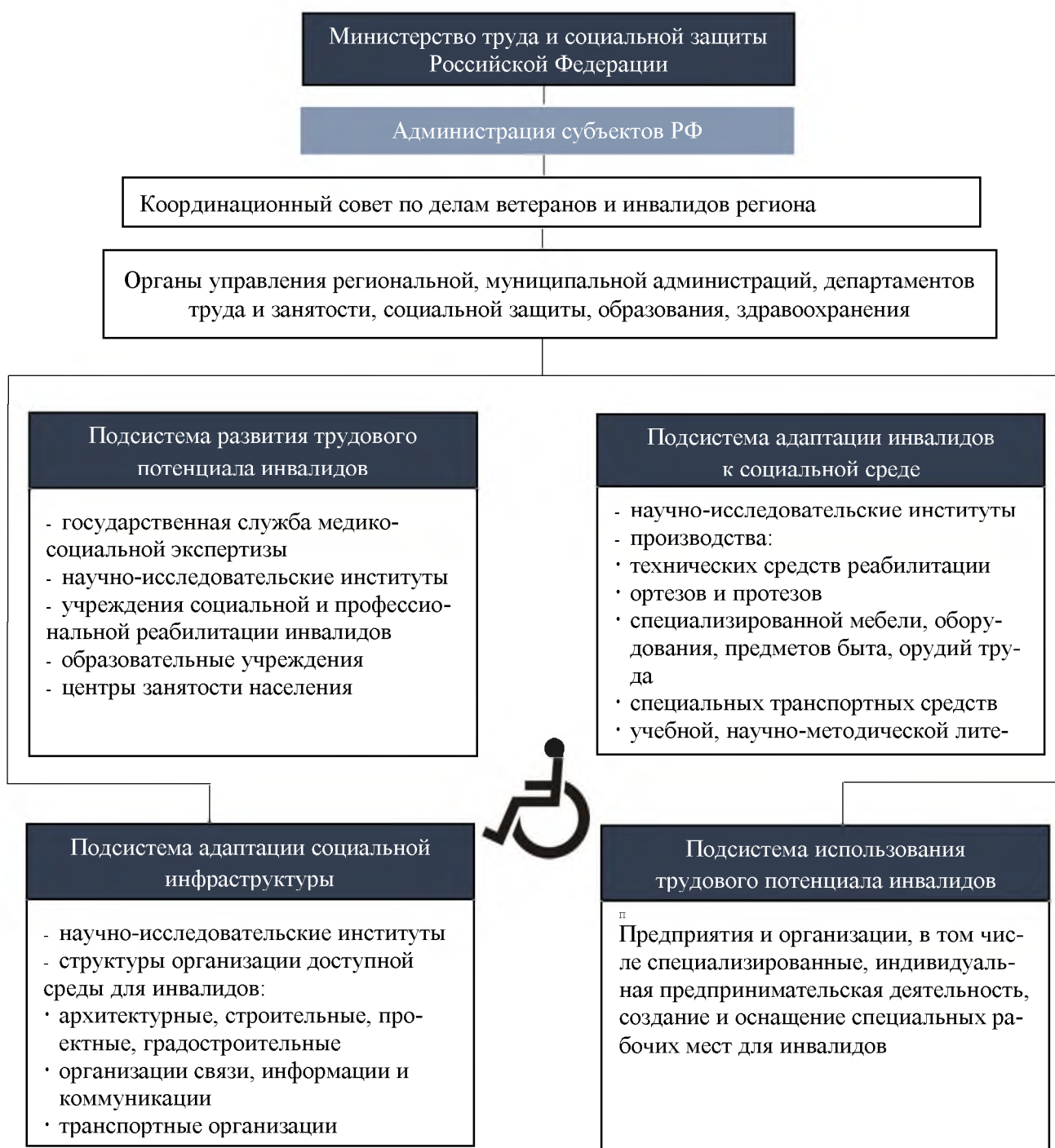


Рис. 1 - Структура системы обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов в регионе

Департамент труда и занятости населения региона и его подразделения реализуют федеральную и формируют региональную политику в области профессиональной реабилитации и содействия занятости безработных инвалидов, анализируют региональный рынок труда, обеспечивают меры по квотированию, созданию, адаптации и сохранению рабочих мест для людей с ограниченными возможностями здоровья, участвуют в разработке программ профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов, проводят профессиональное информирование и консультирование, профессиональную ориентацию инвалидов, направляют на профессиональное обучение безработных инвалидов, осуществляют подготовку и повышение квалификации собственных кадров по работе с инвалидами.

Департамент здравоохранения региона и его организационные структуры осуществляют руководство учреждениями здравоохранения, задействованных в медико-социальной реабилитации инвалидов, участвуют в разработке стандартов реабилитации инвалидов, создают подведомственные медицинские реабилитационные центры восстановления трудового потенциала инвалидов.

Департамент образования и его структуры формируют федеральную и региональную политику в сфере общего и профессионального образования инвалидов; развивают инновационные направления деятельности в области технологий обучения, в т. ч. дистанционных, а также с использованием технических средств реабилитации инвалидов. При комплексном взаимодействии научно-исследовательских структур, органов занятости, реабилитации, социальной защиты разрабатывают перечни профессий, подходящих для обучения инвалидов различных нозологических групп с учётом требований рынка труда; осуществляют подготовку специализированных кадров для работы с инвалидами, осуществляют научно-методическое сопровождение реабилитационного процесса людей с ограниченными возможностями здоровья.

Департамент культуры развивает направления социокультурной реабилитации инвалидов, обеспечивая доступность культурного достояния инвалидам с различными заболеваниями. Спортивные организации создают условия инвалидам для участия в занятиях спортом и спортивных соревнованиях.

Протезно-ортопедические предприятия и организации совместно с научно-исследовательскими институтами разрабатывают и внедряют инновационные технологические решения ТСР и социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Фонд социального страхования осуществляет финансирование мероприятий социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, пострадавших на производстве.

Управление архитектуры и градостроительства адаптирует объекты социальной инфраструктуры под особые потребности инвалидов, реализуя на практике два принципиальных подхода к созданию доступной среды жизнедеятельности. Первый предусматривает принцип «универсального дизайна», означающий «дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их в максимально возможной степени пригодными к использованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна»³⁷. В этом случае говорить можно о создании максимально безбарьерной среды, обеспечивающей беспрепятственный доступ к объектам и услугам всем гражданам вне зависимости от имеющихся ограничений жизнедеятельности. Второй подход трактуется Конвенцией ООН как «разумное приспособление» или «внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод»³⁸. Пользуясь отечественной терминологией,

³⁷ Конвенция о правах инвалидов : [заключена в Нью-Йорке 13.12.2006]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

³⁸ Там же.

аналогом этого подхода представляется понятие «адаптивная» или «адаптированная» среда жизнедеятельности, когда речь идет о разумном, с точки зрения соизмерения необходимости и возможности приспособления окружающей обстановки под нужды инвалида, но с обязательным учетом потребностей инвалидов и имеющихся организационных, экономических, технических и финансовых возможностей их удовлетворения.

Основными исполнителями программ социальной поддержки занятости инвалидов в части социальной и профессиональной реабилитации являются: в системе органов труда и социальной защиты – бюро медико-социальной экспертизы и реабилитации; протезно-ортопедические предприятия; интернаты для престарелых и инвалидов; производственные предприятия инвалидов; санатории; центры занятости населения, направляющие инвалидов на обучение и осуществляющие трудоустройство; комплексные учреждения профессиональной реабилитации инвалидов; информационные и кадровые агентства. В системе органов образования: специальные интернаты, общие и специальные учреждения профессионального образования для инвалидов.

Основополагающим инструментом интеграции инвалидов в социум, по мнению автора, должна стать эффективная система реабилитации инвалидов, воздействующая как на самого инвалида, так и на его окружение, и устраняющая (компенсирующая) возникшие ограничения жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями здоровья. Анализ реальных процессов и осмысление зарубежного и отечественного опыта интеграции инвалидов в сферу труда дают возможность вычленить три блока, составляющие социально-экономическую безопасность (см. рис. 2). Первый блок – это система социальной и профессиональной реабилитации, способствующая восстановлению и развитию трудового потенциала инвалидов, их конкурентоспособности на рынке труда и интеграции в экономику региона. Эффективное функционирование системы обеспечивается при комплексном

взаимодействии её структурных элементов, образующих (на выходе из системы) синергетический эффект.

Второй блок – это степень адаптированности инвалида к самостоятельной жизнедеятельности, включая трудовую занятость, обеспечивающую основной доход. Кроме того, важным фактором является степень готовности общества, социальной и производственной среды к полноценному вовлечению людей с ограниченными возможностями здоровья в социально-экономические процессы.

Третий блок – развитие и модернизация реабилитационных технологий, программ профессиональной реабилитации и занятости, профилактика инвалидности.



Рис.2 - Основные составляющие социально-экономической безопасности инвалидов

При рассмотрении структуры понятия «социально-экономическая безопасность инвалидов» необходимо, во-первых, выделять в её составе объект, подвергающийся опасности, и наличие факторов, угрожающих безопасности объекта. Во-вторых, процессы, связанные с обеспечением безопасности, по сути, являются управленческими, поэтому можно утверждать, что необходимо также наличие субъекта, обеспечивающего безопасность (см. рис.3). Применительно к социально-экономической

безопасности инвалидов, обеспечение которой на законодательном уровне реализуется через эффективную систему социальной защиты, включающую реабилитацию и последующую трудовую занятость инвалидов, можно утверждать, что работу по обеспечению одного и того же объекта безопасности могут осуществлять разные субъекты системы, каждый на своём уровне.

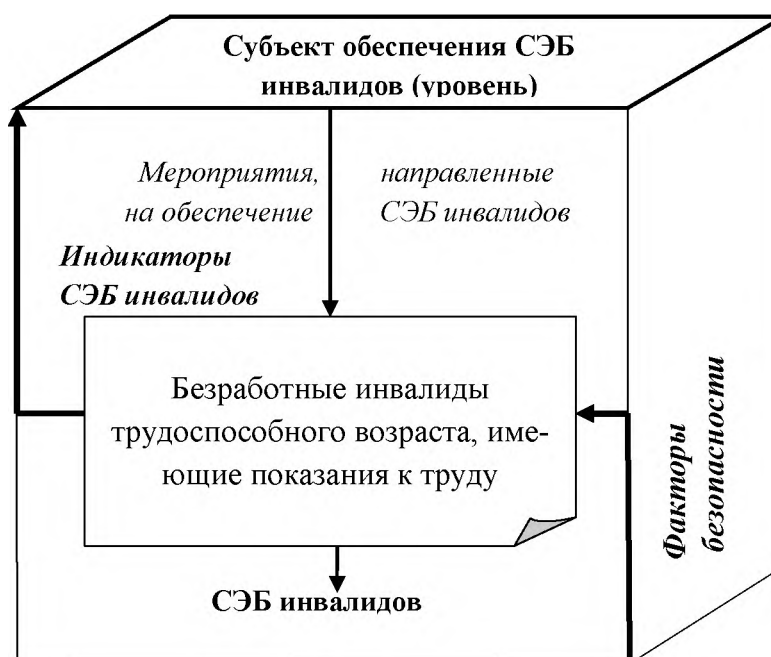


Рис. 3. Схема обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов

В предложенной схеме мы исходим из того, что категория «безопасность» по своей сути имеет относительное значение. Достижение абсолютной безопасности не представляется возможным, в связи с чем обеспечение социально-экономической безопасности является непрерывным процессом, имеющим конкретно-исторический характер, изменяющийся в зависимости от приоритетных направлений социальной политики и сообразно уровню экономического благосостояния общества (государства). На современном этапе экономического развития нашей страны Президент РФ в ежегодном послании Совету Федерации отметил, что «необходимо учитывать индивидуальные потребности людей с ограниченными возможностями,

особое внимание уделить вопросам их профессиональной подготовки и трудоустройства...»³⁹.

По мнению автора, достижение материального благополучия за счет пенсионного обеспечения не представляется возможным ввиду его незначительных размеров, не позволяющих на достаточном уровне обеспечить существование самого инвалида, тем более создать семью. За рубежом и отечественный опыт работы с данной категорией лиц показывает, что наиболее эффективной формой обеспечения социально-экономической безопасности для инвалида, как и для любого человека, является трудовая занятость, приносящая доход. Однако, в отличие от здоровых граждан, подготовка инвалидов к труду имеет специфические особенности, включая профессиональную реабилитацию, трудовую адаптацию, специализацию рабочих мест, адаптацию на открытом рынке труда и другие. Вопросы интеграции инвалидов в трудовую деятельность регламентируются рядом международных и отечественных норм, однако они не содержат исчерпывающих мер содействия занятости инвалидов и на современном этапе требуют своего развития.

Многими учеными труд инвалидов рассматривается как менее производительный по сравнению с другими категориями работников. Снижение занятости инвалидов может дать экономике определенный положительный эффект, проявляющийся в снижении издержек на оплату труда и повышении производительности труда прочих работников. Тем не менее, этот эффект не так велик в ситуации, когда государство ежегодно несет значительные издержки на поддержание доходов инвалидов на достойном уровне. Кроме того, затраты на профессиональную реабилитацию инвалидов, включающие профессиональную ориентацию, профессиональное обучение (переобучение) и организацию рабочих мест для инвалидов, существенно выше, чем для более конкурентоспособных граждан, уже обладающих необходимыми

³⁹Стенографический отчет из послания Президента Федеральному Собранию от 3 декабря 2015 г. – Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/50864> (дата обращения: 18.02.2016).

навыками и квалификацией и не нуждающихся в дополнительных социальных выплатах и льготах.

С другой стороны, содействие трудоустройству инвалидов несет важный социальный и в тоже время экономический аспект, проявляющийся в следующем:

1. Безработные граждане с инвалидностью представляют собой определенный резерв рабочей силы, привлечение которых в экономику страны в условиях недостатка трудовых ресурсов, обусловленных низкой рождаемостью, старением населения, ростом неконтролируемой миграции населения, может дать дополнительный прирост внутреннего валового продукта.

2. Высокая численность инвалидов требует дополнительных государственных издержек на их социальное обеспечение в виде пенсий по инвалидности, социальных пособий и компенсаций. В то же время затраты на мероприятия активной политики занятости, снижающие уровень безработицы инвалидов, достаточно быстро окупаются за счет снижения расходов на социальные цели и увеличения налоговых отчислений в бюджеты различных уровней.

3. Профессиональная самореализация, материальная независимость, возможность почувствовать свою востребованность в обществе приносят инвалиду психологический комфорт и сглаживают социальные последствия инвалидности. Руководители ведущих западных предприятий осознали, что диверсификация рабочих кадров по полу, возрасту, этнической и расовой принадлежности, физическим особенностям, образованию и т.д. - это современная тенденция, игнорировать которую не способно ни одно общество. Компании, нанимающие работников с ограниченными возможностями здоровья, имеют большие шансы сформировать у себя более талантливую и способную рабочую силу, мотивированную и лояльную по отношению к работодателю. Кроме того, такие компании максимально учитывают потребности всех категорий работников. Исследования показали, что компа-

нии, обеспечивающие такого рода гибкость, характеризуются более высоким нравственным уровнем и производительностью труда.

Численность работающих инвалидов по данным Пенсионного фонда Российской Федерации, от 2 078 тыс. человек в 2010 г. увеличилась и на 01.01.2014 г. составила 2 047 тыс. человек – 19,1% от общего числа инвалидов. На 01.01.2015 г. число работающих инвалидов увеличилось до 2 473 тыс. человек, при этом среди них доля инвалидов I группы составила 3,3%; II группы – 37,3%; III группы – 59,4%⁴⁰. В таблице 3 приведены сведения о динамике занятых инвалидов в Российской Федерации.

Таблица 3

Сведения о работающих инвалидах, состоящих на учёте в системе Пенсионного фонда Российской Федерации, за период 2010-2015 гг.
(тыс. человек)

Трудоустроенные инвалиды	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего	2078	2195	2276	2344	2407	2473
в том числе:						
I группа	134	92	93	87	82	82
из них инвалиды с детства	4	3	3	3	3	3
II группа	819	887	898	906	913	923
из них инвалиды с детства	26	22	23	23	23	23
III группа	1115	1209	1280	1348	1409	1466
из них инвалиды с детства	-	38	46	52	58	69

Среди факторов, оказывающих влияние на трудовую занятость инвалидов, различными учеными выделяются:

- снижение физических возможностей и ухудшение состояния здоровья;
- наличие у инвалидов неконкурентоспособных и невостребованных профессий;
- низкий квалификационный и образовательный уровень;
- необходимость и сложности в переобучении;

⁴⁰ Андреева О. С. Роль медико-социальной экспертизы в профессиональной реабилитации инвалидов / О. С. Андреева, М. А. Дымочка // Медико-социальные проблемы инвалидности, 2016. - №1. – С. 9.

- потребность в гибких формах занятости и близости места работы от места проживания;
- предубеждение работодателей о более низкой производительности труда инвалидов;
- физическая недоступность и техническая неприспособленность для инвалидов большинства рабочих мест на открытом рынке труда⁴¹.

Нами проанализированы и систематизированы основные показатели, влияющие на конкурентоспособность и трудовую занятость инвалидов на региональном рынке труда, которые показаны на рисунке 4.

Социально-экономическая безопасность инвалидов как многоаспектное и многоуровневое явление включает в себя совокупность направлений, охватывающих социальную, образовательную, медицинскую, трудовую сферы деятельности. Современное положение инвалидов свидетельствует о необходимости качественно новых преобразований в указанных областях. Так, система адекватного включения инвалидов в образовательный процесс во многом не налажена. По закону «Об образовании в Российской Федерации», вступившем в силу с 1 сентября 2013 года, государственным приоритетом в отношении инвалидов становится инклюзивное образование, предполагающее обучение детей с ограниченными возможностями в обычном учебном заведении, а не в специализированном⁴².

Зачастую организация образовательного процесса инвалидов наравне с группой здоровых людей представляется крайне сложной в современных условиях. Рациональная организация образовательного процесса, использование здоровьесберегающих педагогических технологий выступают основными требованиями, предъявляемыми к обучению людей с ограниченными возможностями.

⁴¹ Гусева, Н. К. Некоторые вопросы модернизации государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, М. В. Дюютова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 36–40.

⁴² Об образовании в Российской Федерации : федер. закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».



Рис. 4 - Основные социальные показатели, влияющие на конкурентоспособность инвалидов на региональном рынке труда

Значительную роль в этой области играют дидактические и раздаточные материалы, используемые в обучении инвалидов различных нозологических групп. Так, восстановление прежних и развитие новых профессионально значимых качеств, знаний, способностей, трудовых навыков у слабослышащих обучающихся сопряжено с увеличением использования дидактического и раздаточного материала, позволяющего усваивать максимальный объем информации через зрительное восприятие. Слабовидящий человек нуждается в специализированной литературе от традиционного чтения по Брайлю до современных технологий чтения посредством аудиокниг. Таким фондом и технологическими возможностями на сегодняшний день не обладает ни одно образовательное учреждение, кроме специализированных.

Актуальным остается направление по развитию доступной транспортной и коммуникационной инфраструктуры для инвалидов с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата и другими серьезными нарушениями. Современный транспорт не может отвечать требованиям доступности, т. к. не адаптирован к потребностям всех категорий населения, к которым относятся не только инвалиды, но и категории маломобильных граждан, учитывая, что потребность в адаптации транспорта испытывают около 30 % населения регионов России.

Следующим приоритетным направлением мер социальной защиты инвалидов, требующим дополнительного развития, является адаптация объектов социальной инфраструктуры. Адаптация под потребности инвалидов заключается не только в строительстве пандусов для доступа в здания, как многие считают. Она содержит комплексный подход, предусматривающий оборудование путей движения по прилегающей территории, обустройство подъемников, оборудование зон оказания услуг, санитарно-гигиенических комнат, лифтов (в случае, если оказание услуг производится на 2 и последующих этажах), указатели и обозначения для слабовидящих граждан и др. К дополнительным мерам социальной адаптации следует также отнести адаптацию коллектива к нахождению в нём сотрудника со специальными потребностями.

Исследования различных учёных по проблемам граждан, связанных с инвалидностью, показывают, что значительное количество инвалидов в настоящее время не получают необходимой для возвращения к нормальной трудовой, семейной и социальной жизни помощи, в которой они нуждаются. Безусловно, во многом это объясняется неблагоприятной экономической ситуацией, складывающейся в стране в последние годы, и причиной откладывания разработки полномасштабной программы, регулирующей все стороны социальной защиты и реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

На наш взгляд, важнейшим условием интеграции инвалидов в экономическую и социальную жизнь, а также в развитие человеческих ресурсов выступает ликвидация барьеров, препятствующих социально-экономической безопасности людей с ограниченными возможностями здоровья. Нами проанализированы и сгруппированы факторы, оказывающие дестабилизирующее действие на развитие социально-экономической безопасности инвалидов. Группы факторов и их значения приведены в таблице 4.

Таблица 4

Факторы, негативно влияющие на социально-экономическую безопасность инвалидов

Наименование	Содержание
Нормативно-правовые факторы	<ul style="list-style-type: none"> – несовершенство законодательства, регламентирующего вопросы СЭБ инвалидов; – несовершенство действующего законодательства по социальной защите, касающегося реабилитации инвалидов; – несогласованность действий различных ведомств и организаций в вопросах социально-экономической безопасности инвалидов.
Производственно-технологические факторы	<ul style="list-style-type: none"> – неразвитость производств, изготавливающих технических средства реабилитации для адаптации инвалидов к самостоятельной социальной и экономической деятельности; – низкий уровень разработанности инженерно-технологических подходов к адаптации быта и рабочего пространства инвалидов; – недостаточное развитие производства и модернизации технических средств, обеспечивающих доступность инвалидов к профессиональному труду.

Социально-экономические факторы	<ul style="list-style-type: none"> - недостаточная реформированность сферы труда и занятости инвалидов; - большая дифференциация региональных рынков труда; - усиление миграционных потоков; - непринятие инвалидов со стороны общества из-за их длительной изолированности и существующих стереотипов; - отсутствие системы подготовки кадров и недостаток квалифицированных кадров при работе с инвалидами; - недостаточное финансирование адаптации рабочих мест для инвалидов; - неадаптированность российской системы образования под особые потребности инвалидов, медленное развитие систем переобучения, переподготовки и повышения квалификации инвалидов; - отсутствие отвечающей потребностям инвалидов транспортной и коммуникационной системы, невысокая мобильность инвалидов; - негибкость налоговой системы при принятии инвалида на работу в случае организации инвалидом собственного дела; - отсутствие механизмов координации бюджетов различных уровней для обеспечения СЭБ инвалидов; - неразвитость сети реабилитационных учреждений и недостаточное государственное финансирование реабилитации и лечения инвалидов.
---------------------------------	---

Из таблицы 4 видно, что существующая система социальной защиты не полностью отражает все стороны жизнедеятельности инвалида и в полной мере не обеспечивает его социально-экономическую безопасность. Само определение понятия «социально-экономическая безопасность инвалидов» до настоящего времени не имеет четкой формулировки.

Для обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов необходимо совершенствование практически всех звеньев существующей системы социальной защиты инвалидов и взаимодействие социальных институтов, деятельность которых, так или иначе, направлена на достижение социально-экономической безопасности населения.

По мнению автора, граница СЭБ инвалидов определяется набором индикаторов, отражающих их положение в обществе, степень социально-

экономической независимости, а также отношение общества к инвалидам, среди которых:

- уровень инвалидизации населения;
- доля инвалидов, получивших мероприятия реабилитации;
- степень выполнения индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов;
- численность трудоустроенных инвалидов в общей численности инвалидов трудоспособного возраста;
- удельный вес работающих инвалидов в общей структуре экономики, в том числе по группам инвалидности;
- удельный вес объектов социальной инфраструктуры, отвечающих требованиям доступности для инвалидов и др.

Указанные индикаторы фиксируют состояние социальной сферы, в динамике характеризуют качество мер по обеспечению социально-экономической безопасности инвалидов. Двигателем экономического развития выступают социальные группы, способные к труду. Инвалиды представляют особую социальную группу граждан, и с целью приобщения к экономически активному населению нуждаются в специфичных формах социальной защиты: пенсионном обеспечении, частично заменяющем трудовые доходы, реабилитации, способствующей интеграции в общество и трудовую деятельность, в специальных мерах содействия занятости, обеспеченности техническими средствами реабилитации, организации социального пространства, облегчающего доступ инвалидов к зданиям и сооружениям социальной инфраструктуры. Меры социальной защиты, адекватные потребностям инвалидов в преодолении социальной недостаточности, обеспечивают их социальную активность и социально-экономическую безопасность. Преодоление бедности является одним из основных критериев экономической безопасности.

Обобщение вышеизложенного позволяет сделать следующие выводы.

Социальная защита инвалидов представляет собой систему гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и обеспечение им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

В тоже время социальная защита представляет собой результат практической деятельности социальных институтов и организаций, посредством которой государство осуществляет свою социальную политику в отношении социально уязвлённых групп.

Обобщая выводы многих отечественных учёных, социальную защиту можно представить как систему государственных институтов, организаций и учреждений, а также приоритетных направлений и механизмов реализации социальных, экономических, правовых гарантий граждан, направленных на поддержание определенного уровня социальной защищенности в зависимости от конкретных условий общественного развития.

В тоже время социальная защита в том виде, в котором она представлена в отечественной практике, не отражают всей многоаспектности такого социального явления как «инвалидность» и не обеспечивают весь комплекс социально-экономического воздействия, направленного на интеграцию инвалидов в общество и сферу труда. В связи с этим рациональным представляется расширение понятийного аппарата социальной сферы и выделение понятия социально-экономической безопасности инвалидов, характеризующего состояние системы социальной защиты и актуализирующего мероприятия реабилитации инвалидов в качестве основных условий восстановления трудового потенциала людей с ограниченными возможностями здоровья. Трудовая занятость инвалидов является важнейшим аспектом интеграции инвалидов в общество и достижения ими социальной и материальной независимости. Обеспечение занятости безработным инвалидам трудоспособного возраста и имеющих показания к труду ведет к привлечению дополнительных денежных вливаний в экономику посредством

налоговых отчислений в бюджет региона и увеличению валового регионального продукта.

1.2 Профессиональная реабилитация и содействие занятости инвалидов

Мировая практика показывает, что доля населения, имеющего заболевания и травмы, приведшие к стойкой социальной недостаточности, остается на протяжении наблюдаемого периода примерно одинаковой и составляет около 15% населения мира. В разных странах это соотношение колеблется от 6% в Азербайджане до почти 20% в Китае.

Одним из современных приоритетов социальной политики стран мирового сообщества стала интеграция людей с инвалидностью в сферу труда, помощь этой категории граждан в достижении социально-экономической независимости посредством эффективной профессиональной реабилитации, обеспечения доступности социальной среды.

Вопрос интеграции инвалидов в сферу труда тесно связан с экономической политикой. В свою очередь, экономика страны определяет уровень гуманизации общества, социальные приоритеты в данной области. Поскольку экономические модели различны, каждое государство сообразно своему уровню социального и экономического развития определяет различные модели интеграции инвалидов в трудовую деятельность.

В международной практике существуют различные подходы к пониманию инвалидности, определяющие государственные подходы к интеграции граждан, имеющих инвалидность, в социум. Наибольшее развитие получила классификация, разработанная Г. Эспинг-Андерсоном: либеральная, консервативная и социал-демократическая⁴³. Целью социальной политики в отношении людей с инвалидностью должно стать создание условий, в пол-

⁴³ Esping-Andersen G. Social Foundations of Post-industrial Economics / G. Esping-Andersen. – Oxford : Oxford University Press, 1999. – P. 73-94.

ной мере обеспечивающих возможность реализовать свои права, в особенности в сфере труда.

Либеральная модель основывается на преобладании рыночных механизмов. Социальная поддержка оказывается в рамках определённых минимальных социальных потребностей по остаточному принципу бедным и малообеспеченным слоям населения, не способным самостоятельно обеспечить себя. Таким образом, государство несёт хоть и весьма ограниченную, но, тем не менее, всеобщую ответственность за социальное обеспечение всех граждан, которые оказываются неспособны к эффективному самостоятельному экономическому существованию. Классическими странами-представителями либеральной модели считаются США и Великобритания.

В США создан Национальный совет по делам инвалидов, в функции которого входит анализ федеральной политики, законодательства и программ в разрезе их влияния на лиц с ограниченными возможностями здоровья. Совет представляет рекомендации президенту, конгрессу, службам реабилитации инвалидов, непосредственно взаимодействует с Национальным научно-исследовательским институтом по проблемам инвалидности и реабилитации, деятельность которого направлена на восстановление трудового потенциала и социального статуса инвалидов. Главная задача Национального совета по делам инвалидов состоит в полноценной интеграции американцев с инвалидностью в жизнь общества.

Президент США ежегодно отчитывается по вопросам обучения, занятости и трудовых доходов граждан с инвалидностью, а деятельность по их профессиональной реабилитации контролируется Президентским комитетом по трудоустройству людей с ограниченными возможностями. В стране активно функционируют программы по сотрудничеству центров профессиональной подготовки и университетов с предприятиями, финансирование которых осуществляется при поддержке государства.

В целом работодателям США предоставляется возможность самостоятельной выработки стратегии найма в отношении инвалидов, а действующим законодательством закрепляется льготное налогообложение для предприятий, использующих труд людей с ограниченными возможностями. Однако компании, отказывающиеся предоставить работу инвалиду, облагаются значительным штрафом.

Характерной чертой политики занятости людей с ограниченными возможностями здоровья в США является отсутствие законодательства о квотировании рабочих мест, т.к. настоящая мера рассматривается американцами «дискриминацией наоборот». Предполагается, что квоты при приеме на работу инвалидов не должны оказывать дискриминационное влияние на трудоустройство граждан, не имеющих инвалидность.

В виду высокой развитости технических средств реабилитации в США широкое развитие получили мероприятия по приспособлению (адаптации) рабочих мест под особые потребности инвалидов с серьезными нарушениями здоровья. Эксперты не рассматривают адаптацию рабочих мест как весьма затратное вложение, так как эти мероприятия способны приносить материальную выгоду работодателям. По данным исследования, проведенного в Южной Каролине, работники-инвалиды обеспечили поступление 15, 29 долл. за каждый доллар, вложенный в их реабилитацию. В то же время рабочие-инвалиды Нью-Мехико по завершении аналогичной программы профессиональной реабилитации обеспечили увеличение доходов на 251%⁴⁴.

В США и Канаде применяется и другой вариант трудоустройства инвалидов. Для инвалидов, не способных трудиться в обычных производственных условиях, организуются специальные мастерские, участки, цеха. В них осуществляется значительная психологическая, педагогическая,

⁴⁴ Сивакова И. В. Инвалидность : полный универсальный справочник / И. В. Сивакова. – М. : Проспект. – 2015. – С. 49.

социальная работа, по своей форме представляющая собой закрытые реабилитационные учреждения с особыми условиями труда для инвалидов.

Зачастую для инвалидов с тяжелыми нарушениями подбирается работа, связанная с одной-двумя простейшими операциями. Обучение может осуществляться непосредственно на рабочем месте. При этом руководство предприятия оказывает всестороннюю поддержку инвалиду, включая периодические медицинские обследования, динамическую оценку трудовых возможностей, рационализацию рабочего места с учетом специфики инвалидизирующего заболевания и т.д. Это весьма выгодный для государства вариант профессиональной реабилитации, т.к. осуществляется в условиях реального производства, где инвалиды производят материальные ценности и получают заработную плату.

Первым законом, касающимся профессиональной реабилитации инвалидов, принятом в Великобритании, стал Акт о трудоустройстве и занятости инвалидов (1944 г.)⁴⁵. В документе нашли отражение меры содействия трудоустройству инвалидов в виде программ профессиональной ориентации и профессиональной подготовки, основы формирования системы регистрации и учета инвалидов, а также нормативы квотирования для них рабочих мест. Согласно законодательству, предприятиям с численностью работников свыше 20 человек предписывалось выделять минимальную квоту в 3% для трудоустройства инвалидов. По этому акту для обеспечения трудоустройства вставших на учет инвалидов была создана специализированная Служба занятости, отслеживающая на рынке труда вакансии, соответствующие возможностям и квалификации зарегистрированных лиц с инвалидностью. Кроме того, был создан Национальный консультационный совет по трудоустройству инвалидов. Со временем стало ясно, что, как и во многих других странах, система квотирования оказалась малоэффективной в силу ряда причин: во-первых, многие предприятия освобождались от обязанности

⁴⁵ Disabled Persons (Employment) Act 1944. – URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/7-8/10/resources> (дата обращения: 12.04.2016)

резервировать квоты, а во-вторых, подавляющее большинство предпринимателей вовсе не были осведомлены о предписаниях по обязательному квотированию. Эти факторы, усугубившиеся дефицитом ресурсов, в конечном итоге свели к минимуму положительный эффект от реализации закона. Разочарованные низкой эффективностью этого документа организации инвалидов потребовали от правительства проведения новых законодательных реформ. Ответом на это стали отмена системы квотирования, а также принятие в 1995 г. Акта о недопущении дискриминации инвалидов и пакета дополнительных нормативных актов. В 2005 г. к Акту о недопущении дискриминации инвалидов была принята важная поправка, расширившая сферу его действия. Она обязывала органы государственной власти предпринимать меры по поощрению и реальному обеспечению равенства прав инвалидов по сравнению со всеми работоспособными трудящимися⁴⁶.

Основополагающим документом в области защиты прав инвалидов Великобритании является Акт о равенстве 2010 года (Equality Act 2010). Он касается различных вопросов комплексной реабилитации инвалидов и их интеграции в сферу труда. Так, все оздоровительные учреждения Великобритании обязаны вносить корректировки в свою деятельность, в том числе технического и инженерного характера, позволяющие получить качественные медицинские услуги людям с различными нарушениями. Актом закрепляются равные права инвалидов на получение общего и профессионального образования для инвалидов.

В 2010 году была введена программа «Подбор работы» (Work Choice, 2010), благодаря которой ежегодно трудоустраиваются порядка 40 тыс. инвалидов. Из них более 10 тыс. трудоустроились при поддержке специальных тьюторов-инспекторов, которые проводили более углубленную работу с безработными инвалидами и их потенциальными работодателями.

⁴⁶ Job Accommodation Network (Original 2005, Updated 2007, Updated 2009). Workplace accommodations: Low cost, high impact. – URL: <http://askian.org/media/LowCostHighImpact.doc> (дата обращения: 07.04.2016).

В Великобритании большое внимание уделено правам инвалидов в управлении транспортом и его использовании. Документ регламентирует деятельность управленческих структур в различных отраслях экономики и социальной сферы, касающихся вопросов социального и бизнес-партнерства, работы по контракту и совмещенной занятости. Акт о равенстве 2010 г. устанавливает серьезную антидискриминационную норму в сфере труда, закрепляя недопустимость ущемления или «особого» отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья. В тоже время работодатель обязан вносить разумные коррективы (изменения) в производственный процесс, позволяющий использовать труд людей с ограниченными возможностями здоровья на своих предприятиях.

В Канаде действует обширное законодательство, направленное на защиту прав и интересов инвалидов. Канада выступила первой страной, включившей в свою Конституцию положение о полном равенстве, упоминающее инвалидов следующим образом: «Каждый индивидуум равен перед законом без всякой дискриминации, в том числе по признаку расы, национальности, религии, пола, возраста, умственных или физических недостатков»⁴⁷. В соответствии с канадским Актом о правах человека была создана «Комиссия по правам человека, рассматривающая жалобы о дискриминации инвалидов»⁴⁸. Вопросами организации социальной защиты и реабилитации инвалидов в Канаде занимается Министерство здравоохранения и социального развития. В нормативно-правовых актах отражена работа государственных служб, таких как:

- экспертизы трудоспособности инвалидов;
- консультирования и информирования;
- профессиональной ориентации и профессиональной подготовки;
- медицинской реабилитации;

⁴⁷ Canadian Charter of Rights and Freedoms. – URL: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/index.html> (дата обращения: 30.01.2016)

⁴⁸ Cooper J. Improving the Civil Rights of People with Disabilities Through Domestic Law / Cooper J. // Law Rights and Disability. – L. : Jessica Kingsley Publishers, 2005.

- обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

В стране реализуются несколько федеральных и локальных программ по различным направлениям реабилитации людей с ограниченными возможностями. Система образования и профессиональной подготовки Канады гарантирует доступность получение образования всех уровней в соответствии с возможностями и интересами граждан с инвалидностью. В стране достаточно развита форма инклюзивного образования с применением индивидуальных учебных планов, специальных технических средств и работы тьюторов, облегчающих учебный процесс. Политика занятости людей с ограниченными возможностями строится на основе долгосрочных программ содействия занятости рассматриваемой нами категории населения.

По мнению автора, США обладают наиболее развитой системой реабилитации инвалидов и обширной практикой их интеграции в общество и сферу труда. Основная роль в этом отводится государству, поддерживающему реабилитационную индустрию в части технических средств реабилитации, учреждения социальной и профессиональной реабилитации, информационные центры и др. Кроме того, в стране функционируют сотни специализированных центров «независимой жизни» инвалидов, созданных частными фондами при государственной поддержке. Указанные фонды, как правило, специализированы на помощи инвалидам определенных нозологических групп: с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, ментальной инвалидностью и др.

В целом, применение антидискриминационного законодательства в отношении инвалидов в Великобритании и США имеет положительные результаты. Однако не стоит забывать, что эффективность данных мер зависит от уровня развитости правовой системы, когда соответствующие государственные, общественные структуры и граждане имеют возможность контролировать и влиять на выполнение норм законодательства.

Действующая в европейских государствах *консервативная модель* основывается на взаимных страховых обязательствах между социальными

партнерами (работодателями и наемными работниками). Последующее социальное обеспечение определяется на принципах трудового участия, поэтому в наиболее сложном положении оказываются инвалиды, которые в силу своей невысокой конкурентоспособности на рынке труда, не имеют постоянной работы или незаняты в экономике вовсе, поэтому не имеют страховок.

Страной, где максимально использованы принципы консервативной модели, является Германия, которая первой в мире ввела систему социального страхования. А при трудоустройстве инвалидов в основном используется система квотирования рабочих мест. Законодательством для предприятий и организаций определяется процентное соотношение сотрудников из числа людей с инвалидностью, а в случае невыполнения работодателем условий найма на него накладываются определенные штрафные санкции.

Все существующие системы квотирования сходны в одном: работодателей обязывают принимать на работу определенный процент лиц с инвалидностью. Вместе с тем, различия в системах квотирования проявляются в том, что следует за невыполнением квоты.

Система квотирования рабочих мест имеет многолетнюю историю. В начале XX века такие страны, как Австрия, Германия, Италия, Польша и Франция ввели квотирование рабочих мест для инвалидов – ветеранов войны. После Второй мировой войны систему квотирования ввели правительства многих европейских стран. Многие работодатели отказывали в приеме на работу гражданам по причине инвалидности. Таким образом, безработица данной категории населения стремительно увеличивалась.

В некоторых странах за невыполнение квоты работодатели выплачивают взносы в специальные фонды, средства которых распределяются на создание рабочих мест для инвалидов, а также на адаптацию существующих рабочих мест к нуждам людей с ограниченными возможностями (quota-levy system). Основные показатели системы квотирования рабочих мест для инвалидов в различных странах отражены в таблице 5.

Основные показатели системы квотирования
рабочих мест для инвалидов

№ п/п	Страна	Минимальное количество сотрудников при котором предприятие подпадает под систему квотирования рабочих мест	% от среднесписочной численности сотрудников	Направление санкционных выплат в специализированные фонды по содействию занятости инвалидов
1.	Германия	5-6	20	Да
2.	Франция	6	20	Да
3.	Великобритания	6	20	Да
4.	Италия	7	-	Да
5.	Польша	5	25	Да
6.	Япония	1,6-2	-	Нет
7.	Испания	3	50	Нет
8.	Китай	1,5	-	Да
9.	Российская Федерация	2-4	35	Нет

Во многих странах государство стимулирует работодателей принимать на работу людей с тяжелыми формами инвалидности. К примеру, беря на работу человека, пользующегося инвалидной коляской, работодатель заполняет не одно, а два или даже три места в счет установленной квоты. Подобное стимулирование применяется и при приёме на работу инвалидов, не имеющих опыта работы. В ряде стран работодатель может «обменять» обязательство нанять определенное число людей с инвалидностью на обязательство уплатить определённую сумму в специальный фонд, средства которого будут расходоваться на содействие занятости людей с инвалидностью.

Систему квотирования рабочих мест для инвалидов в Германии принято считать образцовой, но не идеальной, так как квотирование не лишено недостатков, присущих этой политике в целом. Прежде всего, выполнение квот контролируется службой занятости населения. Работодатели, не выполняющие установленную квоту на трудоустройство лиц с инвалидностью, облагаются санкциями, которые направляются в специализированный фонд по созданию и развитию специальных рабочих мест для инвалидов.

Под специальными рабочими местами для трудоустройства инвалидов понимаются «рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов»⁴⁹. Кроме того, некоторые работники могут учитываться как занимающие 2 или 3 рабочих места по квоте, если службы занятости и реабилитации инвалидов относят их к наиболее тяжелым для трудоустройства по причине сложности инвалидизирующего заболевания и потребности в значительной адаптации рабочего места.

Программы профессиональной реабилитации и содействия занятости, реализуемые странами с консервативной моделью социальной политики, условно делятся на два типа. К первому относятся программы, направленные на профессиональную подготовку и переподготовку инвалидов для трудоустройства на обычных и специально созданных рабочих местах с расчетом на то, что это позволит им получить более конкурентоспособные профессиональные навыки.

Ко второму типу относятся расширенные программы профессиональной реабилитации, включающие непосредственно создание постоянных рабочих мест для граждан с ограниченными возможностями, в том числе специализированных производств. К специализированным предприятиям относятся предприятия и кооперативы, использующие труд исключительно людей с инвалидностью. Они ориентированы, как правило, на трудоустройство определенных категорий инвалидов со значительными потерями функций организма (нарушением зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, умственного развития).

По мнению многих ученых: О.С. Андреевой, В.С. Сазонова, Д.П. Рязанова, В.В. Петрова, С.А. Залученова, - «Самой совершенной системой

⁴⁹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

профессиональной реабилитации инвалидов в мире является система, действующая в Германии»⁵⁰. Меры социальной поддержки инвалидов в этой стране зависят от степени способности к труду и, соответственно, распространяются только на тех инвалидов, у которых способность трудиться снижена на 50 и более %. Спецификой немецкого регулирования занятости инвалидов является обширная система экономических санкций по отношению к работодателям, отказывающим в трудоустройстве инвалидам. Трудовое законодательство по отношению к работникам-инвалидам предусматривает право на дополнительный оплачиваемый отпуск, работу в одну смену и др.

Во многих европейских странах, наряду с Германией, широкое развитие получили Центры профессиональной реабилитации инвалидов как наиболее эффективная форма восстановления трудового потенциала инвалидов и повышения конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Только в самой Германии насчитывается порядка 50 учреждений на 15 тысяч учебных мест. Обучение осуществляется по более чем 100 специальностям, доступным лицам с ограниченными возможностями здоровья и востребованным на рынке труда. Оснащение профреабилитационных центров включает современное технологическое оборудование, аналогичное применяемому в производстве. Производственная адаптация осуществляется на реальных рабочих местах на условиях частичной занятости.

Подбор подходящей для инвалидов профессии осуществляется группой специалистов, включающей медицинский персонал, психологов, специалиста по эргономике, профориентации, социальной реабилитации. Срок обучения новой профессии зависит от направления профподготовки, а также возможностей инвалида и составляет 1-2 года. На выходе реабилитационного процесса инвалиды получают достаточный уровень профессиональной под-

⁵⁰ Андреева О. С. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов / О. С. Андреева, В. С. Сазонова, Д. П. Рязанов [и др.]. – М. : ЦИЭТИН, 1996. – С. 38.

готовки, позволяющий быть конкурентоспособным на рынке труда и не отличающийся от требований для здоровых граждан.

Получение инвалидами реабилитационных мероприятий в Центрах профессиональной реабилитации позволило одновременно сократить как период безработицы инвалидов, так и государственные издержки на пособие по нетрудоспособности в Германии. Уровень трудоустройства инвалидов после профессиональной переподготовки составляет около 80%. После успешного прохождения профессиональной реабилитации в части освоения новой профессии и трудоустройства человек с нарушениями здоровья и ограничениями жизнедеятельности, согласно немецкому законодательству, не считается инвалидом. Таким образом, государство путем эффективной реабилитации и интеграции инвалидов в социально-экономическую жизнь общества сокращает период безработицы инвалидов и издержки на выплату пенсий и пособий по инвалидности.

В функции большинства профреабилитационных центров также отведена работа по рационализации рабочих мест для инвалидов с учетом особенностей рабочей силы инвалидов и потребности экономики в рабочих кадрах. Таким образом, достигался более высокий уровень занятости инвалидов, сопоставимый с уровнем занятости других категорий безработных (около 70%).

Законодательство Франции относительно инвалидов формируется с начала 20-го века и первый законодательный акт касался военных, отслуживших в армии и имевших заслуги перед государством, но которые в силу ранений, увечий и возраста были не способны нести военную службу. Начиная с 1955 года, законодательство о социальной защите инвалидов, ориентированное на реабилитацию и интеграцию инвалидов в общество, совершенствовалось с регулярной периодичностью. Только о трудоустройстве инвалидов во Франции принято порядка десяти законов, закрепляющих права инвалидов на профессиональное обучение, переобучение, содействие в трудоустройстве, в том числе на квотируемые

рабочие места. С целью эффективной интеграции инвалидов в экономику страны создана сеть реабилитационных учреждений, приоритетным направлением которых выступает профессиональная реабилитация. Эти же центры занимаются вопросами организации трудоустройства инвалидов.

Координирующую функцию в сфере профессиональной реабилитации во Франции выполняет консультативный орган, объединяющий усилия лиц с ограниченными возможностями здоровья, врачей, работодателей в вопросах профессиональной реабилитации. Он вносит предложения по формированию политики в области реабилитации инвалидов, созданию условий для их интеграции в сферу труда, реализует программы по профессиональной ориентации молодых инвалидов, созданию и переоборудованию рабочих мест.

Свою специфику социальной политики имеет Япония. В ее основе лежит принцип обеспечения равенства возможностей, активного создания рабочих мест, сокращения дифференциации доходов населения. Профессиональная реабилитация людей с ограниченными возможностями в Японии базируется на центрах профессиональной ориентации инвалидов, действующих под руководством Министерства здравоохранения, труда и социального благосостояния. В Японии считают, что привлечение людей с ограниченными возможностями на рынок труда сможет не только изменить к лучшему условия жизни и повысить социальный статус таких людей, но и улучшить экономическую ситуацию в стране. В условиях сокращения трудоспособного населения и роста государственных расходов на социальные нужды правительство заинтересовано в сокращении числа иждивенцев и превращения их в работающих налогоплательщиков. Так, по оценкам Министерства здравоохранения, труда и благосостояния при условии осуществления активной политики в сфере трудоустройства людей с ограниченными возможностями со-

кращение рабочей силы может быть существенно ограничено - к 2020 г. на 3,5 млн. человек, а к 2030 г. - на 6,3 млн.⁵¹.

В Польше накоплен обширный опыт социальной и профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья. В 1993 году в стране была создана Всепольская экономическо-реабилитационная палата (ВЭРП), объединяющая около 400 предприятий, где в основном работают инвалиды. В функции ВЭРП входит представление интересов своих членов перед органами законодательной и исполнительной власти, сотрудничество с профреабилитационными учреждениями, налаживание экономических связей между предприятиями. Палата имеет собственный учебный центр, благодаря которому сотрудники предприятий могут повышать свой профессионально-квалификационный уровень. Концепция профессиональной реабилитации в Польше основана на создании небольших производств для инвалидов, обучении их на рабочих местах и привлечении их к посильному труду. Предприятия, использующие труд инвалидов, имеют налоговые льготы и поддерживаются государством. Большинство таких предприятий входят в состав ВЭРП. Палатой организуются выставки изделий, произведенных инвалидами, в том числе за рубежом, целью которых является обмен опытом в области социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, налаживание экономических и торговых связей с аналогичными организациями и их представителями.

В Бельгии действует законодательство о социальном трудоустройстве инвалидов, предусматривающее создание фонда социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. Фонд предоставляет субсидии для создания центров и служб профессиональной реабилитации. Профессиональная подготовка и переподготовка осуществляется как по общим, так и по специализированным программам. Обучение лиц с тяжелыми нарушениями производится в специальных цехах.

⁵¹ Social Security in Japan 2014. Chapter 8. Policy for people with disabilities, National Institute of Population and Social Security Research. – URL: http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/pdf/08_SJ2014.pdf (дата обращения: 23.03.2016).

Социально-демократическая модель распространилась на скандинавские страны Европы, такие как Швеция, Дания, Финляндия, Норвегия, Австралия. Здесь главным принципом социального обеспечения является универсализм: все граждане, независимо от степени нужды и трудового вклада, имеют право на социальное обеспечение, гарантированное государством. Модель базируется на следующих принципах:

- граждане имеют одинаковую ценность, независимо от возраста, пола, производительности труда;
- социальная защита инвалидов имеет непрерывный характер и охватывает все сферы жизнедеятельности;
- социальная защита характеризуется высокой гибкостью, доступностью, способной выравнять социальные условия для всех категорий населения.

Имеется в виду, что социальная защита – это право всех граждан, обеспечиваемое, главным образом, за счет государства (бюджета). Эта модель основывается на высоком, стабильном уровне производительности труда, сильных профсоюзах, договорных отношениях между работодателями и наемными работниками, которые контролируются государством. При этом государственный сектор финансирует социальную политику через систему налогообложения и несет ответственность за функционирование различных социальных служб.

В Швеции в течение ряда лет действует обширное законодательство, касающееся профессиональной реабилитации и трудоустройства людей с ограниченными возможностями здоровья. Воздействие на работодателей в плане их найма осуществляется не столько за счет квотирования или предоставления налоговых льгот предприятиям, сколько путем индивидуальных финансовых дотаций на каждого трудоустроенного инвалида. В стране хорошо развиты реабилитационные комплексы по восстановлению трудового потенциала, включающие систему технических средств реабилитации и профессиональную реабилитацию, нацеленных на полноценную интеграцию

инвалидов в сферу труда. Кроме того, на достаточно высоком уровне реализуется переоборудование квартир для проживания инвалидов специальными адаптационными устройствами.

В начале 90-х гг. XX века в Швеции был создан центр профессиональной реабилитации «Стенста-Центр» (Stensta Center). Учреждение реализует мероприятия по профессиональной ориентации, профессиональному обучению, социальной и медицинской реабилитации, содействию в трудоустройстве. Продолжительность профреабилитационного процесса зависит от тяжести инвалидизирующего заболевания и в среднем составляет около 2 лет.

В Швеции действует концерн «Самхалл» (Samhall), один из крупнейших работодателей по приему на работу инвалидов. Концерн имеет около 250 предприятий-филиалов по всей стране, на которых трудятся более 20 тысяч лиц с ограниченными возможностями здоровья. Пройдя этап поддерживающего трудоустройства на этом предприятии инвалиды переходят на открытый рынок труда.

В Финляндии действует Финская ассоциация людей с ограниченными возможностями, которая была основана еще в 1938 году и на сегодняшний день насчитывает более 140 ассоциаций-партнеров и более тридцати четырех тысяч членов⁵². Основной задачей ассоциации является поддержка инвалидов в реализации прав на образование, реабилитацию, содействие занятости и трудоустройство. Правительство поддерживает работодателя при приеме инвалида на работу с предшествующим обучением. При проведении реабилитации инвалидов работодатель в течение 2-х лет получает гарантированные субсидии в размере полной заработной платы инвалида.

Вопросы профессиональной реабилитации инвалидов Норвегии регулирует Министерство труда и социальной защиты. На территории страны действует ряд территориальных бюро занятости, содействующих трудоустройству граждан с инвалидностью. Национальные программы страны в со-

⁵² Хамаганова Н. Н. Люди должны быть защищены социальными гарантиями / Н. Н. Хамаганова // Традиция. – 2010. – № 1 (134). – 14 янв. – С. 5.

циальной сфере, акцентирующие свое внимание на регулировании рынка труда и развитии социальной инфраструктуры, в течение последнего времени были дополнены мерами по интеграции инвалидов на открытый рынок труда, развитие конкурентных преимуществ инвалидов. Эти меры включают:

- профориентационную работу с инвалидами школьного и трудоспособного возраста;
- направление инвалидов органами занятости и социальной защиты на профессиональную подготовку и переподготовку;
- создание специальных реабилитационных учреждений и учебных курсов по корректирующим программам для людей с ограниченными возможностями здоровья;
- создание или адаптация рабочих и учебных мест с учетом психофизиологических особенностей инвалида;
- предоставление работодателям субсидий на оплату труда работника-инвалида и др.

Заслуживает внимания система интеграции инвалидов в трудовую деятельность в Австралии. В стране отсутствует законодательство о квотировании рабочих мест. Специалистами службы занятости населения ведется постоянный поиск вакансий для инвалидов. Создан и постоянно обновляется специальный банк данных для лиц, прошедших профессиональную подготовку и переподготовку. Кроме того, трудоустройство инвалидов сопровождается с сохранением выплаты пособия на период до 6 месяцев. Оплату труда на предприятии инвалид в этот период не получает, что является поддержкой работодателя и дает возможность инвалиду приобрести опыт работы.

Применяемые методы содействия занятости людей с инвалидностью убеждают, что процедура отбора и приема на работу не содержит дискриминирующих положений и будет основана только на профессиональных знаниях и способностях человека, а инвалидность не является решающим фактором трудоустройства. Работникам, получившим инвалидность на производстве, оказы-

вается поддержка для сохранения своей должности или подбирается соответствующая их опыту и возможности.

Таким образом, в мировой практике можно отметить, как наиболее эффективные, и модели содействия занятости инвалидов Северо-Американских, Скандинавских и Западно-Европейских стран, которые выделяют инвалидов в особую группу с целью создания условий содействия занятости и обеспечения антидискриминационных гражданских прав. Сравнительная характеристика моделей социальной политики в отношении инвалидов показана на рис. 4.



Рис. 4 – Сравнительная характеристика моделей социальной политики в отношении лиц с инвалидностью

Таким образом, международный опыт решения проблем занятости инвалидов основывается на трех основных подходах:

- создание условий для поддержки безработных инвалидов, работающих инвалидов и работодателей, нанимающих граждан со сниженными трудовыми показателями, в условиях конкурентного рынка труда;
- резервирование определенной квоты и (или) процента рабочих мест для рабочих с инвалидностью;

– создание отдельного защищенного рынка исключительно для рабочих с инвалидностью.

По мнению академика Российской академии наук А. Д. Некипелова «решению проблемы обеспечения экономики необходимыми трудовыми ресурсами должны содействовать продуманная политика привлечения в страну рабочей силы, а также меры активной государственной социальной политики и политики в области занятости, направленные на максимальную мобилизацию внутренних резервов предложения на рынке труда. К ним, в том числе, следует отнести увеличение доли занятых среди инвалидов⁵³. Достижение поставленной цели возможно при значительной государственной поддержке, направленной на преодоление барьеров при получении образования и в дальнейшем трудоустройстве.

Российской Федерацией, как полноправным государством мирового сообщества, развивающимся по демократическому пути, также принимаются меры по повышению социальной и экономической независимости людей с ограниченными возможностями здоровья.

Законодательство, регулирующее вопросы, связанные с инвалидностью включает соответствующие положения Конституции РФ, Федеральные законы и иные нормативно-правовые акты Российской Федерации, а также законы и иные нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации. Особенности условий реабилитации и труда инвалидов регламентируются в первую очередь Федеральными законами, «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 №181-ФЗ, «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 № 1032-1, Трудовым кодексом Российской Федерации и другими нормативно-правовыми актами.

Нормы трудового законодательства, действующие в Российской Федерации и регулирующие занятость инвалидов, можно условно разделить

⁵³ Россия на пути к современной динамичной и эффективной экономике / под ред. Д. С. Некипелова, В. В. Ивантера, С. Ю. Глазьева. – М., 2013. – С. – 5. - Режим доступа: http://yartpp.ru/images/prompolit/ran_rossia_na_puti.pdf (дата обращения: 10.03.2016).

на две группы. К первой относятся нормы, регулирующие порядок заключения и расторжения трудового договора с инвалидами. Ко второй группе относятся нормы, регулирующие особенности условий труда для работников-инвалидов. Прежде всего, работодатель независимо от организационно-правовой формы и формы собственности организации, в которой работает человек с инвалидностью, обязан обеспечить ему необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (абилитации) инвалида. Законодательством предусмотрен особый режим труда и отдыха инвалидов в соответствии с рекомендациями органов медико-социальной экспертизы.

Кроме того, законодательством Российской Федерации предусмотрена система квотирования рабочих мест для инвалидов. В зависимости от численности работников законодательством субъекта Российской Федерации устанавливается квота для приема на работу инвалидов в размере от 2 до 4 процентов среднесписочной численности работников⁵⁴.

Работа над вопросом обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов продолжилась и отразилась в принятой и ратифицированной Конвенции о правах инвалидов⁵⁵. Статья 27 Конвенции о правах инвалидов содержит антидискриминационную правовую норму, согласно которой «государство-участники признают право инвалидов на труд наравне с другими; оно включает право на получение возможностей зарабатывать себе на жизнь трудом, который инвалид свободно выбрал или на который свободно согласился в условиях, когда рынок труда и производственная среда является открытыми, инклюзивными для инвалидов»⁵⁶.

С целью исполнения положений Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в субъектах Российской Федерации с 1995 года начала формироваться сеть реабилитационных

⁵⁴ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁵⁵ Конвенция о правах инвалидов : [заключена в Нью-Йорке 13.12.2006]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁵⁶ Там же.

учреждений различного профиля, представляющая собой основу государственной службы реабилитации инвалидов. Однако лишь в нескольких регионах Российской Федерации были приняты соответствующие законы и нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность государственной службы реабилитации инвалидов, в которых отражены:

- цели и задачи деятельности государственной службы реабилитации инвалидов;
- совокупность организационных структур, входящих в государственную службу реабилитации инвалидов;
- координация их деятельности;
- источники и порядок финансирования государственной службы реабилитации инвалидов и др.

Реализация социальной политики в отношении инвалидов в регионах проводится как с помощью федерального, так и регионального законодательства, а также целевого планирования и осуществления комплексных программ реабилитации инвалидов, обеспечивающих создание и развитие реабилитационных учреждений.

С учетом Российского и зарубежного опыта Германии, Швеции, Нидерландов в начале 90-х годов Воронежская область начала формировать региональную систему профессиональной реабилитации инвалидов. Социологическое исследование, проведенное в те годы, показало значительную потребность людей с ограниченными возможностями здоровья в трудовой занятости (до 80%). С целью решения проблемы трудоустройства инвалидов в 1994 году в Воронежской области был создан модельный центр профессиональной реабилитации инвалидов, деятельность которого направлена на восстановление трудового потенциала, социального статуса инвалидов и их интеграцию в сферу труда.

Положительный практический опыт в области профессиональной реабилитации инвалидов был также отмечен в Ставропольском крае, Москве, Московской, Саратовской, Свердловской, Ленинградской областях.

В настоящее время в Российской Федерации действует сеть реабилитационных учреждений, включающая более 1800 реабилитационных центров различной направленности. Однако потребности инвалидов в мероприятиях реабилитации недостаточно удовлетворены. Кроме того, специализированные центры профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста в общей численности составляют всего около 1%.

Развитию государственной службы реабилитации инвалидов препятствовало недостаточное финансирование. Во всех регионах реабилитация инвалидов финансировалась из разных источников: федерального, регионального и местного бюджетов, фондов обязательного медицинского страхования, занятости, социального страхования, пенсионного фонда, внебюджетных источников. Региональная базовая программа реабилитации инвалидов имела в Москве, Ленинградской и Новосибирской областях, Краснодарском крае.

В ходе анализа международного и отечественного опыта в области обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов можно сделать вывод о том, что её достижение основывается главным образом на их социальной и профессиональной реабилитации и содействии занятости. Отечественное законодательство и практика интеграции инвалидов в сферу труда формируется с учетом последних тенденций международного права. В Российской Федерации функционирует ряд реабилитационных учреждений, однако стройная система обеспечения социально-экономической безопасности, включая меры по профессиональной и социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста до настоящего времени полностью не сложилась. Уровень материального благополучия инвалидов остаётся крайне низким, а социальная активность в силу социальных ограничений, вызванных инвалидностью и неприспособленностью социальной среды к условиям жизнедеятельности инвалидов – недостаточным. Рост числа инвалидов, утяжеление последствий инвалидности и их слабая защищенность обуславливает необходимость изучения потребности людей с

ограниченными возможностями здоровья в мероприятиях реабилитации, разработке комплексных мер по планированию и организации реабилитационного процесса и интеграции инвалидов в общество, поиска мер обеспечения их социально-экономической безопасности.

Глава 2. Региональная система интеграции инвалидов в сферу труда

2.1 Оценка потребности инвалидов в социальной и профессиональной реабилитации: состояние и проблемы

Построение гражданского общества предполагает максимально полное использование трудового потенциала трудоспособных граждан в социальной и экономической жизни страны, однако трудовые возможности большинства инвалидов в настоящее время остается не полностью востребованным. Законодательство современной России в области социальной политики направлено на снижение зависимости инвалидов от государственных дотаций. На практике по-прежнему доминирует практика социальной изоляции инвалидов в их потребности вести независимый и самостоятельный образ жизни, присущий большому числу граждан. Процесс реабилитации касается практически всех сторон жизнедеятельности инвалидов стоит рассматривать как разностороннее и комплексное явление.

Согласно Российскому законодательству «...Реабилитация инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилизация инвалидов - система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилизация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество...»⁵⁷.

Стоит отметить, что реабилитация инвалидов – это многоплановый и неразрывный процесс, своеобразный синтез различных направлений реабилитации, организаций-исполнителей мероприятий реабилитации инва-

⁵⁷ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

лидам, нормативно-правового и методического обеспечения, направленных на всестороннюю помощь и поддержку инвалидов на пути их реабилитации и интеграции в общество как полноправных и полезных участников социальных и производственно-экономических отношений.

В современной России действует обширная нормативно-правовая база, регулирующая вопросы социальной защиты и реабилитации инвалидов. В той или иной степени в ней инвалид рассматривается как гражданин с особыми возможностями и потребностями, обуславливающими необходимость обеспечения их социально-экономической безопасности. основополагающими документами в этой области являются Национальные стандарты (ГОСТы) реабилитации и социального обслуживания инвалидов. Национальными стандартами раскрываются основные понятия, термины реабилитации и социального обслуживания инвалидов, содержание реабилитационных мероприятий, порядок функционирования учреждений, действующих в данном направлении, требования к персоналу реабилитационных учреждений и др. Так, согласно ГОСТ Р 53874-2010 «Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг»⁵⁸, где мероприятия реабилитации в зависимости от их назначения подразделяются на следующие основные виды:

- мероприятия по медицинской реабилитации;
- мероприятия по профессиональной реабилитации;
- мероприятия по социальной реабилитации.

Для нашего исследования наибольший интерес представляют социальная и профессиональная реабилитация инвалидов, имеющих показания к трудовой деятельности и находящихся в трудоспособном возрасте. По мнению автора, социальная и профессиональная реабилитация играет ведущую роль в восстановлении социального статуса инвалида, его

⁵⁸ ГОСТ Р 53874-2010. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. – Введ. 2011-10-01. – Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtml> (дата обращения: 25.04.2016).

интеграции и реинтеграции в сферу труда, обеспечивая тем самым стабильный материальный доход и социально-экономическую безопасность.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мер, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях. Характер и специфика причин инвалидности (болезнь, травма, ранение) обуславливают возникновение у инвалида различных ограничений жизнедеятельности, вызывающих такие виды социальной недостаточности как: нарушение способности самообслуживания, передвижения, способности к трудовой деятельности, ориентации, общению, контролю своего поведения.

Основная цель социальной реабилитации — восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности⁵⁹.

Социальная реабилитация инвалидов включает:

- мероприятия по социально-средовой реабилитации;
- мероприятия по социально-педагогической реабилитации;
- мероприятия по социально-психологической реабилитации;
- мероприятия по социокультурной и физической реабилитации;
- мероприятия по социально-бытовой адаптации;
- оздоровительные мероприятия, спорт.

Профессиональная реабилитация инвалида представляет собой многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности инвалида или приобретение им новых профессиональных навыков в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда. Доступность условий труда для инвалида может быть достигнута:

⁵⁹ ГОСТ Р 54738-2011. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. – Введ. 2013-04-01. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/gost-r-54738-2011> (дата обращения: 25.04.2016).

- на его прежнем рабочем месте;
- на новом рабочем месте по прежней специальности;
- путем профессиональной подготовки с учетом прежних профессиональных навыков и соответствующим трудоустройством;
- путем профессионального обучения новой специальности;
- адаптацией инвалида к такой трудовой деятельности⁶⁰.

Целью профессиональной реабилитации является стабильная трудовая занятость инвалида и достижение им материальной независимости. Согласно национальным стандартам, профессиональная реабилитация включает мероприятия по:

- профессиональной ориентации;
- образованию и обучению;
- трудоустройству инвалидов;
- производственной адаптации инвалидов⁶¹.

В современной экономической литературе существует множество трактовок потребностей. Наиболее распространенный является следующий подход: потребность – «это нужда в чем-либо, требующая удовлетворения»⁶². Поскольку человеческие потребности разнообразны, необходима их классификация по определенным признакам.

В экономической литературе существует несколько трактовок потребностей. Множество определений сущности потребностей закономерно, так как они с разных сторон отражают объективное состояние человека, которое выражается через множество объектов, способных удовлетворить нужду тем способом, который зависит от уровня культуры, жизненного уклада, традиций и особенностей личности человека или общества в целом.

⁶⁰ ГОСТ Р 53873-2010. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов. – Введ. 2011-10-01. – Режим доступа: <http://docs.pravo.ru/document/view/22517319/> (дата обращения: 26.04.2016).

⁶¹ Там же.

⁶² Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, И. Ю. Шведова. – Изд. 4-е, доп. – М. : ИТИ Технологии, 2005. – С. 537.

Наиболее распространен следующий подход, при котором потребности человека понимаются как состояние неудовлетворенности, или нужды, которое он стремится преодолеть. Поскольку человеческие потребности разнообразны, постольку необходима их классификация по определенным признакам. Можно выделить следующие критерии классификации:

- по значимости (первичные, или биологические, и вторичные, или социальные);
- по субъектам (индивидуальные, групповые, коллективные, общественные);
- по объектам (материальные, духовные, этические, эстетические);
- по возможности реализации (реальные, идеальные);
- по сферам деятельности (потребности в труде, общении, отдыхе и т.п.);
- по характеру удовлетворения выделяют экономические потребности (к ним относят ту часть человеческих нужд, для удовлетворения которых используются ограниченные ресурсы и необходимо производство) и неэкономические потребности (те, что могут быть удовлетворены без производства, например, потребности в воде, воздухе, солнечном свете и т.д.).

Нами рассматривается комплексная реабилитация (социальная и профессиональная) как возможность удовлетворения первичных потребностей инвалидов по преодолению социальных последствий инвалидности, которая даёт возможность приступить к следующему этапу преодоления десоциализации - удовлетворению вторичных потребностей, выраженных в стремлении к самостоятельной жизнедеятельности и экономической независимости. На рис. 6 схематично показаны первичные потребности инвалидов в реабилитации и обусловленные ими потребности реализации равноправного участия в жизни общества. Причем реализация первичных и вторичных потребностей инвалида в реабилитации взаимозависимы и оказывают влияние на качество жизни и социально-экономическую безопасность инвалида. Так, улучшение материального положения и расширение социальных контактов инвалида за счет трудоустройства повышает доступность к получению высокотехнологичного медицинского обслуживания, приобретения современных технических средств

реабилитации. Таким образом, реализация первичных и вторичных элементов системы реабилитации обладает синергетическим эффектом, результатом которого является наиболее полная интеграция инвалидов в общество.

В работе акцентируется внимание на анализе потребностей инвалидов в видах и формах реабилитации, способствующих эффективному преодолению социальной недостаточности и достижению социально-экономической безопасности.

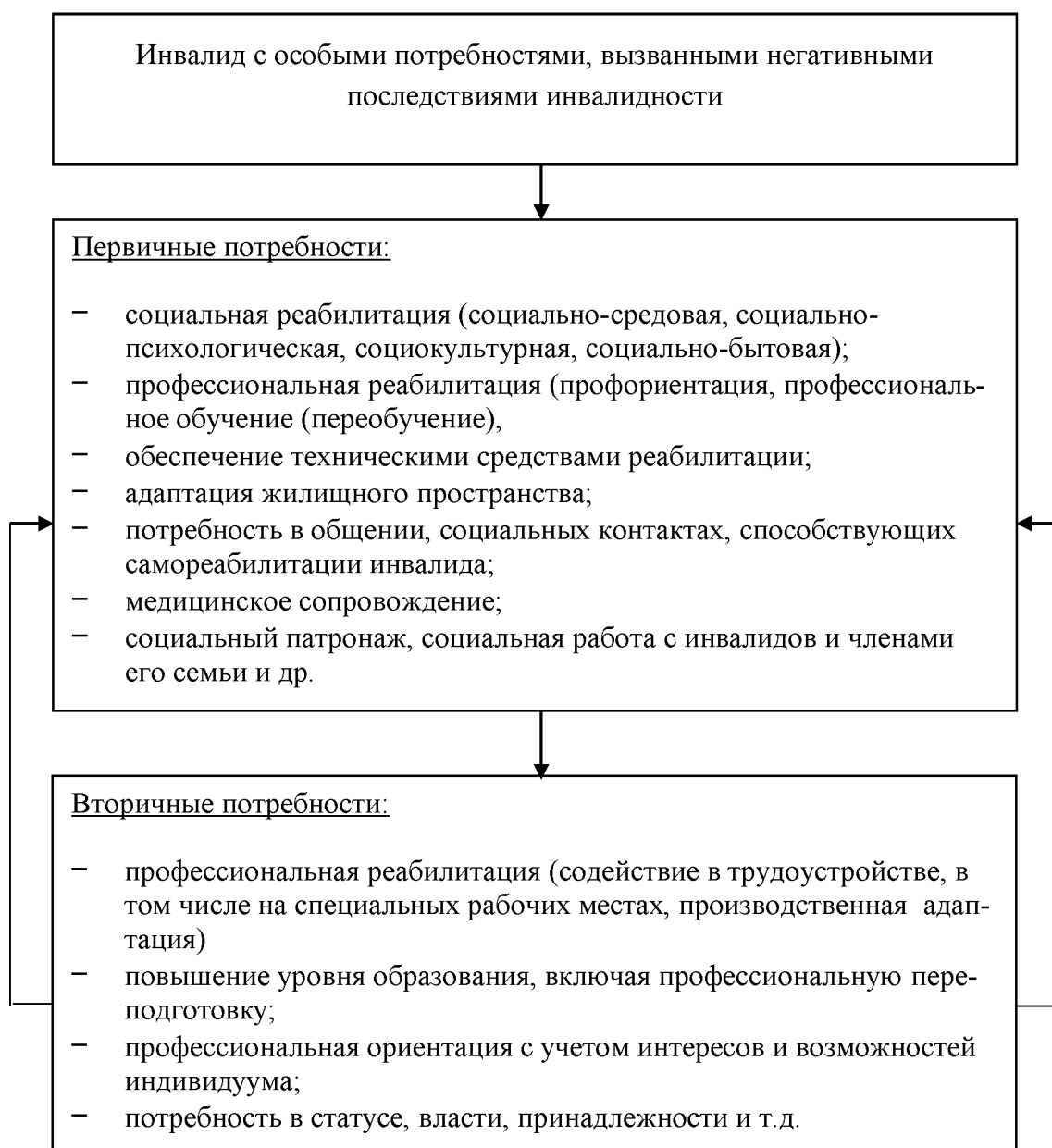


Рис. 6 – Первичные и вторичные потребности инвалидов.

Прогнозирование потребности инвалидов в мероприятиях реабилитации позволяет эффективно планировать финансовые и

материальные ресурсы на цели реабилитации инвалидов, обеспечить организацию реабилитационного процесса и повысить уровень реабилитированности людей с ограниченными возможностями.

Автором проведено исследование потребности инвалидов в объемах и формах реабилитации, проведенное по результатам анкетного опроса и анализа индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов в рамках мероприятий долгосрочной областной целевой программы «Доступная среда на 2011-2015 гг.» на базе Бюджетного учреждения Воронежской области «Воронежским областным реабилитационным центром для инвалидов молодого возраста».

Исследование было проведено путем анкетного опроса 960 инвалидов, обратившихся в БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» в 2011, 2013, 2015 гг. (по 320 человек ежегодно), что составляет около 30 % от обратившихся в указанные годы. В 2015 г. были проанализированы 300 индивидуальных программ реабилитации инвалидов. Исследование включало следующие показатели:

- половозрастной признак;
- уровень образования;
- отношение к занятости (труду, обучению);
- потребность в специальных рабочих местах;
- потребность в специализации основного и дополнительного оборудования, модернизации технологических процессов (для работающих инвалидов);
- потребность в реабилитационных мероприятиях по их видам, формам и объемам;
- доступность для инвалидов учреждений социальной инфраструктуры.

Исследование проводилось с учётом места жительства инвалидов, нозологических групп болезней, тяжести заболевания и проходило в два этапа. На первом этапе методом социологического опроса учитывалось личное мнение инвалидов об их потребности в реабилитационных

мероприятиях. Анкета социологического опроса приведена в приложении 4. На втором этапе анализировались индивидуальные программы реабилитации инвалидов, разработанные органами медико-социальной экспертизы при освидетельствовании граждан в качестве инвалидов. Классификация по возрастным признакам принята согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): к молодым отнесены лица от 18 до 44 лет, средний возраст от 45 до 60 лет. Анализ показывает, что за мероприятиями профессиональной реабилитации и содействием занятости чаще обращаются мужчины (72% опрошенных), в возрастной группе преобладают лица в возрасте 18-44 года – 87% опрошенных.

Обследование инвалидов по классификации болезней, принятой ВОЗ, показали, что за реабилитацией обратились граждане, имеющие инвалидность в результате травм, болезней органов кровотока, нервной системы, зрения, костно-мышечной системы, органов дыхания, эндокринной системы, врождённых аномалий, болезней слуха.

Структура распределения общего контингента по классам болезней с учётом пола инвалидов показана в таблице 6.

Таблица 6

Структура распределения общего контингента по классам болезней с учётом пола инвалидов, 2015 г.

Классы болезней	Наименование	Контингент реабилитируемых					
		Оба пола		Мужчины		Женщины	
		Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
XIX.	Травмы (всех локализаций)	142	44,38	82	40,2	60	51,7
IX.	Болезни органов кровотока	15	4,69	8	3,9	7	6,0
VI.	Болезни нервной системы	45	14,06	36	17,6	9	7,8
VII.	Болезни глаза и его придаточного аппарата	7	2,19	5	2,5	2	1,7
XIII.	Болезни костно-мышечной системы	18	5,63	10	4,9	8	6,9
X.	Болезни органов дыхания	12	3,75	8	3,9	4	3,5
IV.	Болезни эндокринной системы	40	12,50	24	11,8	16	13,8
XVII.	Врождённые аномалии	36	11,25	26	12,8	10	8,6
VIII.	Болезни уха и сосцевидного отростка	5	1,56	5	2,5	-	-
	Итого:	320	100	204		116	

Таким образом, анализ показывает, что от общего числа инвалидов, обратившихся в Центр реабилитации:

I место занимает инвалидность, связанная с травмами;

II место – с болезнями нервной системы;

III место – с болезнями эндокринной системы;

IV место – с врождёнными аномалиями;

V место – с болезнями костно-мышечной системы.

Результаты опроса инвалидов показывают, что в структуре контингента по классам болезней среди мужчин на первое место вышли травмы, а у женщин болезни эндокринной системы, заболевания нервной системы заняли третье место, примерно в одинаковой пропорции распределилось количество реабилитируемых по остальным классам заболеваний.

Распределение респондентов по группам инвалидности показано на рисунке 7.

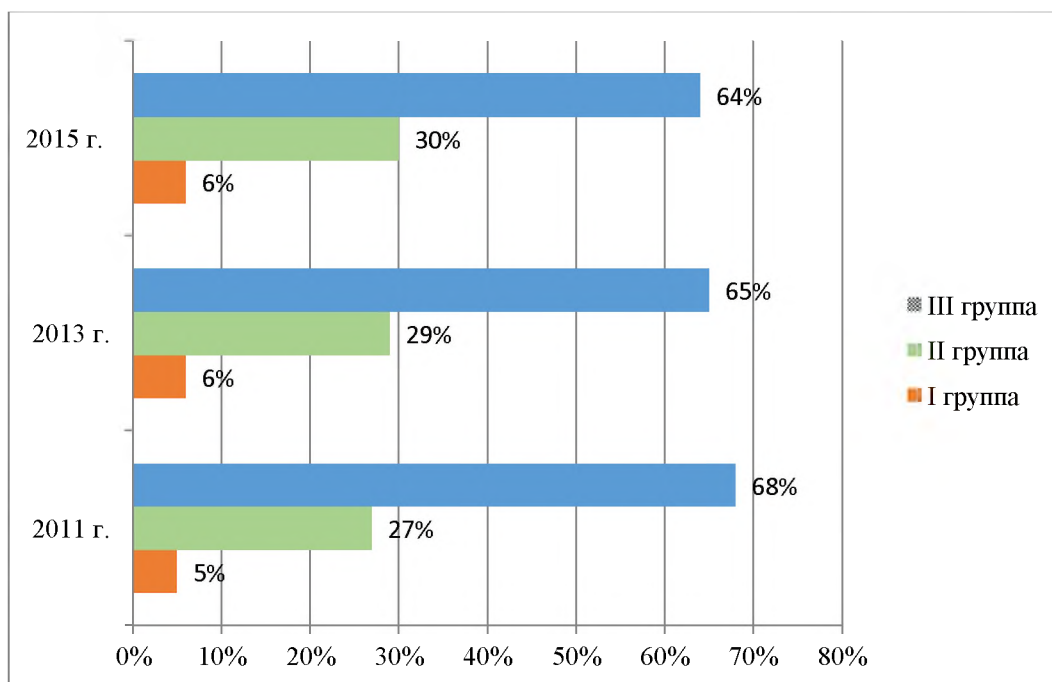


Рис. 7 - Общее число инвалидов с учетом группы инвалидности, %

Структура контингента по тяжести инвалидности с учётом пола приведена на рисунке 8.

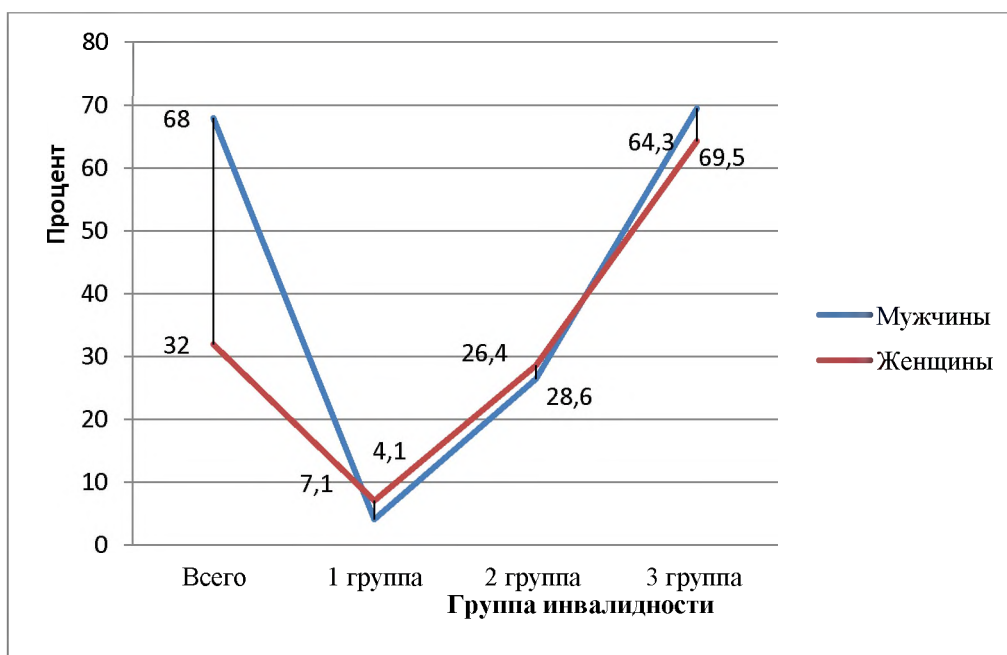


Рис. 8 – Структура общего контингента по тяжести инвалидности с учётом пола, %

Как видно из рис. 7, общее число инвалидов с учетом гендерной принадлежности распределилось неравномерно. Соответственно, женщины составляют около трети. Примечательно, что среди женщин преобладает утяжеление инвалидности (7,1%) по сравнению с мужчинами (4,1%).

По образовательному уровню инвалиды, обратившиеся за оказанием реабилитационных мероприятий, распределились следующим образом: не имеют образования - 1%, неполное общее образование имеют - 17%, начальное профессиональное образование - 44%, среднее профессиональное - 30%, высшее профессиональное - 6%, неоконченное высшее - 2%.

В результате исследования потребности инвалидов в реабилитации выявлено следующее. Нуждаемость в реабилитации составила 100%. По действующему законодательству реабилитация инвалидов состоит из медико-социальной, социальной и профессиональной составляющих. При этом в медико-социальной реабилитации нуждались все опрошенные инвалиды, в социальной -38%, в профессиональной - 67%.

Потребность по отдельным составляющим профессиональной реабилитации распределена в таблице 7.

Распределение потребности инвалидов в профессиональной реабилитации на основе анализа ИПРА.

Наименование мероприятия	2011 г.		2013 г.		2015 г.	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
Профессиональная реабилитация, в том числе	320	100	320	100	320	100
Профессиональная ориентация	96	30,0	101	31,6	115	35,9
Профессиональное обучение (переобучение)	260	81,3	269	84,1	274	85,6
Трудоустройство	214	66,9	210	65,6	216	67,5
Трудовая адаптация	190	59,4	192	60,0	195	60,9

При определении потребности инвалидов в реабилитации учитывалось, что одни и те же инвалиды нуждаются в нескольких видах реабилитации и по каждому из видов могут применяться несколько реабилитационных форм. При этом более 80% (278 человек) высказали потребность в приобретении навыков работы на персональном компьютере, с оргтехникой, а сети Интернет. Потребность в технических средствах реабилитации высказана в основном инвалидами, имеющими травмы, связанные с нарушением опорно-двигательной системы, а также слабовидящими и слабослышащими инвалидами.

Трудовая занятость от общего числа обследуемых инвалидов на момент обследования составила всего 14,0%, которые имели временное место работы. Ранее работали и имеют трудовой стаж 42%. Среди имеющих трудовой стаж инвалидов работали:

- меньше 1 года – 34,4%;
- свыше 1 года до 3 лет – 28,5%;
- свыше 3 лет до 9 лет – 21,4%;
- свыше 9 лет до 20 лет – 9,5%;
- свыше 20 лет – 6,2%.

При этом на государственных и негосударственных предприятиях работало 47,6% граждан, на негосударственных предприятиях – 32,2%, служи-

ли в армии (кадровые военнослужащие) – 11,9%. Режим трудовой деятельности работающих инвалидов у большинства не отличался от здоровых людей. Неполный рабочий день были заняты 14,3%. Специальными приспособлениями в труде пользовались только 7,2% занятых инвалидов. Из числа обратившихся в органы занятости и признанных безработными – не менее месяца стояли на учете 15,3%, до 3 месяцев – 46,2% и свыше 6 месяцев – 38,5%.

По результатам социологического опроса в 2015 г. 320 инвалидов, находящихся на реабилитации, следует, что все они (100%) занимают достаточно активную жизненную позицию и настроены на дальнейшее приобретение профессии и трудоустройство. Однако в подборе подходящей работы имеется ряд препятствий, из которых на первом месте стоит недостаток профессиональной подготовки, а также стремление работать на обычных предприятиях, но со специальным режимом рабочего дня. Для достижения поставленной цели в профессиональной реабилитации нуждаются 67% инвалидов, в социальной – 37%.

В дополнение к социологическому опросу инвалидов проведён анализ 300 индивидуальных программ реабилитации. В результате анализа ИПРА, разрабатываемых органами медико-социальной экспертизы при освидетельствовании лица в качестве инвалида, была поставлена задача выделить в абсолютных величинах и процентном соотношении к исследуемому массиву нуждающихся в основных видах реабилитационных мероприятий с учётом тяжести инвалидности и гендерных групп.

Анализ ИПРА в 2015 г. по видам реабилитации показал, что в мероприятиях медицинской реабилитации нуждаются 100% обследуемых граждан. В мероприятиях профессиональной реабилитации – 287 чел. (95,7%), в мероприятиях социальной реабилитации – 276 чел. (92,0%). На рис. 9 показано распределение потребности инвалидов в профессиональной реабилитации с учетом пола.

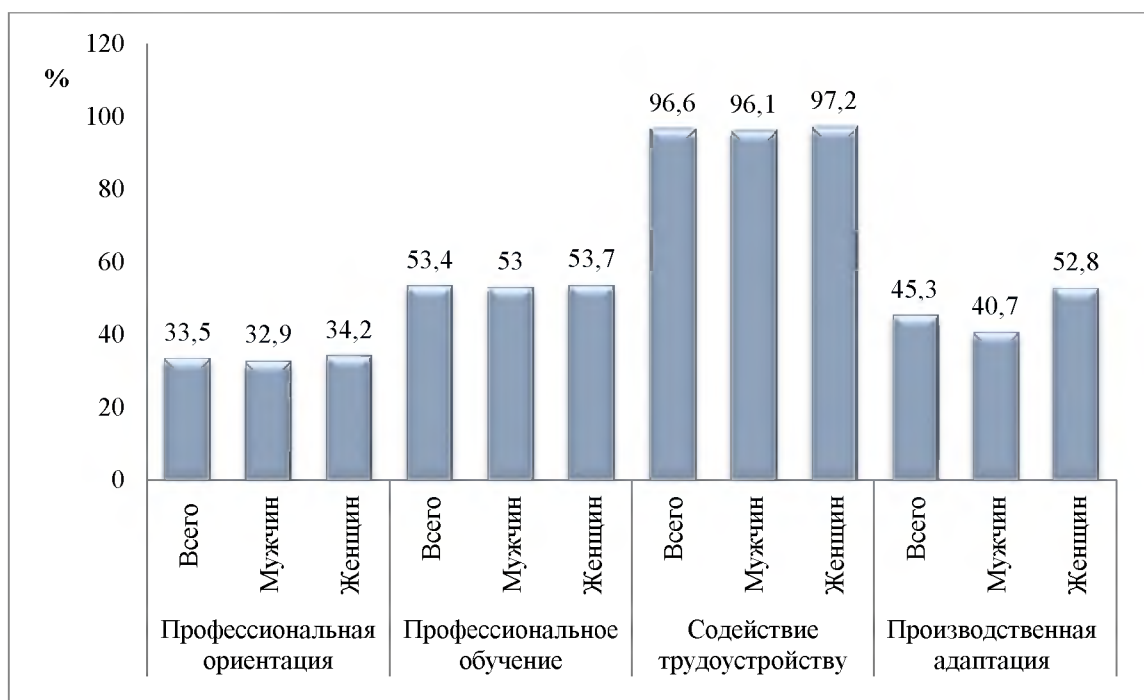


Рис. 9 – Потребность инвалидов в видах профессиональной реабилитации, 2015 г.

Наибольшее количество граждан, нуждающихся в профессиональной реабилитации, составляют инвалиды III группы (65%). В составе II группы – 32%. Распределение потребности инвалидов в видах социальной реабилитации приведена на рис. 10.

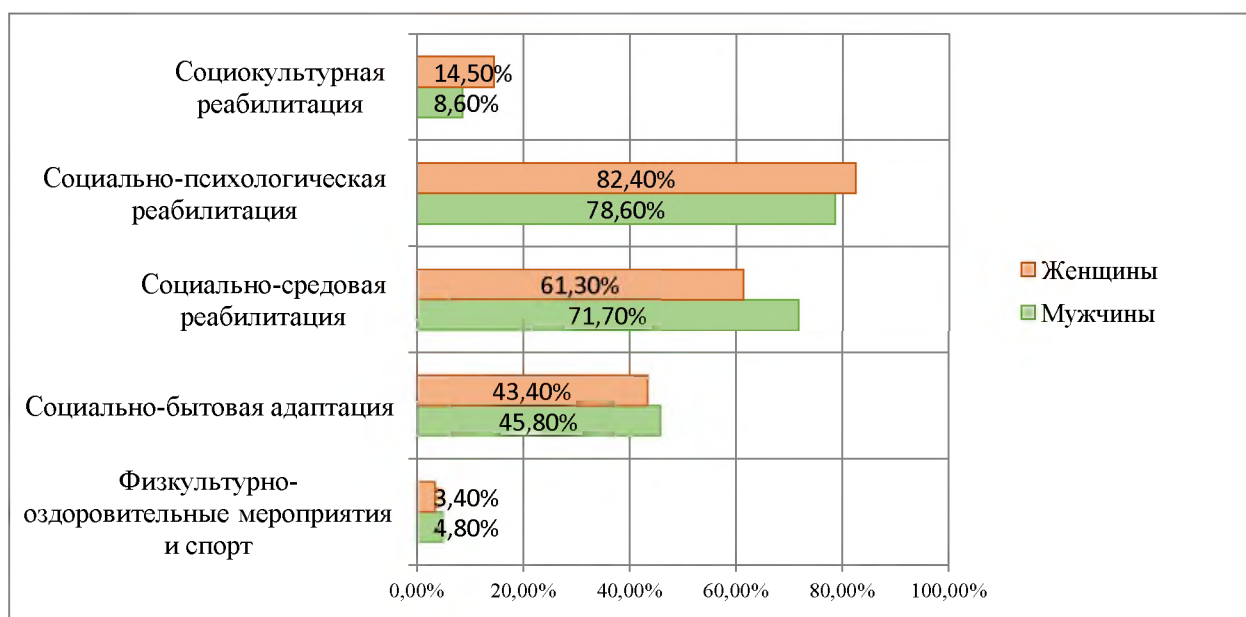


Рис. 10 – Потребность инвалидов в видах социальной реабилитации с учетом пола, 2015 г.

Граждане, имеющие III группу инвалидности (182 чел.), представляют собой наибольшее число нуждающихся в мероприятиях социальной реабилитации (65,9%). В составе II группы 95 чел. (34,4%). Из всех видов социальной реабилитации наибольшая потребность возникает в социально-психологических мероприятиях – 178 чел. (64,4%) от всех обследованных, и наиболее высока она среди инвалидов III группы – в ней нуждается 119 чел. (65,4%) от всех инвалидов III группы. На втором месте находится потребность в социально-средовой реабилитации, в ней нуждаются 59 чел. (62,1%) - инвалидов II группы и 124 чел. (68,1%) – инвалидов III группы. Социально-бытовые навыки необходимы 46 чел. (48,4%) инвалидам II группы и 72 чел. (39,6%) инвалидам III группы.

Показателями к проведению реабилитации является наличие у инвалида основных категорий жизнедеятельности, которые подразделяются на три степени, наиболее тяжёлая из них – 3-я степень ограничений. Ограничения к основным категориям жизнедеятельности испытывают 300 чел. (100%) инвалидов. По видам ограничений обследована способность инвалидов к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, трудовой адаптации, контролю за своим поведением.

Из 124 обследованных женщин, имеющих ограничения жизнедеятельности, затруднения самообслуживания присутствуют у 93 чел. (75%) от имеющих ограничения женщины. Передвижение затруднено для 76 чел. (61,7%), способность к ориентации – 25 чел. (20,3%), способность к общению – 16 чел. (13,0%), 28 чел. (22,7%) испытывают трудности в обучении, и 119 чел. (96,7%) необходима помощь в трудовой адаптации.

Те же показатели среди мужчин распределились следующим образом. От всех обследованных 176 мужчин 138 чел. (78,4%) испытывают трудности в самообслуживании и 135 чел. (76,7%) – в передвижении. Большая часть мужчин нуждается в трудовой адаптации (170 чел. – 96,6 %), восстановить способность к ориентации необходимо 38 чел. (21,6%) способность к обще-

нию и обучению – по 32 чел. (18,1%), и 25 чел. (14,2%) нуждаются в помощи по контролю за поведением.

Наибольшая нуждаемость в трудовой адаптации у инвалидов II и III групп. Из всех инвалидов III группы (182 чел.) в этом виде реабилитации нуждаются 179 чел. (98,4%), из инвалидов II группы (95 чел.) нуждаются 92 чел. (96,8%). Тот же показатель наиболее высок среди лиц молодого и среднего возраста. Во всей обследуемой группе (300 чел.) способность к передвижению затруднена у 206 чел. (68,7%), а трудности в обучении испытывают 62 чел. (20,7%).

Анализ потребности инвалидов в видах и формах реабилитационных мероприятий показывает, что все обследованные инвалиды нуждаются в том или ином виде реабилитации. Наиболее высокая нуждаемость в медицинской реабилитации, необходимость в преодолении основных ограничений жизнедеятельности испытывают более 90% всех инвалидов. В получении профессии для дальнейшего трудоустройства нуждаются 43,5% инвалидов, имеющих показания к труду. При этом 40,5% потребуются трудовая адаптация на рабочем месте, а всего содействие занятости требуется 86,3% инвалидов. Однако с целью адаптации на открытом рынке труда 68,8% должны пройти психологическую реабилитацию и 58,3% адаптироваться в социальной среде.

Полученные результаты социологического исследования говорят об острой необходимости развития в регионе системы реабилитации инвалидов по всем её видам: медицинской, социальной и профессиональной.

Индивидуальные программы реабилитации или абилитации содержат ограниченный объём информации об инвалидах, в связи с этим более полные данные о личных потребностях инвалидов в социализации, включая реабилитацию, можно получить лишь методом анкетного опроса.

Сравнительный анализ потребности инвалидов в ряде реабилитационных мероприятий, основанный на результатах исследования индивидуальных программ реабилитации и личных подходах инвалидов к потребности в реабилитационных мероприятиях, полученный анкетным опросом, показывает в 50% случаях близкие результаты, а в 50% мнение самих инвалидов в потреб-

ности их реабилитации значительно отличается от рекомендаций ИПРА. Полное совпадение наблюдается в нуждаемости в медицинских мероприятиях. Сравнительная потребность инвалидов в реабилитационных мероприятиях согласно опросу и анализу ИПРА приведена в табл. 8.

Таблица 8

Сравнительные показатели потребности инвалидов в реабилитации
(за 2015 г.)

№ п/п	Виды реабилитации	Объем потребности в реабилитационных мероприятиях, %	
		По результатам анкетного опроса инвалидов	По результатам анализа ИПРА
1.	Медицинская реабилитация	100%	100%
2.	Социальная реабилитация, в т. ч.:	38,0	85,9
	- социально-средовая;	10,0	67,7
	- социально-педагогическая;	12,0	2,9
	- социально-психологическая;	0,0	80,0
	- социокультурная;	83,0	10,5
	- социально-бытовая;	10,0	44,9
	- социооздоровительная и спортивная.	100	3,9
3.	Профессиональная реабилитация, в т. ч.:	67,0	89,4
	- профориентация;	45,0	33,5
	- профобучение;	86,6	53,4
	- содействие в трудоустройстве;	67,0	96,6
	- производственная адаптация.	59,7	45,3

Полученные данные подчеркивают, что объем потребности в реабилитации по ряду показателей в несколько раз отличается от данных ему рекомендаций при освидетельствовании в качестве инвалида. Так, по мнению самих инвалидов, нуждаемость в социальной реабилитации на 47,9% ниже, чем по полученным в ИПРА рекомендациям, в содействии занятости на 29,6%, в социально-бытовой на 14,9%, в социально-средовой на 57,7%. В то же время значительно превышает рекомендуемую ИПРА потребность в профобучении, которая, по мнению инвалидов, выше на 33,2%, в профориентации - на 11,5%, в трудовой адаптации - на 14,4%, социокультурной - на 72,5%, а потребность в оздоровительных и спортивных мероприятиях высказали на 96,1% инвалидов больше, чем получено рекомендаций. Учитывая,

что российским законодательством⁶³ не предусмотрена обязательность выполнения ИПРА инвалидом, которая имеет для него рекомендательный характер, и, исходя из пожеланий самих инвалидов, высказанных в ходе опроса, выполнение рекомендаций органов МСЭ по всем видам реабилитации, т.е. полная реабилитированность, может приближаться к 68,3%. В настоящее время этот показатель на порядок ниже – 6,7% в связи с недостаточностью условий для проведения реабилитационных мероприятий. По данным главного бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области впервые признаны инвалидами в 2011 году – 24,05 тыс. чел., в 2013 году – 16,89 тыс. чел., в 2015 году – 16,0 тыс. чел. При этом повторно освидетельствуется более 90 тыс. чел., каждый из которых также нуждается в реабилитации. Учитывая пожелания самих инвалидов и принимая средний показатель впервые освидетельствованных за три года 18,98 тыс. чел., ориентировочная нуждаемость первично освидетельствованных в видах и объемах реабилитации, исходя из пожеланий, высказанных самими инвалидами, составит:

- 1) медицинской реабилитации 18,98 тыс. чел. (100%);
- 2) социальной - 7,2 тыс. чел. (38,0%);
- 3) профессиональной - 12,7 тыс. чел. (67,0%), из них:
 - профобучение потребуется 10,9 тыс. чел. (86,6%);
 - содействие занятости – 8,5 тыс. чел. (67%);
 - производственная адаптация – 7,5 тыс. чел. (59,7%).

Реабилитация инвалидов - сложнейшая многоаспектная проблема, в которой в равной степени значимы медицинские, социальные и профессиональные аспекты. Вместе с тем, особое место должна занимать профессиональная реабилитация инвалидов.

Анализ потребности инвалидов в формах и видах реабилитации показал, что значительная часть обследуемых испытывает потребность в

⁶³ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

мероприятиях профессиональной реабилитации, включающих профессиональную диагностику и профессиональную ориентацию, профессиональное обучение (переобучение), содействие трудоустройству, в том числе на специальные рабочие места. Экономические, социальные и политические преобразования, происходящие в России, в конечном итоге должны быть направлены на обеспечение баланса прав, обязанностей и интересов граждан, что является одним из гарантов стабильности общества и снижения социальной напряженности. В определенной мере этот баланс может быть выдержан при условии, когда человек имеет возможность реализовать себя как профессионал, обрести материальную и социальную независимость.

Полученные результаты исследований могут быть использованы для планирования мероприятий по социальной и профессиональной реабилитации, решения вопросов содействия занятости и обеспечения доступа инвалидов к труду, в том числе путем создания специальных рабочих мест и адаптации социальной инфраструктуры к потребностям инвалидов. К сожалению, такого рода исследования на региональном уровне проводятся крайне редко, при этом данные, полученные разными ведомствами, освещаются недостаточно, что не позволяет сложиться объективному видению всей проблемы обеспечения доступа инвалидов к труду и наметить эффективные пути её решения.

2.2 Модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда

Анализ потребности инвалидов в объемах, формах и видах реабилитации, среди которых профессиональная реабилитация занимает определяющее место для интеграции инвалидов в социальную и трудовую деятельность, показал, что в своем большинстве лица, имеющие инвалидность желали бы трудиться на обычных, не специализированных

предприятиях, однако для этого они нуждаются в адаптации на рынке труда и содействии занятости.

Специфика помощи в профессиональном самоопределении инвалидов диктует необходимость учитывать медицинские показания к труду, остаточные функции организма, результаты профессиональной ориентации, основанные на тестировании социальных навыков, общеобразовательных и профессиональных знаний, возможности работать по прежней профессии или по вновь приобретаемой профессии, на прежнем производстве или новом, в обычных или специально созданных условиях и другие факторы. Однако для подбора подходящей работы для определенных категорий инвалидов необходимо выделить общие признаки, характерные для данного сегмента безработных по уровню их образования и отношению к занятости.

Исходя из возрастного признака, распределения по нозологическим группам болезней, тяжести заболевания, степени социальной недостаточности, наличия жизненного опыта, степени реабилитированности и адаптированности в социуме нами выделены условно сегменты безработных инвалидов по их отношению к образованию и занятости, которые приведены в таблице 9.

Таблица 9

Сегменты безработных инвалидов с позиции образования и занятости

№ п/п	Группы безработных инвалидов	Отношение к образованию	Отношение к занятости
1.	<i>По возрастным признакам:</i>		
	18-30 лет	-не имеющие профессионального образования; -не имеющие общего среднего образования.	-ранее не работавшие; ищущие работу впервые -ранее не работавшие, но имеющие профессию.
	30-60 лет	- не имеющие профессионального образования; - имеющие профессиональное образование.	-занятые в экономике, но утратившие здоровье и не способные трудиться по полученной профессии; - занятые в экономике, но не по профессии и утратившие возможность трудиться на прежнем рабочем месте

2.	<i>По специфике инвалидизирующего заболевания</i>	<p>- неспособные к профессиональному обучению, возможно обучение простым трудовым операциям, трудовым навыкам;</p> <p>- неспособные к психоэмоциональным нагрузкам, возможно обучение трудовым навыкам;</p> <p>- способные к получению профессии в специально созданных условиях;</p> <p>способные к профессиональному обучению без создания специальных условий.</p>	<p>- неспособные к выполнению трудовых операций, неквалифицированный труд под контролем третьих лиц; работа, не требующая повышенной ответственности, производимая под контролем;</p> <p>- выполнение квалифицированного труда в специально созданных условиях и (или) на специальных рабочих местах.</p>
3.	<i>По наличию жизненного опыта</i>		
	- воспитанники детских домов и закрытых социальных учреждений	не имеют профессионального образования;	- нуждаются в социальной адаптации и профподготовке, возможна трудовая деятельность под контролем наставника (от 3 до 6 мес.);
	- бывшие военнотруженики и демобилизованные	имеют военную профессию, нуждаются в переподготовке, нуждаются в психологической поддержке;	возможен труд по полученной профессии;
	- освобожденные из мест лишения свободы	утрачены социальные и профессиональные навыки, нуждаются в их восстановлении.	нуждаются в социальной и профессиональной реабилитации, после которой возможен труд в показанных по состоянию здоровья условиях;
	- одинокие граждане;	нуждаются в психологической поддержке.	возможен усиленный труд по имеющемуся образованию;
4.	- ранее работавшие, но утратившие возможность трудиться, в т. ч. в связи с травмами на производстве, в связи с сопутствующими заболеваниями.	имеют профессию, работа по которой отвечает состоянию здоровья, таким образом, инвалиды нуждаются в профессиональной переподготовке.	могут работать после переподготовки на этом же предприятии или на новом предприятии, на обычном или специальном рабочем месте.
5.	<i>По степени социальной недостаточности</i>		

	I степень	способны к профессиональному обучению в обычных условиях;	способны трудиться в соответствии с медицинскими показаниями в обычных условиях;
	II степень	способны к профессиональному обучению в специально созданных условиях;	способны к труду на специальном рабочем месте;
	III степень	способны к обучению по корректируемым программам.	способны к выполнению трудовых операций на специализированных предприятиях или на рабочих местах под контролем третьих лиц.

Из приведенной таблицы 6 видно, что нуждаемость различных групп инвалидов в мероприятиях интеграции в трудовую деятельность различна. Совокупность мероприятий, применяемых для специфичных групп безработных инвалидов определяет выбор способов интеграции инвалидов в социально-трудовую деятельность.

Основным механизмом осуществления реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида (с 2015 года – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, сокр. ИПРА), включающая отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации профессиональных, социальных и медицинских мер реабилитации.

Достижение более высокой степени интеграции инвалидов в сферу труда и эффективное использование трудового потенциала инвалидов без ухудшения состояния здоровья возможно только при выполнении комплексных реабилитационных программ (профессиональных, социальных, медицинских), скоординированных по времени и объему предоставления. В связи с этим назрела необходимость организации тесного организационно-экономического взаимодействия учреждений разной ведомственной подчиненности, выполняющих ИПРА: органов медико-социальной экспертизы, здравоохранения, социальной защиты, занятости, образования,

реабилитационных учреждений различных ведомств. Функции по формированию ИПРА, а также контроль полноты и эффективности реализации ИПРА законодательно возложены на федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида представляет собой комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. Федеральные учреждения медико-социальной экспертизы могут при необходимости привлекать к разработке индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов организации, осуществляющие деятельность по реабилитации, абилитации инвалидов⁶⁴]. Форма индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида приведена в приложении 5.

Разработка ИПРА инвалида состоит из следующих этапов:

- 1) проведение реабилитационно-абилитационной экспертной диагностики;
- 2) оценка реабилитационного потенциала;
- 3) определение реабилитационного прогноза и мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду (ребенку-инвалиду) восстановить (сформировать) или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, круга интересов, уровня притязаний, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

На рис. 11 показаны основные разделы ИПРА как комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восста-

⁶⁴ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 03.04.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

новление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

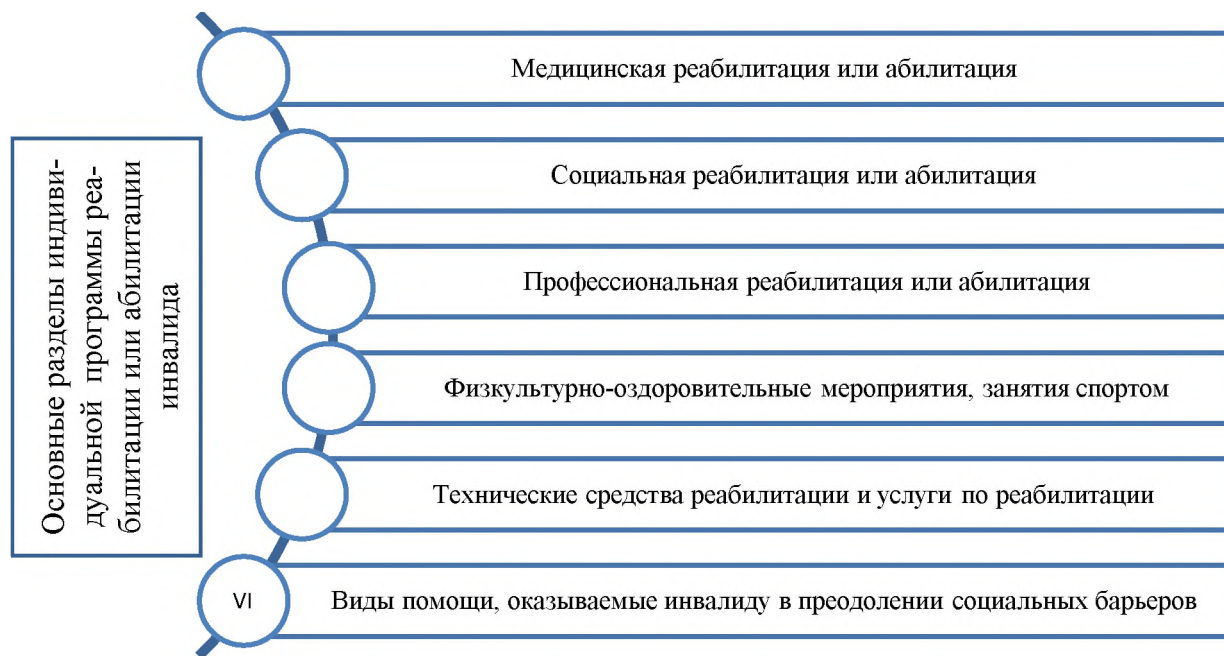


Рис. 11 – Разделы индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

*Составлено на основании Приказа Минтруда России от 31.07.2015 N 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»

В настоящее время разрабатываемые ИПРА не имеют экономического обоснования, их целевое финансирование ведомствами не предусмотрено. Ответственность ведомств за каждый вид реабилитации, составляющих ИПРА, экономически четко не подкреплена. Действия как самого инвалида, так и учреждений соответствующего профиля, реализующих ИПРА никем не координируются, преемственность реабилитационных и абилитационных мероприятий не обеспечивается, соответственно, эффективность выполнения программ невысока.

С принятием приказа Минтруда от 31.07.2015 №528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»⁶⁵ в целом порядок разработки программы не изменился. Как и прежде, это делается на основе комплексной оценки ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала инвалида. Изменен порядок реализации программы. Теперь он следующий: ФКУ медико-социальной экспертизы направляет выписку из программы исполнителям реабилитационных или абилитационных мероприятий, которыми выступают региональные органы исполнительной власти в соответствующей сфере деятельности и отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства инвалида. Распределение реализации мероприятий реабилитации и абилитации инвалидов по соответствующим ведомствам приведено в таблице 10.

Таблица 10

Распределение реализации мероприятий реабилитации и абилитации инвалидов по соответствующим ведомствам

№ п/п	Наименование мероприятия	Исполнители
1.	Медицинская реабилитация или абилитация	Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.
2.	Профессиональная реабилитация или абилитация	Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области содействия занятости населения.
3.	Психолого-педагогическая реабилитация или абилитация	Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере образования.

⁶⁵ Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм : приказ Минтруда России от 31.07.2015 № 528н (ред. от 27.01.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

4.	Социальная реабилитация или абилитации, в т. ч. в части обеспечения техническими средствами реабилитации	Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения за счет средств федерального бюджета (в случае передачи в установленном порядке полномочий Российской Федерации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации субъектам Российской Федерации), за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.
5.	Обеспечение ТСП, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета	Региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации.

Тем не менее, данным приказом не определен порядок взаимодействия организаций, реализующих мероприятия ИПРА, их финансирование, не выделен перечень организаций, способных непосредственно оказывать реабилитационные мероприятия. Таким образом, реализация ИПРА затруднена в связи с несовершенством системы реабилитации, недостатком специализированных реабилитационных учреждений (отделений), отсутствием координирующего органа по её выполнению и несовершенством законодательной базы относительно предоставления реабилитационных мероприятий инвалидам.

Изучение вопросов, связанных с разработкой и реализацией ИПРА инвалидов Воронежской области, показало, что до сих пор не отработаны единые подходы к реабилитации инвалидов, требует уточнения порядок взаимодействия и преемственности в деятельности учреждений - субъектов системы реабилитации. На основе проведенного анализа разработана структурно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда (на примере Воронежской области), которая приведена на рис. 12.

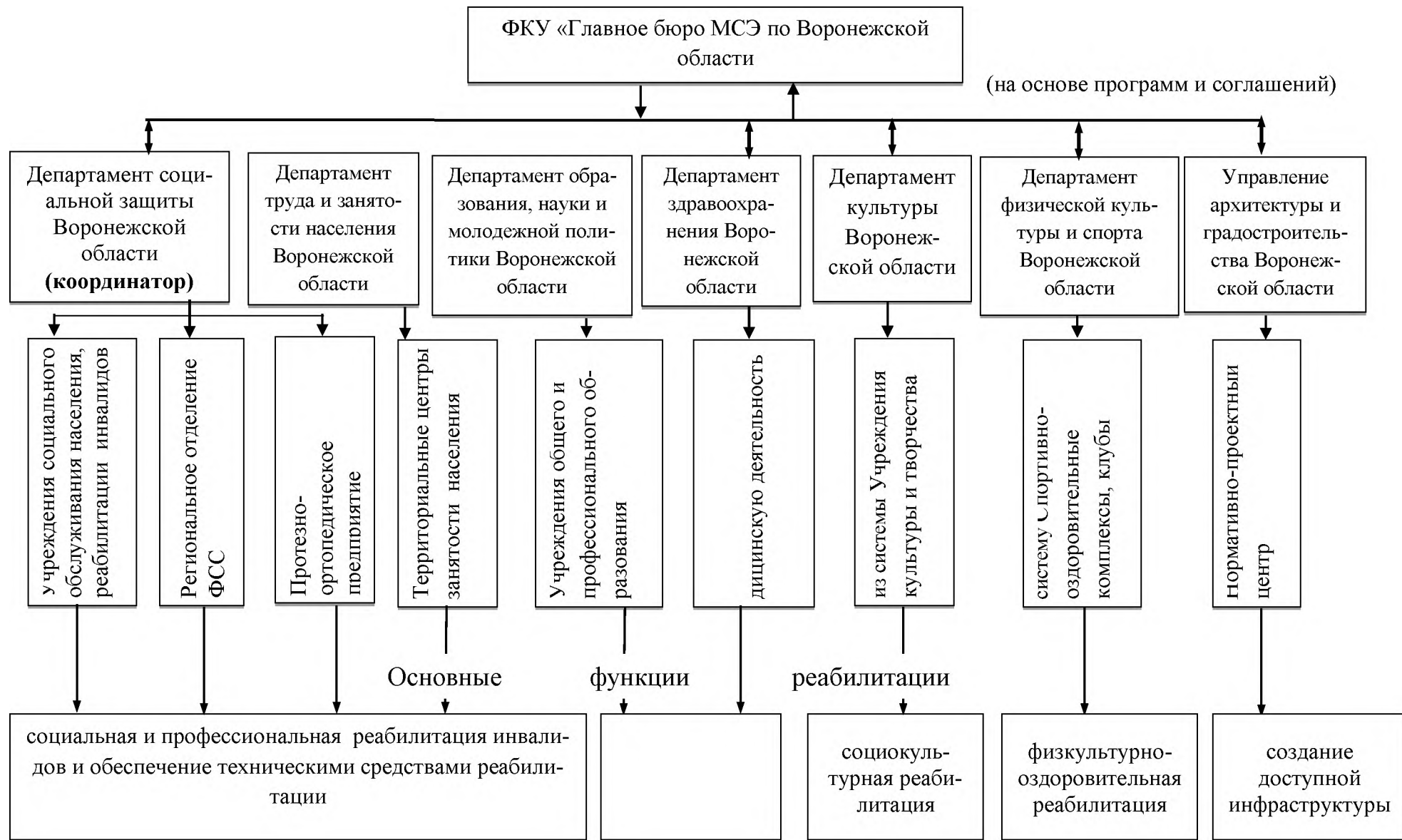


Рис. 12. Структурно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда (на примере Воронежской области)

Применение указанной модели на практике позволяет консолидировать усилия имеющихся в регионе структур восстановления трудового потенциала инвалидов, деятельность которых направлена на повышения уровня реабилитированности и адаптированности в обществе, социальную и профессиональную реабилитацию, содействие занятости и трудоустройство. Комплексный и неразрывный подход на каждом этапе реабилитации инвалидов позволит обеспечить наиболее полную интеграцию людей с ограниченными возможностями в сферу труда и их социально-экономическую безопасность.

Не углубляясь в аспекты медицинской реабилитации, основные компоненты структурно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда можно представить следующим образом:

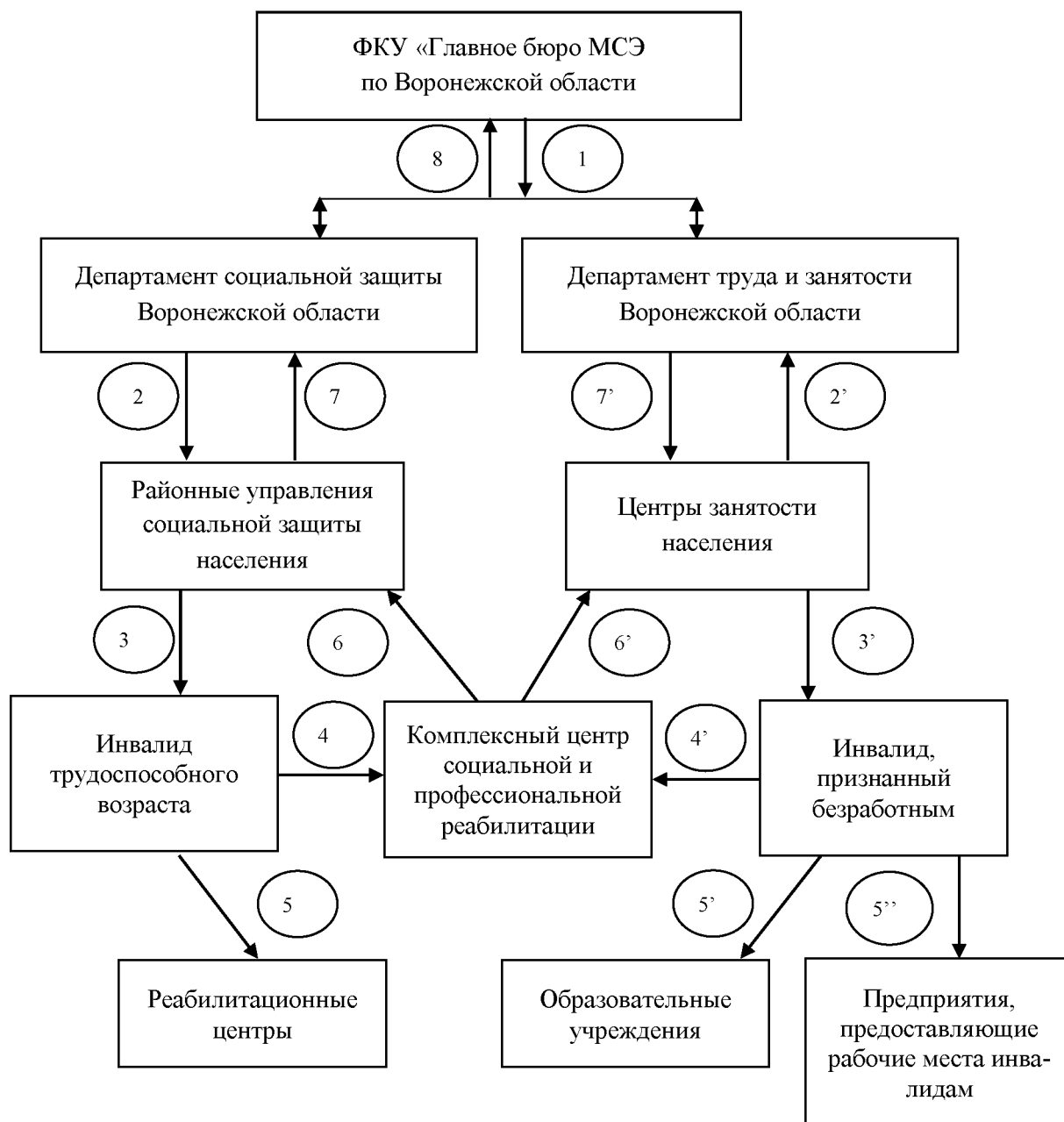
- ИПРА инвалида, разрабатываемая учреждениями медико-социальной экспертизы и содержащая комплекс мер медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалида, способствующих его полноценной интеграции в общество;
- обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями;
- оказание комплекса мероприятий социальной реабилитации, включающих социально-психологическую, социально-средовую, социокультурную реабилитацию и социально-бытовую адаптацию;
- создание безбарьерной среды жизнедеятельности и объектов социальной инфраструктуры, предоставление возможности беспрепятственного перемещения;
- совершенствование материально-технической базы реабилитационных учреждений, функционирующих в структуре социальной защиты населения;
- обеспечение полноценной профессиональной реабилитации инвалидов, включающей профессиональную ориентацию, профессиональное обучение (переобучение), рациональное трудоустройство, адаптацию на рабочем

месте, и создание здоровьесберегающих условий для их трудовой деятельности и производственной адаптации на рабочих местах;

- проведение физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий для инвалидов на постоянной основе;
- формирование межведомственной информационно-ресурсной базы инвалидов с целью усиления координации и взаимодействия учреждений и повышения эффективности деятельности всей системы реабилитации инвалидов.

В системе реабилитации сам инвалид является и субъектом, и объектом системы, т.к. активно участвует в собственной реабилитации, на что направлены усилия остальных субъектов реабилитации. Субъектами региональной системы реабилитации выступают исполнительные органы государственной власти Воронежской области, учреждения, предприятия и организации всех типов и видов, расположенные на территории Воронежской области и реализующие мероприятия реабилитации (абилитации) инвалидов.

Многоплановость задач по реализации ИПРА и участие учреждений различных ведомств предусматривает системный подход к оказанию реабилитационной помощи инвалидам. Так, основными субъектами системы социальной и профессиональной реабилитации являются: комиссии МСЭ, департаменты социальной защиты, труда и занятости населения, районные управления социальной защиты населения и районные центры занятости населения, центры занятости, образовательные, медицинские учреждения, предприятия, изготавливающие технические средства реабилитации, общественные организации и др. структуры, заинтересованные в реабилитации инвалидов. Схематично процесс реализации мероприятий ИПРА по профессиональной и социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста показан на рис. 13. Он описан с учётом представленной выше структурно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда в регионе. Механизм реализации мероприятий ИПРА по социальной и профессиональной реабилитации может быть осуществлена на основе межведомственных программ и соглашений.



- Шаг 1 – предоставление органам исполнительной власти выписки из ИПРА для разработки мероприятий по реализации ИПРА.
- Шаг 2 – предоставление информации о потребности в социальной реабилитации в УСЗН по месту жительства инвалида.
- Шаг 2' – предоставление информации в районные центры занятости населения по месту жительства инвалидов о потребности в профессиональной реабилитации.
- Шаг 3, 3' – информирование инвалида о возможности получить мероприятия реабилитации в определенном учреждении соответствующей направленности.
- Шаг 4, 4', 5, 5' – направление инвалида в организацию, предоставляющую мероприятия реабилитации.
- Шаг 6 – отчет реабилитационного учреждения о предоставлении реабилитационных мероприятий.
- Шаг 8 – отчет органов исполнительной власти о выполнении мероприятий ИПРА.

Рис. 13. Схема реализации мероприятий ИПРА по профессиональной и социальной реабилитации

Практика исполнения декларированных в федеральном и региональном законодательстве правил и порядка оказания помощи людям с ограниченными возможностями здоровья показывает несовершенство созданной системы управления. Основной проблемой является отсутствие общепринятого механизма выполнения государственных гарантий. Большая часть полномочий по предоставлению инвалидам социальной помощи передана с федерального на региональный уровень. Финансовые потоки формируются по остаточному принципу, их величина не достаточна для комплексного решения проблем инвалидов. Кроме того, децентрализация финансирования в данном секторе государственной политики вызывает нежелательные последствия. Во-первых, неравенство финансовых возможностей регионов и разный масштаб инвалидизации населения обуславливают разный объём денежного обеспечения политики в сфере социальной защиты людей с ограниченными возможностями здоровья и создания безбарьерной среды. Во-вторых, из-за сокращения финансирования возникает риск формального выполнения государственных обязательств перед гражданами с инвалидностью.

Региональное законодательство в области социальной защиты инвалидов практически полностью повторяет федеральное, что приводит к недостаточному учёту локальной специфики. Поэтому долгосрочные программы регионов, разработанные с опорой на несовершенное законодательство, имеют невысокую эффективность. Стартовыми условиями создания общества равных возможностей являются формирование доступной среды в населённых пунктах, а также стабильное функционирование системы социального обслуживания инвалидов. Политика государства в данном направлении осуществляется через механизм разработки и реализации долгосрочных целевых программ. С 2011 г. началась реализация федеральной долгосрочной целевой программы «Доступная среда» на 2011–2015 гг., цели которой выступают:

1) формирование к 2016 году условий для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

2) совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы с целью интеграции инвалидов в социум и механизма предоставления услуг в сфере реабилитации⁶⁶.

Системный подход к интеграции инвалидов в трудовую деятельность путем восстановления их трудового потенциала и взаимодействия социальных партнеров на пути их полноценной интеграции в общество соответствует задачам социально-экономической безопасности инвалидов. Наглядным примером может служить взаимодействие Воронежского центра реабилитации инвалидов молодого возраста с комиссиями медико-социальной экспертизы и центрами занятости населения, осуществляемое в рамках областной программы «Доступная среда на 2011-2015 годы» и других. В результате комплексного взаимодействия на специальные рабочие места в указанные годы были трудоустроены более 1000 человек, и в 2015 году количество специально созданных рабочих мест с учетом физических возможностей инвалидов увеличилось еще на 320 мест. Это число значительно превышает аналогичные показатели в других регионах. Для сравнения в 2015 году на специальные рабочие места в Тамбовской области были трудоустроены 169 инвалидов, в Белгородской области - 245 инвалидов, в Липецкой области - 199 инвалидов.

Несмотря на подтверждаемую эффективность и универсальность комплексность модели реинтеграции инвалидов в трудовую деятельность, ее внедрение может вызвать сложности в связи с возникновением ряда факторов экономического, технологического, правового, организационно-управленческого характера и др. Основные факторы, влияющие на внедрение

⁶⁶ О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 29.09.2014 г. № 664н // Рос. газ. – 2014. – 12 дек.

инновационной модели реинтеграции инвалидов в трудовую деятельность приведены в таблице 11.

Таблица 11

Основные факторы, влияющие на внедрение структурно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда в регионе

Факторы, способствующие внедрению инновационной модели	Факторы, препятствующие внедрению инновационной модели
<i>Нормативно-правовые факторы</i>	
<p>1. Развитие системы реинтеграции инвалидов в трудовую деятельность на основе отечественных и международных документов.</p> <p>2. Принятие региональных нормативных актов, мобильно и адекватно реагирующих на изменения в социально-экономической сфере.</p> <p>3. Принятие документов о межведомственном взаимодействии.</p>	<p>1. Неэффективное использование имеющейся законодательно-нормативной базы.</p> <p>2. Не развитость нормативной базы регионов.</p> <p>3. Отсутствие нормативных документов, определяющих взаимодействие социальных партнеров как основу предоставления мероприятий реабилитации.</p>
<i>Экономические факторы</i>	
<p>1. Рациональное использование материально-технической базы, создание ресурсных центров для предоставления наиболее квалифицированной помощи в профессиональной реабилитации инвалидов</p> <p>2. программно-целевой метод планирования мероприятий реабилитации и содействия занятости инвалидов</p>	<p>1. Недостаточность средств для внедрения инновационной модели реинтеграции инвалидов в трудовую деятельность.</p> <p>2. Слабость имеющейся материально-технической базы реабилитационных учреждений.</p> <p>3 доминирование интересов каждого отдельного учреждения.</p>
<i>Организационно-управленческие факторы</i>	
<p>1. Гибкость подходов в системе управления.</p> <p>2. Самостоятельность учреждений в принятии решений, целевое планирование и использование системы корректировок в зависимости от изменения параметров системы содействия занятости.</p> <p>3. Контроль за достижениями плановых показателей.</p>	<p>1. Ведомственная заинтересованность, трудность межотраслевого и межорганизационного взаимодействия.</p> <p>2. Ориентация на краткосрочное достижение эффективности без учета перспективных процессов.</p> <p>3. Сложность достижения согласованных действий социальных партнеров.</p>
<i>Социально-психологическая поддержка</i>	
<p>1. Общественная поддержка внедрения инновационного процесса реинтеграции инвалидов в трудовую деятельность.</p> <p>2. Преодоление стереотипов отношения к инвалидам со стороны общества, работодателей, как к людям неспособным к продуктивному труду.</p> <p>3. Информированность о достижениях.</p> <p>4. Привлечение самих инвалидов и общественных организаций к реабилитации инновационных подходов к интеграции инвалидов в трудовую деятельность.</p>	<p>1. Сопrotивление внедрению новшеств.</p> <p>2. Замалчивание достижений, сопутствующих введению инновационных технологий.</p> <p>3. Ориентация на администрирование без привлечения непосредственно заинтересованных групп и людей, самих инвалидов в результатах внедрения комплексной модели реинтеграции инвалидов в сферу труда.</p>

Исходя из прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу, можно сделать вывод, что ожидаются качественные структурные преобразования экономики, включающие реструктуризацию и модернизацию различных отраслей экономики, использующих труд инвалидов. На основании изучения международных и отечественных нормативно-правовых документов автором классифицированы различные направления действий в области обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов на среднесрочную перспективу, отличающиеся учетом специфики рассматриваемой категории населения и потребности экономики (см. приложение 6).

Учитывая многолетнюю практику работы Воронежской области по социализации инвалидов трудоспособного возраста, в порядке принятия мер по обеспечению прав инвалидов на реабилитацию и труд автор считает целесообразным следующее:

1. В области совершенствования нормативно-правовой базы: принятие порядка «О взаимодействии учреждений разной ведомственной подчиненности по вопросам реабилитации и содействия занятости инвалидов Воронежской области», утверждение ведомствами типовых положений «О реабилитационном учреждении (отделении)» с последующей разработкой на его базе положений о реабилитационных учреждениях соответствующего типа.
2. В области организационно-методической работы:
 - 1) проведение органами МСЭ (по согласованию) анализа индивидуальных программ реабилитации инвалидов за ряд лет и подготовка записки о потребности инвалидов в мероприятиях реабилитации по её видам и объемам с учетом инвалидизирующих заболеваний, поло-возрастной структуры, тяжести заболеваний, потребности в технических средствах реабилитации, потребности в формах занятости, в т. ч. в создании специальных рабочих мест для инвалидов;
 - 2) проведение анализа наличия имеющихся реабилитационных учреждений (отделений) по видам выполнения реабилитационных мероприя-

тий. Формирование сети реабилитационных структур как самостоятельных учреждений, так и отделений, созданных на базе учреждений соответствующего профиля, в т. ч:

- по видам реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной)
- по нозологическим группам инвалидов (с заболеваниями органов зрения и слуха, с заболеваниями опорно-двигательной системы, общего заболевания и т.д.);
- по возрасту (для детей инвалидов, инвалидов молодого и трудоспособного возраста, инвалидов пожилого возраста).

3. Укрепление материально-технической базы реабилитационных учреждений (отделений).

4. Заключение договоров о взаимодействии по выполнению реабилитационных мероприятий учреждениями разной ведомственной подчиненности, включая бюро МСЭ, учреждения органов здравоохранения, образования, социальной защиты, занятости других заинтересованных ведомств.

5. В области управления и финансирования:

1) разработка областных целевых программ «Реабилитация инвалидов Воронежской области» или включение данного раздела в другие целевые программы, разрабатываемые на следующие периоды. Выделение в областной целевой программе содействия занятости населения раздела «Содействие занятости инвалидов», в т. ч. планирование средств на профориентацию, профподготовку (переподготовку) и трудовую адаптацию инвалидов.

2) ведение отдельного учета финансовых средств и их использования ведомствами исключительно на цели реабилитации инвалидов.

6. В сфере отчетности: подготовка ежегодного отчета в правительство Воронежской области и в Совет по делам инвалидов о положении с реабилитацией и занятостью инвалидов Воронежской области.

Автору наиболее универсальной и эффективной представляется предлагаемая модель комплексной реабилитации инвалидов на региональном

уровне, позволяющая объединить все имеющиеся ресурсы и путем укрепления организационно-экономических связей социальных партнеров добиться желаемых результатов - повышения уровня занятости инвалидов. Данная модель является инновационной, ее внедрение сопряжено с факторами как препятствующими, так и способствующими развитию системы реабилитации и содействия занятости инвалидов. Ключевые задачи модели, заключающиеся в развитии рабочей силы инвалидов, их социальной адаптации, лежат на комплексных центрах профессиональной и социальной реабилитации инвалидов.

Обобщение вышеизложенного позволяет сделать следующие выводы.

Данные главного бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области показали высокую потребность инвалидов в мероприятиях медицинской (18,98 тыс. чел. или 100%), профессиональной (12,7 тыс. чел. или 67,0%), и социальной реабилитации (7,2 тыс. чел. или 38,0%).

Государством утвержден порядок реализации реабилитационных мероприятий ИПРА, однако подходы к их осуществлению в регионах по-прежнему затруднен. В Российской Федерации практически отсутствует действенная система социально-профессиональной реабилитации инвалидов и реабилитационные структуры и учреждения по социальной и профессиональной реабилитации, деятельность которых была бы направлена на интеграцию инвалидов в и сферу труда общество.

Кроме того, в регионах отсутствует действенная система внутриведомственного и межведомственного взаимодействия организационных структур и учреждений, связанных с работой с инвалидами по их интеграции в сферу труда и общество. На наш взгляд, решение данного вопроса в Воронежской области достижимо путём внедрения структурно-функциональной модели межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда.

Глава 3. Модернизация региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда

3.1 Направления совершенствования деятельности по реабилитации и трудоустройству инвалидов

Общеизвестно, что труд является основным условием развития человеческой личности. Каждый человек, рассматривающий его как основной источник дохода, стремится к эффективному труду. Эффективным можно считать высокопроизводительный труд, результатом которого является оптимальный объем валовой продукции (услуги), произведенной в единицу времени, а также приносящий материальное и моральное удовлетворение работнику. В стремлении к эффективному труду человек с ограниченными возможностями здоровья не исключение, однако, как показывает практика, труд этих граждан в редких случаях можно считать таковым.

Рассматривая важность труда в контексте текущих социально-экономических отношений, следует отметить две его особенно значимые функции. Во-первых, труд помогает человеку ощущать свою социальную значимость в обществе, что является следствием очевидной пользы от трудовой деятельности занятого населения. Во-вторых, с экономической точки зрения, можно сказать, что труд является одним из наиболее доступных способов достижения материальной и экономической независимости человека. Важное значение обозначенных выше функций труда трудно переоценить для социально-уязвимых категорий населения, к которым относятся и люди с ограниченными возможностями здоровья. Тем более, что их трудовая занятость на протяжении многих лет остается крайне низкой и, как правило, характеризуется неквалифицированным трудом и низкой заработной платой.

Подходы к трудоустройству инвалидов в различные времена и в разных странах зависели в первую очередь от принятой за основу социальной политики модели инвалидности. Социальная политика в СССР, осуществляющаяся в рамках медицинской модели инвалидности, решала

проблему безработицы инвалидов путем создания для них специальных предприятий и производств. Однако таким образом не решалась еще одна задача – полноценная социальная интеграция инвалидов в общество.

В настоящее время Российская Федерация наравне с другими ведущими странами ориентируется на социальную модель инвалидности и концепцию независимой жизни как тренд, задаваемый международным сообществом в отношении граждан с ограниченными возможностями. Как уже отмечалось выше, одним из важнейших международных документов в области социально-экономической политики государств, стран-участников ООН, выступает Конвенция ООН о правах инвалидов⁶⁷. Федеральным законом № 46-ФЗ от 3 мая 2012 года «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» Российской Федерацией была ратифицирована Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 года, подписанная от имени Российской Федерации в г. Нью-Йорк 24 сентября 2008 года. Ратификация подразумевает приведение отечественного законодательства в соответствие с международными нормами и следование указанным в Конвенции принципам, о чем было сказано в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»⁶⁸. В ежегодном послании Президента Российской Федерации В. В. Путин отметил, что «...надо учитывать индивидуальные потребности людей с ограниченными возможностями, особое внимание уделить вопросам их профессиональной подготовки и трудоустройства инвалидов»⁶⁹.

Таким образом, с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов изменениям должны быть подвержены многие сферы социально-экономической политики, но одним из важнейших вопросов, требующих скорейшего решения, является проблема трудовой занятости людей с ограниченными возможностями здоровья. На заседании Совета по делам инвали-

⁶⁷ Конвенция о правах инвалидов : [заключена в Нью-Йорке 13.12.2006]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁶⁸ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁶⁹ Стенографический отчет из послания Президента Федеральному Собранию от 3 декабря 2015 г. – Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/50864> (дата обращения: 18.02.2016).

дов при Совете Федерации, проведенного 15 ноября 2015 года на тему «Актуальные вопросы профессиональной реабилитации и занятости инвалидов», председатель Совета по делам инвалидов Г. Карелова отметила, что «...из почти 4 миллионов инвалидов трудоспособного возраста работает чуть больше миллиона. Из зарегистрированных в службе занятости инвалидов трудоустраивается менее половины»⁷⁰. По ее мнению, эти цифры свидетельствуют о необходимости повысить эффективность государственных мер поддержки инвалидов в их трудоустройстве. Сенатор отметила, что с ратификацией Конвенции изменениям были подвергнуты свыше 20 национальных законодательных актов в различных областях (в сфере социальной защиты инвалидов, в области культуры, транспорта, здравоохранения, жилищной политики, избирательного права). Кроме того, реализуемая с 2011 года государственная программа «Доступная среда», новый этап которой стартовал в 2016 году, предусматривает возможность создания в ближайшие пять лет комплексной системы реабилитации инвалидов и увеличения доли занятых инвалидов трудоспособного возраста до 40 % к 2020 году.

По мнению автора, проблемы низкой занятости данной категории населения связаны с целым комплексом факторов, таких как:

- экономический кризис и усугубление ситуации на рынке труда;
- ликвидация большинства специализированных предприятий, использующих труд людей с ограниченными возможностями здоровья;
- отсутствие действенной системы квотирования рабочих мест инвалидов;
- проблемы создания специальных рабочих мест для инвалидов, вызванные отсутствием полной информации о специализации рабочих мест для инвалидов, профессиональных качествах и навыках инвалида, дополнительными издержками со стороны работодателя на создание (дооборудование) специальных рабочих мест;

⁷⁰ Карелова Г. Для повышения профессиональной реабилитации и занятости инвалидов необходимо использовать весь спектр современных возможностей / Г. Карелова. – Режим доступа: <http://council.gov.ru/events/news/61219/> (дата обращения: 23.02.2016).

- затруднения в получении реабилитационных мероприятий в силу имеющихся противоречий в реабилитационной сфере, в том числе профреабилитационных;
- неразвитость типовых моделей трудоустройства инвалидов разных нозологических групп (с заболеваниями опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха, ментальной инвалидностью и др.).

В силу продолжительного снижения числа трудоустроенных инвалидов в счет квот на рабочие места, с июля 2013 г. была расширена система квотирования⁷¹. После нововведения под квотирование подпали малые (с численностью работников от 35 человек), средние и крупные предприятия. Повышение размера и расширение охвата квот создали возможность трудоустройства дополнительных 300 тыс. квотируемых рабочих мест. Малая численность инвалидов, трудоустроенных за счет квот, в масштабах страны может быть результатом как неэффективного контроля исполнения законодательных требований, так и несоответствия характеристик выделяемых работодателями рабочих мест потребностям инвалидов. С целью контроля за исполнением предоставления квот с февраля 2013 г. была увеличена сумма штрафа за отказ в трудоустройстве инвалида в рамках установленной квоты, а также введен новый штраф за несоздание или невыделение рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с квотой в размере 5–10 тыс. руб. Исполнение этих показателей контролирует государственная служба занятости населения. В результате введения нормы число вакантных мест, заявленных в службы занятости, составило 146 тыс., что в 3,5 раза выше показателя 2009 г. Численность инвалидов, работающих на квотируемых рабочих местах, увеличилась на 15,2% и превысила 350 тыс. человек.

К другим мерам воздействия на занятость инвалидов, кроме системы квотирования рабочих мест, относится предоставление налоговых льгот. На сегодняшний день налоговые льготы (налог на прибыль организаций, налог

⁷¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

на добавленную стоимость) на федеральном уровне предусмотрены только для общественных организаций инвалидов, созданных ими организаций, использующих труд инвалидов, и для учреждений, единственным собственником имущества которых являются общественные организации инвалидов. Таким образом, данная мера не оказывает существенного воздействия, так как большинство работодателей не могут претендовать на федеральные налоговые льготы. При этом характеристика занятости предприятий, которым предоставляются квоты, это подтверждает. Занятость на специализированных предприятиях, которые неконкурентоспособны в условиях открытой экономики без государственной поддержки, сократилась в разы: на предприятиях Всероссийского общества слепых (ВОС) на 2011 г. работало почти в 5 раз меньше инвалидов, чем в советский период (11,1 тыс. человек – в 2011 г. и 54,2 тыс. – в 1990 г.); на предприятиях Всероссийского общества инвалидов (ВОИ) – в 3,8 раза (с 30 тыс. до 8 тыс. человек); на предприятиях Всероссийского общества глухих (ВОГ) – в 12,5 раз (с 20 тыс. до 1,6 тыс. человек).

Сокращение численности занятых на специализированных предприятиях, по нашему мнению, стоит расценивать двояко. С одной стороны, использование труда инвалидов на специализированных предприятиях - форма занятости на закрытом рынке труда, не способствующая их интеграции в социум и не соответствующая основным приоритетам Конвенции ООН о правах инвалидов. С другой стороны, в условиях российской экономики снижение показателей занятости инвалидов, в т. ч. на специализированных предприятиях, может нести негативный характер. Ввиду невысокой занятости инвалидов в целом и недостатком специальных рабочих мест, защищенная занятость (на закрытом рынке труда) становится, возможно, единственным способом трудоустройства некоторых категорий инвалидов. Международный опыт показывает, что защищенная занятость используется не только для трудоустройства инвалидов, которые не могут быть трудоустроены на открытом рынке труда, но и для трудоустройства инвали-

дов, нуждающихся в реабилитации и производственной адаптации, которые со временем смогут перейти к занятости на открытом рынке⁷². Такой подход помог бы инвалидам выйти на конкурентный рынок труда.

С целью содействия занятости инвалидов, имеющих серьезные нарушения здоровья, законодательством Российской Федерации предусмотрено создание для них специальных рабочих мест в рамках установленных квот, государственные органы определяют количество специальных рабочих мест для каждого предприятия. В 2013–2015 гг. в стране планировалось ежегодно создавать до 14,2 тыс. специальных рабочих мест. В 2013 г. показатель был выполнен: было создано 14,7 специальных рабочих мест. В 2013 г. с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности различных типов заболеваний были разработаны обновленные требования к специальным рабочим местам инвалидов⁷³. Требования устанавливают единый подход к оснащению специальных рабочих мест и являются методической поддержкой для создания работодателями рабочих мест под нужды людей с ограниченными возможностями здоровья.

Индивидуализированный подход имеют также методические рекомендации по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов, учитывающие различия инвалидов по виду заболеваний, нарушений функций и ограничений жизнедеятельности. Целью рекомендаций является помощь в выработке рабочей нагрузки, ее характера, формы организации трудовой и профессиональной деятельности и ее условий осуществления. Документ предназначен для использования специалистами медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов, службы занятости населения и других

⁷² Голенкова З. Т. Основные тенденции трансформации социальных неравенств / З. Т. Голенкова // Россия : трансформирующееся общество / под ред. В. А. Ядова. – М. : КАНОН-пресс-Ц, 2001. – С. 90–103.

⁷³ О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

организаций, заинтересованных в профессиональной реабилитации инвалидов⁷⁴.

С начала 1990-х гг. в России происходил постепенный переход от медицинской модели инвалидности к социальной. Государственная политика в сфере защиты прав инвалидов эволюционировала от мер поддержки уровня жизни инвалидов за счет пенсий и мер компенсации (льгот) к акцентированию внимания государства на вопросах реабилитации и абилитации инвалидов, повышения доступности социальной среды и интеграции рассматриваемой категории граждан в общество и к настоящему времени имеет смешанный характер.

В результате проведенного анализа выявлено, что, во-первых, трансформация системы социальной защиты инвалидов в России развивалась в русле международного нормативно-правового базы ООН. Вместе с тем рекомендательный характер документов ООН, несогласованность положений нормативно-правовых актов, слабо развитые национальные институты профессиональной реабилитации инвалидов, неисполнение многих принципов на практике и сохраняющуюся низкую социальную защищенность инвалидов в России.

На протяжении ряда лет особое внимание государства было направлено на законодательное регулирование адаптации общественной среды к потребностям инвалидов и изменение отношения общества к данной категории граждан. Для повышения включенности инвалидов в общество расширялся перечень мер интеграционной политики: создавались специальные рабочие места для инвалидов на открытом рынке труда, была расширена система квот, введен новый штраф, контролирующей занятость инвалидов. Однако вопрос профессиональной реабилитации и занятости инвалидов по-прежнему не решен, не предусмотрены специальные меры поддержки индивидуальной предпринимательской деятельности инвалидов,

⁷⁴ Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 04.08.2014 № 515. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

не продвигается их занятость в государственном секторе. Однако в свете ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов, выполнение положений Конвенции контролируется на международном уровне и становится началом нового этапа реализации и расширения мер, направленных на социальную и экономическую безопасность людей с ограниченными возможностями здоровья.

Указом президента Российской Федерации от 23.03.1993 г. № 394 «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов», было предусмотрено создание специальных реабилитационных структур, основной целью которых стало проведение мероприятий по восстановлению трудового потенциала инвалидов. Сложность реабилитационного процесса, финансовая затратность на эти цели осложняют развитие сети реабилитационных учреждений в нашей стране. Среди имеющихся реабилитационных учреждений большинство - центры социальной реабилитации, входящие в систему учреждений социальной защиты.

Профильные центры профессиональной реабилитации инвалидов являются уникальными учреждениями, которые имеются не во всех даже крупных городах России. На рис. 14 показаны данные о территориальном распределении организаций, оказывающих реабилитационные мероприятия инвалидам.

При достаточно одинаковой численности инвалидов, проживающих на территориях Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, число организационных структур, предоставляющих услуги инвалидам, различается практически в два раза. Разнится и число инвалидов, которым в этих федеральных округах в 2013 г. были предоставлены мероприятия реабилитации. Реабилитационные мощности учреждений также неодинаковы в территориальном разрезе. При практически равном числе организационных структур, предоставляющих реабилитационные мероприятия инвалидам в Северо-Западном и Сибирском федеральных округах, объемы

предоставленных ими реабилитационных мероприятий различаются более чем в 1,5 раза.

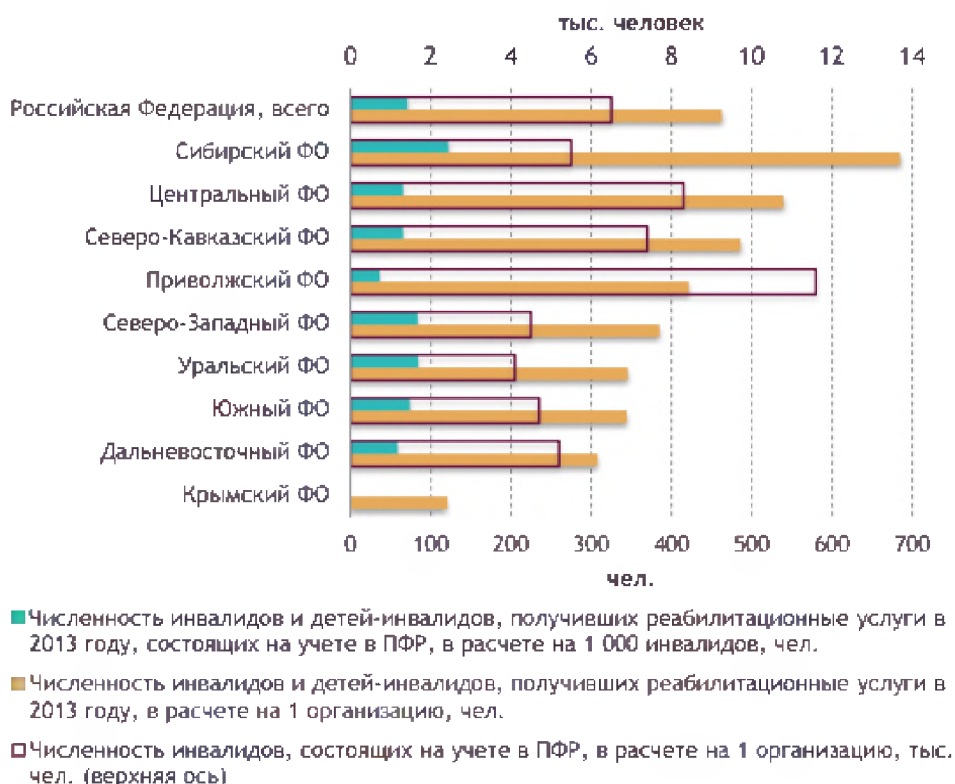


Рис. 14 – Территориальное распределение организаций, оказывающих мероприятия реабилитации инвалидам в Российской Федерации

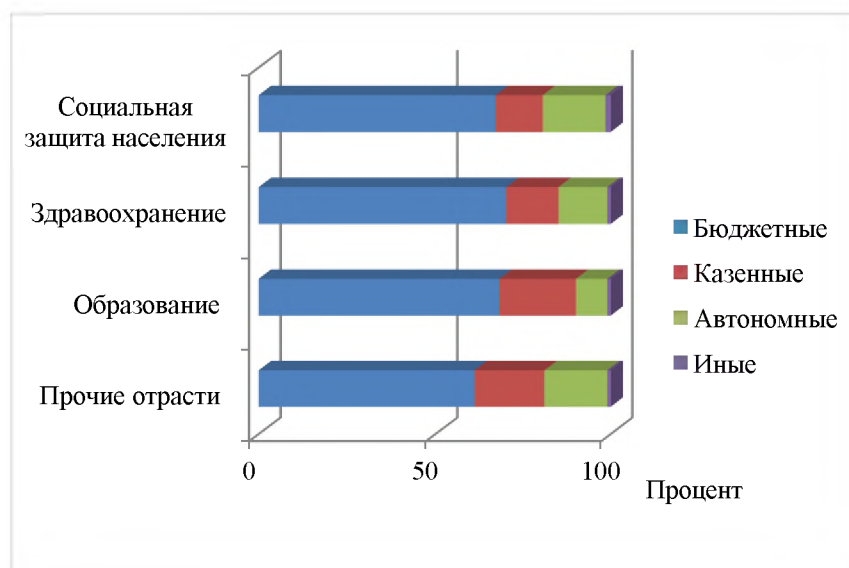
*Источник: сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Подобная ситуация является следствием отсутствия единой государственной политики в области организации деятельности организаций/учреждений, предоставляющих реабилитационные мероприятия инвалидам. Как следствие, население, относящееся к рассматриваемой нами категории, проживающее в различных регионах страны, обладает неодинаковыми возможностями для реабилитации. Наиболее благоприятные условия в этом отношении имеются у инвалидов, проживающих в Центральном, Сибирском, Уральском и Северо-Западном федеральных округах.

Основная часть организаций/учреждений, оказывающих мероприятия реабилитации инвалидам (61,2%); представлена бюджетными организация-

ми; 21,8% — казенными учреждениями; 15,9% — автономными учреждениями; 1,1% — иными типами организаций (НКО, ОАО, ЗАО и др.). Подобная структура характерна для всех организаций, оказывающих реабилитационные мероприятия инвалидам, независимо от их ведомственной подчиненности и показана на рис.15.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что преобладающая часть организаций/учреждений, осуществляющих реабилитацию инвалидов и детей-инвалидов, относится к некоммерческим организациям, созданным Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для оказания услуг в целях осуществления полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления в отраслях социальной сферы. При этом все три типа учреждений отличаются по степени финансово-хозяйственной самостоятельности и независимости от государства.



*Источник: сведения органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации

Рис. 15 - Типы организаций, предоставляющих реабилитационные мероприятия инвалидам по видам ведомственной подчиненности, %.

В настоящее время вопросы жизнедеятельности инвалидов курируются различными министерствами и ведомствами, которые имеют собственное

финансирование и занимаются, как правило, с определенной группой населения. В каждом ведомстве разрабатывают и внедряют эффективные реабилитационные технологии, профильные своим направлениям деятельности. Целостный подход и межведомственное взаимодействие при проведении реабилитационных мероприятий практически отсутствуют. Это негативно сказывается на уровне реабилитированности инвалидов, эффективности реализации программ профессиональной реабилитации и содействия занятости, односторонне направленной деятельности реабилитационных учреждений, относящихся к разным ведомствам. В результате единую проблему одного конкретного инвалида «решает» каждое ведомство в рамках своего профиля изолированно, тем самым разрывая комплексный процесс социальной и профессиональной реабилитации на множество не связанных между собой задач и создавая дополнительные трудности.

Назрела необходимость формирования в Российской Федерации единой системы комплексной реабилитации на основе межведомственного, организационно-экономического подхода. Методологическим подходом к повышению эффективности социализации и интеграции инвалидов в сферу труда может стать формирование эффективного реабилитационного пространства, в котором любой объект социальной среды будет играть роль действенного реабилитационного фактора и создавать условия для проведения комплексной реабилитации с учетом реальных потребностей людей с ограниченными возможностями здоровья.

Для решения этой сложной проблемы требует научного обоснования разработка структуры региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда, включающей:

- применение функционального взаимодействия между разноведомственными и разноведомственными учреждениями;
- раннее выявление и профилактику инвалидности;
- разработку современных методов социальной и профессиональной реабилитации;

- аккумуляцию и распространение накопленного опыта и достижений в области реабилитации и содействия занятости инвалидов;
- обеспечение мониторинга и оценки эффективности реабилитационных мероприятий и др.

На рис. 16 нами в общем виде показана процедура интеграции инвалидов в сферу труда, реализуемая посредством управляемой, управляющей подсистем, средств мониторинга оценки эффективности системы.

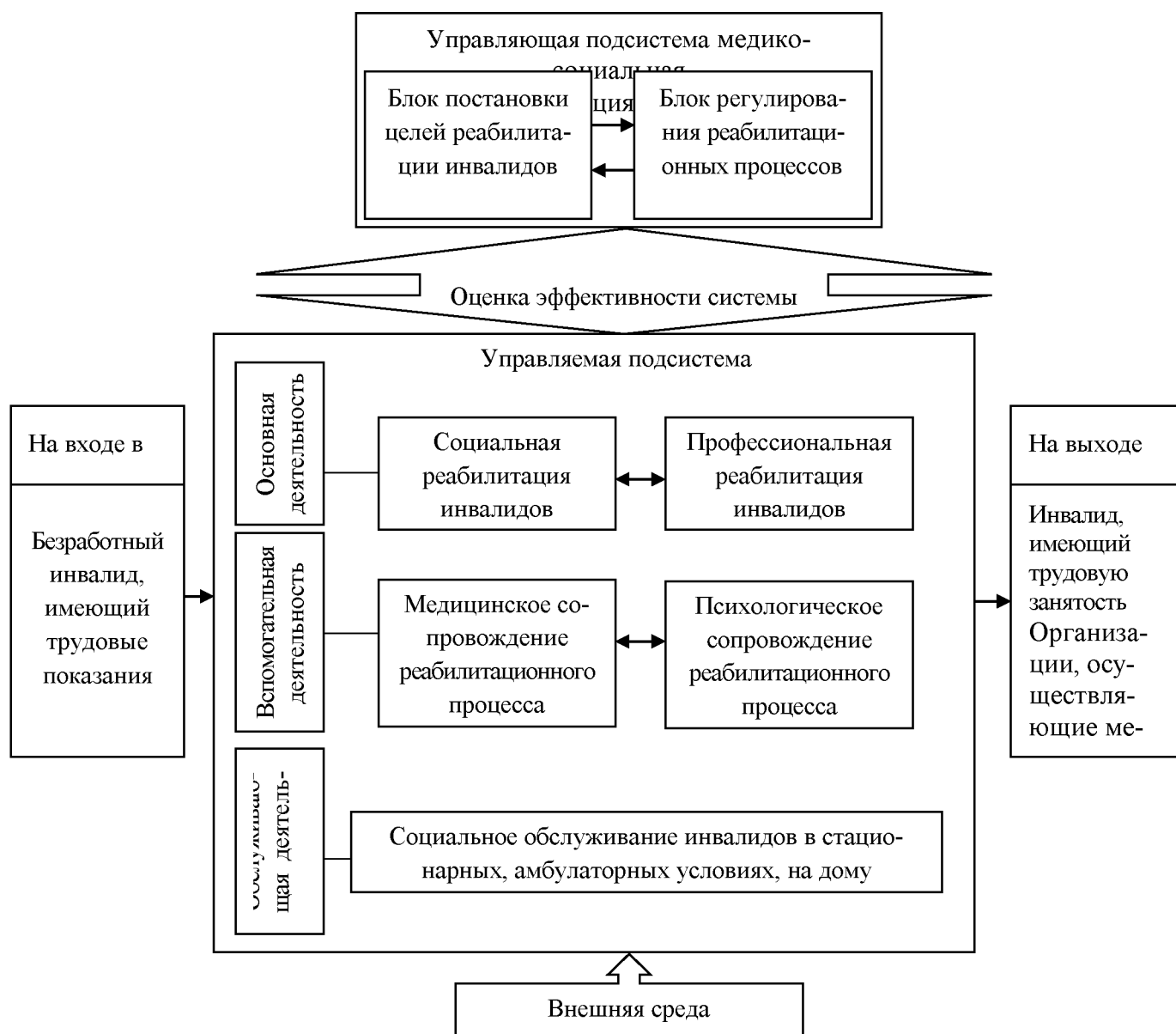


Рис. 16 - Процедура интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения.

Процессный подход

Государство, сообразно целям социальной политики, формирует законодательство, программы профессиональной реабилитации и содействия занятости, доступную социальную среду и толерантное отношение к людям с ограниченными возможностями здоровья. Путем проведения социальной и профессиональной реабилитации человек приобретает необходимые социальные навыки, повышает свой профобразовательный уровень, получает трудовые навыки, повышающие его конкурентоспособность на рынке труда.

Построение стройной системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов имеет относительно небольшую историю. В Воронежской области центр профессиональной реабилитации создан одним из первых на основании постановления администрации Воронежской области от 14.11.1994 г. № 1353 «О Воронежском областном центре профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов» с последующими изменениями наименования и присвоения статуса «Модельный» согласно приказа Федеральной службы занятости России от 03.04.96 № 83 «О модельном центре профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов». Согласно постановлению администрации Воронежской области от 08 августа 2007 г. № 738 «О переименовании государственного реабилитационно-образовательного (дополнительного образования) учреждения региональной службы занятости и социальной защиты населения Минтруда России «Воронежский областной модельный центр профессиональной и медико-социальной реабилитации инвалидов» в областное государственное учреждение «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста».

Основная цель деятельности реабилитационного учреждения - осуществление комплексного многопрофильного процесса профессиональной и медико-социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста в соответствии с индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалидов с целью восстановления социального статуса, приобретения профессии, достижения реабилитационного

стандарта, материальной независимости, социализации путем проведения комплексной профессиональной и социальной реабилитации инвалидов с целью повышения их конкурентоспособности на рынке труда. Основными видами реабилитационных мероприятий для инвалидов трудоспособного возраста, предоставляемых в центре являются:

- мероприятия по медико-социальной реабилитации, включающие восстановительные медицинские мероприятия (восстановительную терапию), динамическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов, проходящих реабилитацию в Центре;

- мероприятия по профессиональной реабилитации, включающие в себя профессиональную ориентацию, профподготовку, содействие в трудоустройстве, путем консультирования, информирования инвалидов, оказание помощи работодателям в создании специальных рабочих мест;

- мероприятия по социальной реабилитации, включающие в себя социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социально-культурную реабилитацию и социально-бытовую адаптацию:

- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт;

- социальное обслуживание.

Учитывая концептуальные направления государственной политики в области реабилитации инвалидов, международные рекомендации, закреплённые в Конвенциях ООН и МОТ и направленные на обеспечение равных возможностей для инвалидов, региональные программы социальной поддержки инвалидов, программы реабилитации, реализуемые в Воронежском центре реабилитации, содержат мероприятия, способствующие преодолению неблагоприятного социального положения инвалидов, расширению их участия в гражданской, экономической, социальной и культурной жизни общества.

Благодаря комплексному подходу к реализации реабилитационных мероприятий, инвалидам предоставляется возможность в рамках данного учреждения за сравнительно небольшой срок (3-9 месяцев) восстановить свои

социальные навыки и получить профессиональную подготовку по краткосрочным программам, учитывающим медицинские показания к трудовой и образовательной деятельности, реабилитационный уровень гражданина с инвалидностью, его психофизиологические особенности и др. факторы. Организационная структура центра реабилитации, представленная на рис. 17, включает блоки профессиональной, социальной, медико-социальной реабилитации, организационно-методической работы, блок хозяйственных подразделений.

Эффективность социальной и профессиональной реабилитации инвалидов обеспечивается за счет комплексной диагностики профессиональных и личностных качеств инвалида, которая включает:

- определение изменений, аномалий, дефектов, утраты, отклонений физиологических функций организма;
- определение остаточных ресурсов структур и функций организма, которые обуславливают его целостность и обеспечивают жизнедеятельность человека и сложность к труду, определение возможности методом реабилитации обеспечить компенсацию выявленных аномалий, дефектов, утраты, отклонений, способствующих полному или частичному восстановлению функций необходимых для трудовой деятельности;
- определение степени активности и возможности выполнения инвалидом конкретных задач и трудовых действий, необходимых условий для их выполнения;
- выявление основных факторов окружающей среды, влияющих на ограничения жизнедеятельности и эффективный труд инвалида: препятствующих факторов (барьеров) и облегчающих факторов;
- диагностику личностных качеств инвалида и их влияние на функционирование и ограничения жизнедеятельности;
- определение наличия, степени выраженности психологической, социально-средовой, социально-бытовой дезадаптации; структуры мотивации, профессиональной подготовки прежнего опыта работы.



Рис. 17 - Организационная структура БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»

Основные технологические операции, предоставляемые инвалидам в учреждении, показаны на рис. 18, функции и распределение обязанностей между структурными подразделениями Центра реабилитации приведены в приложении 7.

Социальная и профессиональная реабилитация может быть непрерывным в течение одного цикла или может осуществляться блоками: обучение социальным навыкам, профориентация, восстановление и коррекция, обучение трудовым навыкам, обучение профессии, в том числе на рабочем месте, социально-средовая адаптация, трудовая адаптация на рабочем месте. Длительность реабилитационного процесса зависит от состояния и возможностей клиента, имеющегося образования, профессии (специальности), социально-трудовых навыков.

На первом этапе диагностируются медицинская, социальная, профессиональная и психологическая составляющие реабилитационного потенциала инвалида, которые сопоставляются с возможностями предоставления ему в Центре услуг реабилитации. Составляется договор о предоставлении услуг реабилитации и социальном обслуживании.

Второй этап посвящается восстановительно-коррекционной работе, в т. ч. восстановлению социально-значимых функций и навыков, общих знаний и умений, социально-педагогической и психологической коррекции, подбору технических средств реабилитации.

Третий этап связан с профессиональной ориентацией, включающей медицинскую, психологическую и практическую составляющую. На данном этапе профориентация проводится с учётом полученных инвалидом коррекционных мероприятий и с учётом рекомендаций о возможности использования инвалидом технических средств для облегчения выполнения трудовых операций и достижения максимально возможной комфортной производственной сферы.



Рис. 18 - Комплексная схема реабилитационного процесса в БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»

Четвёртый этап посвящается профподготовке по выбранной профессии или обучению трудовым навыкам (при невозможности овладеть профессией целиком), а также трудовой адаптации.

Обобщим основные виды социально-профессиональных мероприятий, предоставляемых инвалидам комплексно, в следующие основные группы:

1. Диагностика (психологическая и практическая) потенциальных возможностей инвалида, потребностей в мероприятиях профессиональной, социальной, психологической и медико-социальной реабилитации.
2. Профессиональная ориентация и восстановление и коррекция профессионально важных качеств, навыков и умений, в т. ч.:
 - уточнение профессиональных интересов инвалида;
 - социально-психологическая, социально-средовая, социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
 - медико-социальная реабилитация.
3. Профессиональное обучение.
4. Производственно-трудовая адаптация.

Все виды социально-профессиональных реабилитационных мероприятий ведутся под контролем и при участии специалистов по профориентации, реабилитации, психологов и под медицинским наблюдением. В табл. 12 показаны последовательность предоставления реабилитационных мероприятий в БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» и ответственные за их исполнение.

Таблица 12

Последовательность предоставления реабилитационных мероприятий и ответственные за их исполнение

Основные виды мероприятий	Отделения, ответственные за исполнение
I. Прием клиентов в Центре	
Оформление клиентов в Центре, информирование о сути реабилитационно-образовательного процесса, заполнение регистрирующей документации, направление клиента к инженеру по охране труда, дежурной медсестре.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Медицинский осмотр клиента.	Отделение медико-социальной реабилитации.

Первичный инструктаж по охране труда, пожарной безопасности	Инженер по охране труда.
Устройство в общежитии (для иногородних или для клиентов с дневным пребыванием).	Комендант общежития, воспитатель
Информирование, инструктирование.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
II. Диагностика и профориентация	
Диагностическое собеседование.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Психометрическое тестирование.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Практическое тестирование профессиональных навыков и профессионально важных качеств. Оценка потребностей в специальном или адаптированном оборудовании.	Учебные мастерские. Отделение медико-социальной реабилитации. Отделение методической работы и инновационных технологий.
Тестирование социальных навыков	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Уточнение профпригодности по медицинским показателям. Выбор режимов труда и отдыха.	Отделение медико-социальной реабилитации.
Профориентация.	Отделение профориентации и социальной адаптации. Отделение методической работы и инновационных технологий.
Составление и согласование с клиентом плана действий и объема реабилитационных мероприятий.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
III. Восстановление профессионально важных навыков, качеств и знаний	
Трудовая реабилитация. Одно или многовариантный процесс в зависимости от потребности клиента: - развитие базовых трудовых и профессиональных навыков; - практика работы с применением обычного или адаптированного оборудования; - практика работы на конкретном рабочем месте; - развитие умений и навыков, обучение основам профессии; - трудовая адаптация.	Учебные мастерские. Отделение профессиональной подготовки. Отделение профориентации и социальной адаптации. Отделение методической работы и инновационных технологий.
Уточнение направления профподготовки (вида трудовой деятельности). Восстановление общих знаний (в объеме, необходимом для профподготовки).	Отделение профориентации и социальной адаптации. Отделение методической работы и инновационных технологий.
Развитие навыков поиска работы.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Индивидуальные и групповые занятия по преодолению психологических барьеров, психологическая поддержка.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
Медико-социальная реабилитация	Отделение медико-социальной реабилитации
IV. Социальная реабилитация (процесс, параллельный профреабилитации)	

Обучение приспособленности к состоянию инвалидности, коррекция функции движения	Отделение медико-социальной реабилитации.
Мероприятия по повышению самостоятельности, адаптация в учебном (трудовом) коллективе, социально-средовая, социально-бытовая адаптация. Развитие творческих способностей личности.	Отделение профориентации и социальной адаптации.
V. Профессиональное обучение (процесс может проходить параллельно с восстановительно-коррекционным со смещением на период диагностики)	
Зачисление клиента на обучение. Организация учебного процесса согласно учебным планам и программам по выбранной профессии	Отделение профподготовки, учебные мастерские. Отделение методической работы и инновационных технологий. Отделение профориентации и социальной адаптации. Отделение медико-социальной реабилитации.
VI. Трудовая адаптация	
Адаптация клиента к конкретному рабочему месту. Выбор технических средств, облегчающих труд инвалида. Выбор специальных приспособлений к труду. Выбор эргономически целесообразной мебели	Отделение профориентации и социальной адаптации. Отделение инновационных технологий и методической работы.
VII. Методическая работа	
Подготовка методических материалов, учебно-тематических планов, программ, других информационно-методических материалов. Ведение баз данных об инвалидах и мероприятиях, предоставленных инвалидам, баз учебных и рабочих мест.	Отделение методической работы и инновационных технологий. Отдел баз данных и информационных технологий.
VIII. Медицинская поддержка	
Медицинское консультирование, предоставление лечебно-профилактических мероприятий. Мероприятия трудотерапии	Отделение медико-социальной реабилитации.
IX. Бытовое обслуживание	
Организация питания Организация проживания.	Кухня-столовая. Общежитие.
X. Обучение специалистов по работе с инвалидами	
Учебные курсы по проблемам реабилитации инвалидов и их занятости для персонала Центра, специалистов региональных центров занятости и органов социального развития.	Отделение профподготовки. Отделение методической работы и инновационных технологий.
XI. Оценка результатов реабилитации	
Отчет о завершении реабилитации, рекомендации инвалиду, свидетельство о полученных профессиональных знаниях.	Отделение профориентации и социальной адаптации, отделение профподготовки, отдел баз данных и информационных технологий.

Предоставление реабилитационных мероприятий инвалидам в Центре реабилитации является составной частью региональной системы интеграции инвалидов в сферу труда. Однако это не единственное учреждение, оказывающее влияние на трудовой потенциал инвалидов. Элементами системы выступают центры занятости населения, учреждения социальной реабилитации в системе социальной защиты населения, учреждения образования, культуры, спорта, предприятия реабилитационной индустрии, включая реабилитационно-технические центры, протезно-ортопедические предприятия, общественные организации, а также субъекты, предоставляющие реабилитационные мероприятия в не институциональной форме.

На рис. 19 автором показано целенаправленное и последовательное воздействие на инвалида различных структур (институциональных и неинституциональных) с целью их интеграции в общество, а также предполагаемый эффект от этого воздействия.



Рис.19 - Влияние субъектов системы социальной и профессиональной реабилитации на трудовой потенциал инвалидов

Из приведенной схемы видно, что объектом системы выступают лица, имеющие инвалидность, субъектами системы являются социальные институты (учреждения, организации, предприятия) и неинституциональное образование, окружение инвалида. Методами развития реабилитационного потенциала личности, имеющей инвалидность, и адаптации социального окружения к возможностям инвалида, достигается реабилитационный эффект, выраженный в социальной адаптации, повышении конкурентоспособности на рынке труда и возможности получить работу и трудовой доход. Социальный эффект выражается в снижении уровня безработицы инвалидов, а так же снижении напряженности на региональном рынке труда.

Содержание системы можно подразделить на части: описательную часть, представляющую основное содержание, структуру, основные элементы субъектов системы, функциональную (организационную) часть, отображающую внутриведомственные и межведомственные связи реабилитационных структур и их связи с социальными партнерами; прогностическую часть, показывающую теоретически и экономически аргументированную эффективность от внедрения данной системы.

В основе предлагаемой модели лежит многоуровневая система реабилитации инвалидов, которая рассматривается автором как ступенчатая, дифференцированная во времени система осуществления таких мероприятий, как:

- диагностика социальной недостаточности: социальных, профессиональных и общих знаний и умений, выполняемая комиссиями медико-социальной экспертизы;
- педагогическая коррекция, направленная на преодоление социальной недостаточности, восстановление утраченных общих знаний (чтения, письма, счета, умения работать ручным и механическим инструментом и др.), восстановление специальных знаний (дополнительная профессиональная подготовка), профессиональная ориентация,

профессиональная подготовка. Данные мероприятия, относящиеся к процессу реабилитации, могут выполняться учреждениями образования, центрами профессиональной реабилитации, центрами социальной реабилитации, а также специализированными учреждениями восстановления возможностей и подготовки к независимой жизни;

- содействие занятости путем предоставления мер экономической поддержки, консультационного информирования, профориентации, профессиональной подготовки, профессиональной пробы (отбора), специализации рабочих мест, квотирования рабочих мест и других мероприятий, предусмотренных законодательством о занятости населения. Задачи по содействию занятости относятся к компетенции службы занятости населения, однако, в их решении могут быть задействованы образовательные, реабилитационные учреждения, работодатели и общественные организации.

Эффективная интеграция инвалидов трудоспособного возраста в сферу труда и достижение ими социально-экономической независимости требует определенных материальных вложений и принятия организационно-управленческих решений. Среди них выделим основные:

1. Обеспечение развития сети в стране реабилитационных учреждений различных типов и видов, укрепление кадрового и материально-технического потенциала реабилитационных учреждений, внедрения новых информационно коммуникационных технологий в системе реабилитации.

2. Совершенствование механизмов финансирования системы реабилитации инвалидов, предусматривающих объединение средств бюджетов всех уровней, средства государственных внебюджетных фондов и других внебюджетных источников, на основе программно-целевого планирования, мер по формированию конкурентоспособности инвалидов.

3. Урегулирование порядка инвестирования средств в сферу реабилитации инвалидов согласно их потребности в реабилитации,

определяемой на основе ИПРА, разработанных комиссиями МСЭ при освидетельствовании лиц в качестве инвалидов.

4. Совершенствование реализации мер по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, формирование механизма преемственности учреждений оказывающих реабилитационные мероприятия.

5. Совершенствование информационного обеспечения проблемы инвалидности на основе повышения качества статистического учета и анализ основных показателей и потребностей инвалидов в объемах и формах реабилитации, обеспечивающего эффективное планирование, реализацию и управление реабилитационным процессом.

6. Обеспечение подготовки и переподготовки специалистов в области социальной защиты и занятости инвалидов.

7. Научно-методическое обеспечение реабилитационного процесса, усиление роли научного и практического подходов к реабилитации инвалидов.

8. Совершенствование социальной инфраструктуры, обеспечение доступности социальных объектов для инвалидов различных нозологических групп.

9. Усиление координационного механизма и межведомственного взаимодействия структур, касающихся вопросов реабилитации инвалидов.

10. Развитие реабилитационной индустрии, включающей разработку, освоение, производство и реализацию реабилитационных изделий и мероприятий, расширение перечня технических средств реабилитации, учитывая последние современные достижения науки в области ассистивных технологий, включающих информационно коммуникационные технологии.

3.2 Методический подход к оценке эффективности интеграции инвалидов в сферу труда

Во всемирном докладе об инвалидности указано, что инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживут до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – сложное явление, а меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируются от конкретных условий⁷⁵.

Как уже отмечалось выше, признание гражданина инвалидом производится при наличии трех основных признаков:

- болезни, вызывающей нарушение функций организма;
- ограничений функций организма, вызывающих ограничения жизнедеятельности;
- социальной недостаточности, вызывающей потребность в социальной помощи.

При отсутствии хотя бы одного из признаков гражданин не может быть признан инвалидом. Ему может быть снижена группа инвалидности при преодолении социальной недостаточности методом реабилитации. Признание гражданина инвалидом обеспечивает ему небольшой, но все же стабильный доход. В связи с этим возникает ряд противоречий, во-первых, между стремлением восстановить свое здоровье и страхом потери пенсионных выплат; стремлением к выполнению рекомендованных мероприятий реабилитации и страхом снижения группы инвалидности, и значит, уменьшением материальной поддержки. В тоже время результатом реабилитации может быть не выздоровление инвалида, а лишь обучение самостоятельной жизнедеятельности в условиях инвалидности, т.е. снятие социальной недостаточности и потребности в посторонней помощи, что со-

⁷⁵ Всемирный доклад об инвалидности. Мальта, 2011. – С. 27. - Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=118473%ED%AF%80%ED%B0%83> (дата обращения: 23.04.2016).

ответственно также ведет к снижению группы инвалидности. Инвалидность, как правило, связывается со сложностью трудоустройства и малой доходностью. В связи с этим, всем гражданам, признанными инвалидами, выплачивается одинаковое (в зависимости от группы инвалидности) пенсионное обеспечение, не зависящее от их фактического дохода. Однако, в сегодняшних условиях ряду граждан, имеющих стабильный доход от вкладов и иных поступлений для приобретения лекарств, средств реабилитации может не потребоваться государственная помощь, в то время как другие граждане остро нуждаются в самом необходимом.

Рекомендации МСЭ к трудовой деятельности также могут войти в противоречие с одним из признаков инвалидности: потребности гражданина в посторонней помощи. Это связано с тем, что трудовая деятельность на предприятии, как правило, не предусматривает посторонней помощи работнику. Противоречием является и то, что инвалиды, зарегистрированные в качестве безработных, условием для которого является готовность к труду и наличие у них ИПРА, фактически могут быть не готовы к выполнению трудовых функций в связи с тем, что мероприятия, предусмотренные ИПРА, не реализованы. В результате, будучи безработными, они длительное время могут оставаться на учете в службе занятости, получать помимо пенсии пособие по безработице, но не иметь возможности найти подходящую работу.

В рамках Закона РФ «О занятости населения в Российской Федерации» центрами занятости населения инвалидам оказывается помощь по адаптации на открытом рынке труда, однако проводимые мероприятия также могут вступать в противоречие со специфическими потребностями инвалидов, к примеру, направление инвалидов на профессиональную подготовку в учебные заведения, условия пребывания в которых не всегда отвечают их потребностям к социально-бытовой обстановки, а также отсутствия в ходе учебного процесса медицинского контроля и психологического сопровождения могут сделать учебный процесс неэффективным, поскольку не завершится трудоустройством по полученной профессии, соответственно

государственные средства, направленные на обучение инвалида будут израсходованы напрасно. Помимо этих, возникает много других противоречий между наличием признаков инвалидности и выполнением рекомендаций МСЭ, в том числе условиями рекомендованной среды жизнедеятельности и организации труда на предприятии, между отсутствием специализированных рабочих мест (условий труда) на предприятии, на которое инвалид направлен для трудоустройства и отсутствием предприятий, производящих технические средства для обеспечения его труда и потребностью в специальных средствах организации труда.

Возникающие противоречия, а также сугубо индивидуальный подход к определению и реализации реабилитационного потенциала инвалидов, затрудняет принятие единой методики оценки эффективности мероприятий, обеспечивающих их социальную и экономическую безопасность. Традиционно под эффективностью (*efficiency*) понимается результативность процесса, операции, проекта, определяемая как отношение эффекта, результата к затратам, обусловившим его получение⁷⁶. Превышение полученных доходов над затратами средств, направленных на получение этих доходов относится к экономической эффективности, однако цели интеграции инвалидов в трудовую деятельность преследуют еще и социальную эффективность. Рассматривая инвалидность как трудную жизненную ситуацию, характеризующуюся социальными и экономическими рисками, вызванными ухудшением здоровья и инвалидностью, можно выделить основные из них:

- возможное ухудшение состояния здоровья и потребность в постоянном лечении и увеличении затрат на лечение;
- потери или снижения доходов в результате безработицы, вызванной инвалидностью, страх получения доходов ниже прожиточного минимума;

⁷⁶ Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, И. Ю. Шведова. – Изд. 4-е, доп. – М. : ИТИ Технологии, 2005. – С. 726.

- беспомощное состояние и потребность в постоянной посторонней помощи;
- замкнутость в домашнем пространстве, ограниченность социальной среды пребывания и десоциализация;
- дезадаптированность, отчаяние;
- чувство собственной неполноценности, ощущение себя «лишним» человеком, депрессивное состояние;
- невозможность воплотить свой творческий потенциал, ограниченность доступа к общечеловеческим культурным ценностям;
- психологическая нестабильность и неудовлетворенность сложившейся ситуации;
- невозможность создания (сохранения) семьи;
- отсутствие режима жизнедеятельности: труда и отдыха.

В большей или меньшей степени приведенные риски характерны для каждого инвалида. На наш взгляд, их можно объединить по основным признакам:

1. Медицинский, включающий риск ухудшения здоровья из-за неполучения дорогостоящего лечения.

2. Экономический, когда расходы могут превышать доходы получаемые инвалидом, что приведет к бедности и нищете, возможной потере жилья и т.д.

3. Социальный, выраженный в необходимости постоянной посторонней помощи, ограниченности в социальном общении, безработице.

4. Психоэмоциональный, характеризующийся психологической напряженностью, не удовлетворенностью, психологической нестабильностью.

Исходя из вышеизложенного, достижение результатов социальной и экономической безопасности инвалидов выражается в эффективности от преодоления или снижения перечисленных рисков. В таблице 13 автором предложены мероприятия по снижению социально-экономических рисков

инвалидности, повсеместная реализация которых будет способствовать социальной и экономической защищенности инвалидов.

Таблица 13

Предложения по снижению социально-экономических последствий инвалидности

№ п/п	Наименование рисков	Мероприятия по снижению рисков	Предполагаемый эффект
1	Медицинский и медико-социальный	<ul style="list-style-type: none"> - Развитие системы медицинской реабилитации, в т. ч. реконструктивной хирургии. - Совершенствование протезно-ортопедической помощи. - Развитие производства технических средств реабилитации. 	Преодоление заболевания или улучшение состояния здоровья, снижение необходимости посторонней помощи, возможность самостоятельной жизни и трудовой деятельности
2	Экономический	<ul style="list-style-type: none"> - Профессиональная и социальная реабилитация, обеспечивающие доступ инвалидов к работе (учебе) к средам информации. - Внедрение технических средств обучения и методов педагогической коррекции; - развитие системы коммуникаций, трудовая занятость в т.ч. дистанционно. - Учет при подборе профессии специфичных потребностей инвалидов, состояния и динамики рынка труда, транспортной доступностью рабочего места, размером оплаты труда. - Обеспечение инвалидов техническими средствами для профессиональной деятельности - Специализация рабочего места, учет эргономических особенностей, приспособлении рабочего места под потребности инвалидов 	<p><u>Для инвалида:</u> возможность получить работу на подходящем для инвалида рабочем месте и за счет трудовой занятости увеличить доход своей семьи, расширить круг социального общения, организовать собственную жизнь, добиться позитивного настроя на активную жизненную позицию.</p> <p><u>Для государства:</u> участие в производстве ВРП, отчисления социальных налогов в бюджет; отчисления налогов на прибыль от реализации произведенной продукции.</p>
3	Социальный	Проведение мероприятий социальной реабилитации, включая социально-средовую и социально-бытовую адаптацию, социально-средовую ориентацию, социально-психологическую и социально-культурную реабилитации, педагогическую коррекцию	<p><u>Для инвалида:</u> выработка навыков самообслуживания, навыков передвижения, общения способствующих интеграции в общество.</p> <p><u>Для государства:</u> рост численности экономически активного населения.</p>

4	Психологический	Проведение мероприятий психологической реабилитации, психологической поддержки, психотренингов, снижения рисков в этом направлении может быть связано как непосредственно с психологическим аспектом личности инвалида, так и в отношении инвалида к трудовой деятельности, выбираемой профессии и психологическим климатом в коллективе.	Выравнивание психоэмоционального фона, формирование позитивного настроения на активную жизненную позицию.
---	-----------------	---	---

Из приведенной таблицы видно, что применительно к сфере безопасности инвалидов можно выделить социальную и экономическую эффективность. Экономическая эффективность может быть достигнута с помощью:

- повышения степени трудоспособности за счет проведения мероприятий реабилитации;
- сокращения периода безработицы инвалида;
- снижения числа инвалидов не прошедших или не завершивших профессиональную подготовку, мероприятия реабилитации или абилитации;
- организации рабочих мест;
- создания условий для закрепления инвалидов на рабочих местах.

Наиболее уязвимы инвалиды в плане сниженной конкурентоспособности на рынке труда и низкой вероятности получения подходящего рабочего места с учетом своих психофизиологических возможностей, что, по сути, определяет экономическую безопасность инвалидов. Важно учитывать, что работодатели в своей деятельности преследуют извлечение прибыли как основную цель. Для того чтобы добиться увеличения прибыли, предприятия минимизируют расходы, увеличивая при этом доход. Новый работник необходим организации либо для восполнения нехватки кадров, либо для расширения деятельности организации, следовательно, деятельность нового сотрудника будет вносить вклад в деятельность организации. Вне зависимости от того, кого принимает на рабо-

ту работодатель - инвалида или здорового человека, — он будет ему платить заработную плату и осуществлять иные расходы. В таком случае интерес для работодателя представляет не общая сумма издержек по созданию рабочего места для сотрудника инвалида, а сумма дополнительных издержек, которая эквивалентна величине разницы между стоимостью найма инвалида и кандидата на вакансию, не являющегося инвалидом.

По российскому законодательству для работника-инвалида должны быть созданы следующие условия:

- сокращенная продолжительность рабочего времени (не более 35 часов в неделю) для инвалидов I и II группы;
- инвалиды всех групп имеют право на 30-дневный ежегодный оплачиваемый отпуск и 60-дневный отпуск без сохранения заработной платы;
- должны выполняться определенные для рабочих мест инвалидов санитарные нормы;
- условия труда должны быть созданы в соответствии с ИПР работника-инвалида.

Таким образом, дополнительные затраты на привлечение к труду работника с инвалидностью условно можно разделить на две группы:

- текущие затраты, связанные с оплатой «неотработанного» рабочего времени (сокращенное рабочее время и увеличенный отпуск);
- затраты, осуществленные в виде капитальных вложений (соблюдение санитарных норм, переоборудование, создание специальных рабочих мест).

Текущие расходы работодателя можно рассчитать по формуле:

$$Z_{\text{доп.}} = OT_{\text{нрви}} + O_{\text{р.м.}}, \quad (1)$$

где:

$Z_{\text{доп.}}$ - текущие дополнительные затраты работодателя, осуществляемые в связи с привлечением труда одного инвалида;

$OT_{\text{нрви}}$ - оплата «неотработанного» рабочего времени инвалидом, тыс. руб.;

$O_{\text{р.м.}}$ - расходы, связанные с обслуживанием специального рабочего места, тыс. руб.

Размер затрат, связанных с оплатой «неотработанного» рабочего времени, индивидуален для каждого инвалида и может значительно варьироваться. Для того чтобы определить конкретную величину этих дополнительных текущих расходов, необходимо оценить «неотработанное» рабочее время, которое было оплачено в виде заработной платы и отпускных по тарифам, установленным в организации.

Трудовым законодательством для работников-инвалидов I и II групп устанавливается сокращенное рабочее время, что означает, что при расчете заработной платы нормой рабочего времени для таких работников становятся не 40-часовая рабочая неделя, а 35-часовая. Таким образом, принимая работника на должность с фиксированным окладом, организация оплачивает работнику полную ставку заработной платы за 35 часов работы в неделю. Работа сверх 35 часов в неделю для инвалидов I и II групп считается сверхурочной. Кроме федеральных законов норма рабочего времени для инвалида может быть определена специалистами органов МСЭ и отражена в ИПРА инвалида. Однако при найме инвалида на условиях неполного рабочего времени⁷⁷, его заработная плата может быть рассчитана по следующей формуле:

$$OT_{инв.} = O_{полн.} \times \frac{T_{отраб.}}{T_{норм}}, \quad (2)$$

где:

$OT_{инв.}$ - заработная плата, начисляемая инвалиду за определенный период времени (неделя, месяц);

$O_{полн.}$ - оклад за полностью отработанную ставку за соответствующий в период времени (например, за полностью отработанную 40-часовую рабочую неделю работником, не являющимся инвалидом);

$T_{отраб.}$ - фактическое количество часов в неделю, отрабатываемое работником-инвалидом - не более 35 часов для инвалидов I и II групп;

$T_{норм}$ – установленная норма часов в неделю, отрабатываемая инвалидом.

⁷⁷ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».

Предположим, согласно ИПРА, инвалиду II группы рекомендовано работать 4 часа в день. Работодатель нанял его с должностным окладом в 15 тыс. рублей. В случае, если по трудовому договору он нанимается на полную ставку, то, отработав месяц из расчета 20 часов в неделю при пятидневной рабочей неделе, ему должны начислить заработную плату в полном размере (15 тыс.), так как для него 20 часов в неделю - это полная ставка. В случае, если работник нанимается на неполное рабочее время, его заработок по формуле (2) составит:

$$15\ 000 \text{ руб.} \times (20\text{ч} / 35\text{ч}) = 8\ 571 \text{ руб.}$$

Естественно, работодатель не вправе принуждать потенциального работника, имеющего инвалидность, к заключению какого-то определенного вида договора, однако очевидно, что у работника-инвалида есть определенная свобода поведения на рынке труда, т.е. условия, которые могут сделать его трудоустройство более или менее выгодным для работодателя. Если учесть рассмотренный выше пример, то работодатель в первом случае при найме работника на должность по окладу работодатель еженедельно несет издержки, связанные с 20 часами «неотработанного» времени в неделю. В рассматриваемом нами случае трудоустройство инвалида на условиях неполного рабочего времени с позиции работодателя будет более выгодно. Однако стоит отметить, что наиболее многочисленная группа инвалидов на региональном рынке труда - инвалиды III группы, для которых устанавливается нормальная продолжительность рабочего времени, не отличающаяся от здоровых граждан. Но при выборе юридической формы договора и оценке последствий целесообразно учитывать все обстоятельства инвалидизирующего заболевания, содержание ИПРА инвалида, принимаемого на работу, специфику его должностных обязанностей и т.д.

Количество оплаченного неотработанного рабочего времени отражает количество «неотработанных» часов, которые работодатель оплачивает каждый рабочий день работнику, имеющему инвалидность, согласно российскому законодательству о социальной защите. Данный показатель рассчитывается по формуле:

$$N_{\text{р.в.}} = T_{\text{дн}} - T_{\text{инд}}, \quad (3)$$

где:

$N_{р.в.}$ - количество оплаченного неотработанного рабочего времени вследствие инвалидности;

$T_{дн}$ - норма рабочего времени в день, рассчитанная из учета нормальной продолжительности рабочего времени (40 часов в неделю);

$T_{инд}$ - индивидуальная дневная норма рабочего времени инвалида, установленная законодательством или органами МСЭ и зафиксированная в ИПРА инвалида.

Помимо издержек на оплату «неотработанного рабочего времени», работодатель также несет дополнительные затраты, связанные с трудоустройством инвалида при предоставлении ему более продолжительного ежегодного оплачиваемого отпуска. Стандартный ежегодный основной оплачиваемый отпуск - 28 календарных дней⁷⁸. Отпуск работника-инвалида длиннее стандартного на два дня - 30 дней. Так же как и в случае с нормой рабочего времени, работодатель оплачивает эти два дня отпуска в целях соблюдения законодательства о социальной защите инвалидов.

Другая группа расходов, связанная с трудоустройством инвалида, направлена на оборудование (адаптацию) рабочего места инвалида либо создание специального рабочего места. Специализация рабочего места инвалида включает:

- соблюдение санитарных норм и правил для работы инвалидов⁷⁹;
- выполнение условий ИПРА инвалида, принимаемого на работу.

Работодатель заинтересован в снижении дополнительных издержек, связанных с трудоустройством инвалидов. Тем не менее, зачастую, потребности инвалидов в рабочем месте мало отличаются от обычных рабочих мест в организации. В таком случае дополнительные издержки на адаптацию рабочего места инвалида будут практически отсутствовать. Если различия между санитарно-гигиеническими требованиями для обычных работников и для инвалидов значительно различаются, разница в стоимости создания ра-

⁷⁸ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

⁷⁹ Об утверждении СП 2.2.9.2510-09 : постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 № 30 (вместе с «СП 2.2.9.2510-09. Гигиенические требования к условиям труда инвалидов. Санитарные правила»). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

бочего места становится существенной. В таком случае основную часть дополнительных расходов на переоборудование (создание) рабочего места для инвалида можно рассчитать по формуле:

Затраты на специализацию рабочего места ($Z_{р.м.}$), которые несет работодатель, могут включать затраты на создание специальных условий и обустройство рабочего места для работы инвалида, затраты на адаптацию инвалида на рабочем месте, что можно выразить формулой

$$Z_{р.м.} = Z_{об} + Z_a + Z_{сп}, \quad (4)$$

где:

$Z_{об}$ – затраты на обустройство рабочего места, руб.;

Z_a – затраты на адаптацию инвалида на рабочем месте, руб.;

$Z_{сп}$ – затраты на соблюдение санитарно-гигиенических требований, руб.

Значительное влияние на показатели экономической эффективности занятости инвалидов оказывает возможность их трудоустройства на обычные и специализированные рабочие места. Специализация рабочих мест предусмотрена Федеральным законом от 28.12.2013 N 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», который содержит положения о компенсации затрат работодателей на оборудование этих мест, а также затраты государства на трудовую адаптацию безработных инвалидов, состоящих на учете в органах занятости в качестве безработных.

Эффективность затрат на создание специальных рабочих мест можно определить по формуле:

$$\mathcal{E}_{р.м.} = \frac{12 \text{ мес} \times Ч_{ти} \times \text{ФОТ ср} \times Н}{Ч_{р.м.} (Z_{с.п.} + Z_{р.м.})} \times 100\%, \quad (5)$$

где:

$\mathcal{E}_{р.м.}$ – экономическая эффективность создания специального рабочего места, тыс. рублей;

$12_{мес.}$ – средняя закрепляемость инвалидов на специальном рабочем месте, мес.;

$Ч_{ти}$ – число инвалидов, трудоустроенных на специальные рабочие места за год, человек;

$\Phi OT_{cp.}$ – средний месячный фонд оплаты труда одного трудоустроенного инвалида, тыс. рублей.

H – коэффициент налоговых отчислений с оплаты труда ($H = 0,43$);

$Z_{p.m.}$ – затраты на создание одного рабочего места, тыс. рублей;

$Z_{c.n.}$ – затраты на социальную и профессиональную реабилитацию 1 инвалида, тыс. рублей;

$Ч_{p.m.}$ – количество специализированных рабочих мест, созданных за год, единиц.

Индивидуальный подход к трудоустройству инвалидов различных групп и, как следствие, высокая дифференциация расходов на создание специальных рабочих мест, затрудняет возможность оценки средних затрат на их создание. Для нашего исследования были использованы средние данные по компенсации затрат на создание рабочих мест в рамках реализации программ содействия занятости и «Доступная среда на 2011-2015 годы». Расчет экономической эффективности от создания специальных рабочих мест для инвалидов приведен в таблице 14.

Таблица 14

Экономическая эффективность от создания специальных рабочих мест для инвалидов в регионе

№ п/п	Наименование показателя	Годы			
		2011	2012	2013	2014
1.	Число инвалидов, трудоустроенных на специальные рабочие места, чел.	129	262	331	329
2.	Средняя заработная плата инвалидов за время занятости, в мес., тыс.руб.	11,8	12,0	12,2	12,5
3.	Средний ФОТ трудоустроенных инвалидов на специальные рабочие места за год, млн .руб.	18,3	37,7	48,5	49,4
4.	Средние затраты на создание 1 рабочего места, тыс. руб.	30,0	40,0	60,0	70,0
5.	Средние затраты на реабилитацию 1 инвалида за курс реабилитации	33,6	34,2	34,9	35,1
6.	Экономическая эффективность от создания рабочих мест, %	203,0	154,6	104,9	81,3

*Составлено по материалам отчетов департамента труда и занятости Воронежской области за 2011-2014 гг.

Как видно из таблицы 14, соотношение экономических выгод в виде налоговых отчислений от трудоустройства инвалидов на специальные рабочие места к затратам на их создание в разные годы колеблется от 13 до 20 месяцев. Средняя окупаемость затрат на специализацию рабочих мест составляет 16,5 месяцев.

По нашему мнению, рациональность трудоустройства инвалида на имеющееся рабочее место, можно оценить с точки зрения минимизации затрат на подготовку инвалида к труду и наличия соответствующих условий труда. Таким образом, если затраты на профессиональную подготовку инвалида сведены к минимуму, а вредные воздействия – меньше или равны значениям, допустимым для его трудоустройства, то данное рабочее место может быть рекомендовано безработному инвалиду в качестве подходящего.

Бытующее убеждение о том, что норма выработки работника–инвалида всегда ниже, чем здорового работника, при нулевой степени ограничения к труду ($K=1$) не подтверждается в случае рационального трудоустройства, учитывающего особенности инвалида, выполнения требований к организации рабочего места, состоянию окружающей среды и уровню профессионально-трудовой подготовки. Однако, на наш взгляд, проблеме интеграции инвалидов в сферу труда еще уделяется недостаточное внимание, в результате труд инвалидов мало востребован, что ведет к недополучению ВРП и отчислению в бюджет в виде налогов.

Расчет объема ВРП и налоговых поступлений от интеграции инвалидов в трудовую деятельность, произведенный автором, а также оценка недопроизведенной доли ВРП и недополученных налогов, свидетельствуют о неэффективном использовании трудовых ресурсов, связанном с безработицей инвалидов. Полученные данные за 2010-2014 годы приведены в таблице 15.

Таблица 15
Экономическая эффективность и потери от безработицы инвалидов, за 2010 – 2014 гг.*

№ п/п	Показатели	Годы				
		2010	2011	2012	2013	2014
1	Объем ВРП по Воронежской обл., млн. руб.	301729,1	346568,2	474973,9	503965,4	606667,7

2	Среднегодовая численность занятых в экономике региона, тыс. чел.	1053,8	1054,3	1057,9	1057,0	1055,3
3	Средний объем ВРП, произведенный одним работающим за год, тыс. р.	286,3	328,7	448,9	533,5	547,8
4	Численность безработных инвалидов, состоящих на учете в службе занятости и трудоустроенных за год, чел.	2945	2176	2306	3247	3692
5	Численность трудоустроенных инвалидов в результате реализации программ занятости, тыс. чел.	1,8	1,9	1,6	1,5	1,3
6	Темп изменения численности трудоустройства инвалидов, состоящих на учете в службе занятости, %	100	73,9	78,3	110,4	125,5
7	Объем ВРП, произведенный трудоустроенными инвалидами, с учетом коэффициента снижения производительности труда (п.3 x п.4 x K=0,9), млн р.	463,8	562,0	646,4	720,2	672,5
8	Численность нетрудоустроенных инвалидов, состоящих на учете в службе занятости, на конец отчетного периода, чел.	1142	276	706	1747	2392
9	Недополученный объем ВРП, не произведенный инвалидами, оставшимися безработными, состоящими на учете в службе занятости, с учетом коэффициента снижения производительности труда K=0.6, (с.3 x с.7 x K), млн р.	294,3	81,6	285,2	838,8	1237,4
10	Темп изменения недополученного объема ВРП в Воронежской области, %.	100	27,7	96,9	285,0	420,4
11	Поступление в бюджет от налоговых отчислений трудоустроенных инвалидов, состоящих из налога на доходы физических лиц, взносы в ПФР, ФСС, ФФОМС (п.7 x 0,43), млн р.	199,4	241,6	277,9	309,7	289,2

12	Размер недополученных доходов бюджетом, (п 9 х 0,43), млн р.	126,5	35,1	122,6	360,7	532,1
----	--	-------	------	-------	-------	-------

* Рассчитано по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Воронежской области, департамента труда и занятости Воронежской области за 2010-2014 гг.

Анализ полученных результатов свидетельствует о выраженном экономическом эффекте, достигаемом от вовлечения безработных инвалидов в сферу труда, составившим за пять лет 3064,9 млн. руб. (в среднем за год 612,9 млн р.) произведенного ВРП, и более 1300,0 млн. налоговых поступлений (в среднем 263 млн. в год). В то же время неэффективное использование рабочей силы лиц с инвалидностью ведет к недопроизводству ВРП, которое только за счет нетрудоустройства инвалидов, состоящих на учете в региональной службе занятости в качестве безработных, составляет в среднем за год более 540,0 млн. руб., а среднегодовой объем недопроизведенного ВРП неработающими инвалидами, имеющими трудовые показания и нетрудоустроенных за отчетный период, превысил 1,100 млрд р., при этом налоговые отчисления, недопоставшие в консолидированный бюджет, в среднем за год составили более 230 млн. руб.

Среднюю величину снижения затрат Эм.ср. на материальную поддержку инвалидов, полученную за счет уменьшения сроков пребывания инвалидов в качестве безработных, зарегистрированных в службе занятости, можно определить следующим образом:

$$\text{Эм.ср.} = (\text{Т}_{\text{макс}} - \text{Т}_{\text{ф. ср.}}) \times \text{Пб. ср.} \times \text{Ч. инв.} \quad (6)$$

где:

$\text{Т}_{\text{макс}}$ – максимально допустимые сроки пребывания на учете в службе занятости в качестве безработного (по законодательству до 11 мес.);

$\text{Т}_{\text{ф. ср.}}$ – средние фактические сроки получения инвалидом пособия по безработице до его трудоустройства, мес.;

$\text{П}_{\text{б. ср.}}$ – средний размер пособия по безработице инвалидов, р.;

$Ч_{инв.}$ – численность инвалидов, получивших мероприятия содействия занятости и трудоустроенных службой занятости в отчетном периоде, чел.

Средние показатели экономии средств на выплату пособий безработным инвалидам за счет реализации программ содействия занятости и сокращения сроков их трудоустройства региональными органами занятости Воронежской области приведены в табл. 16.

Таблица 16

Экономия средств за счет снижения затрат на выплату пособий по безработице в связи с трудоустройством инвалидов, получивших мероприятия по содействию занятости за 2010 – 2014 гг.*

№ п/п	Показатели	Годы				
		2010	2011	2012	2013	2014
1.	1. Количество трудоустроенных инвалидов, получивших мероприятия содействия занятости, тыс. чел.	1,8	1,9	1,6	1,5	1,3
2.	2. Средняя продолжительность безработицы инвалидов, мес.	4,0	3,8	3,4	1,8	1,6
3.	3. Снижение сроков продолжительности безработицы по отношению к максимальной (11 мес.)	7,0	7,2	7,6	9,2	9,4
4.	4. Средний размер пособий, руб.	2875	2875	2875	2875	2875
5.	5. Экономия средств за счет сокращения сроков безработицы (п.1 x п.3 x п.4), млн. руб.	36,2	39,3	34,9	47,6	35,1

* Рассчитано по данным статотчетности органов занятости Воронежской области за 2010-2014 гг.

Экономические потери от инвалидизации населения можно рассчитать как сумму упущенной выгоды в производстве ВРП (объема недопроизведенного ВРП) из-за выбытия из экономики региона человека вследствие инвалидности. Экономические потери от инвалидизации населения рассчитываются по полу, возрасту и группе инвалидности (далее - дифференцирующие факторы для целей расчета экономических потерь от инвалидизации населения).

При расчете экономических потерь от инвалидизации населения учитывается общая численность инвалидов в отчетном году независимо от года установления инвалидности. Экономические потери от инвалидизации населения рассчитываются как разница между объемом ВВП, который мог

бы быть создан гражданами, ставшими инвалидами (произведение численности инвалидов на ВВП в расчете на 1 занятого с учетом уровня занятости соответствующей половозрастной группы населения), и объемом ВВП, созданным работающими инвалидами (произведение численности инвалидов на ВВП в расчете на 1 занятого с учетом уровня занятости инвалидов соответствующей группы, а также сокращенной продолжительности рабочего времени и увеличенной продолжительности отпуска инвалидов). Расчет экономических потерь от инвалидизации населения осуществляется по следующей формуле:

$$\text{ЭПИ}_g = \frac{\text{ВРП}}{\text{Ч}_{\text{срзан}}} \times (\text{ЧИ}_{\text{нез}_g} \times \text{Kg}), \quad (7)$$

где:

ЭПИ_g – экономические потери в производстве ВРП (объем недопроизведенного ВРП) в результате инвалидности (группы – g);

ВРП – валовый региональный продукт, произведенный за год;

$\text{Ч}_{\text{срзан}}$ – численность граждан, занятых в экономике региона;

$\text{ЧИ}_{\text{нез}_g}$ – численность инвалидов (по группам инвалидности);

Kg – поправочный коэффициент, учитывающий увеличенную продолжительность отпуска инвалидов и сокращение рабочего времени⁸⁰, поправочный коэффициент для работающих инвалидов I и II групп инвалидности $\text{Kg} = 0,8674$, для III группы инвалидности $\text{Kg} = 0.991$).

Оценка экономических потерь от неэффективного использования рабочей силы инвалидов трудоспособного возраста, незанятых в экономике, за 2014 г. приведена в табл. 17. В случае со скрытой незанятостью рабочей силы инвалидов недопроизводство ВРП составляет до 50 млн. за рассматриваемый период.

⁸⁰ Об утверждении Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения : приказ Минэкономразвития России № 192, Минздравсоцразвития России № 323н, Минфина России № 45н, Росстата № 113 от 10.04.2012. – Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».

Экономические потери от неэффективного использования трудовых ресурсов инвалидов за 2014 г.

№ п/п	Показатели	Количество
1.	Валовый региональный продукт, млн. руб.	606667,7
2.	Среднегодовая численность населения региона, занятого в экономике, чел.	1055,3
3.	Среднегодовой ВРП, произведенный 1 человеком, занятым в экономике, за год, тыс. руб	574,8
4.	Общая численность граждан трудоспособного возраста, признанных в установленном порядке инвалидами и состоящих на учете в Отделении Пенсионного Фонда РФ по Воронежской области, тыс. чел., из них:	160,2
5.	Инвалиды I группы	17,6
6.	Инвалиды II группы	56,1
7.	Инвалиды III группы	86,5
8.	Общая численность инвалидов трудоспособного возраста, незанятых в экономике, тыс. чел., из них:	96,0
9.	Инвалиды I группы	10,6
10.	Инвалиды II группы	30,7
11.	Инвалиды III группы	54,7
12.	Объем непроектированного ВРП за год вследствие скрытой безработицы инвалидов, тыс. руб., в том числе:	49662,7
13.	Вследствие инвалидности I группы	5284,9
14.	Вследствие инвалидности II группы	15306,5
15.	Вследствие инвалидности III группы	31158,6

* Рассчитано по данным статотчетности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области», Федеральной службы государственной статистики 2010-2014 гг.

По мнению автора, социальная эффективность проявляется в повышении уровня социальной адаптированности и степени интегрированности в общество. Таким образом, мерой социальной эффективности может выступать сопоставление поставленных целей с результатами выполнения мероприятий социальной реабилитации инвалидов, предусмотренных ИПРА.

Оценка социальной эффективности может быть проведена, исходя из экспертных оценок состояния инвалида, проводимых органами медико-социальной экспертизы при повторном освидетельствовании инвалидов и контроле за качеством выполнения ИПРА после проведения мероприятий реабилитации или абилитации, осуществляемых в ходе очередного освидетельствования инвалида. Оценка проводится по следующим показателям:

- наличие реабилитационного потенциала;

- реабилитационный прогноз при реализации реабилитационных мероприятий;
- степень восстановления или снижения ограничений жизнедеятельности;
- степень возможной интеграции в трудовую деятельность.

Трудовая деятельность - один из наиболее важных показателей профессиональной реабилитации. Трудоустройство инвалида может осуществляться в обычных условиях по его прежней или по вновь приобретенной профессии, а так же в специально созданных условиях и на дому. Современные технологии позволяют организовать дистанционное рабочее место для инвалида в домашних условиях.

Анализ достижения показателей реабилитированности, приведенный по данным МСЭ показывает, что до 60% инвалидов, имеющих трудовые показатели, возвращаются к трудовой деятельности в обычных условиях. Помимо реабилитации инвалидов, их социально-экономической безопасности способствует адаптация окружающей среды к специфическим потребностям инвалидов. Однако рациональная адаптация социальной инфраструктуры, окружающей среды имеет большое значение для гораздо более широкой категории лиц, маломобильной группы населения (МГН), к которым отнесены:

- лица старшей возрастной группы (60 лет и старше);
- инвалиды трудоспособного возраста;
- дети-инвалиды до 16 лет;
- дети до 8 - 10 лет;
- пешеходы с детскими колясками;
- временно нетрудоспособные.

Проект трудоустройства инвалидов на специализированные рабочие места должен реализовываться с опорой на сотрудничество органов занятости, медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов. Схематично взаимодействие учреждений различной ведомственной подчиненности при реализации трудоустройства инвалидов на специальные места показана на рис. 20.

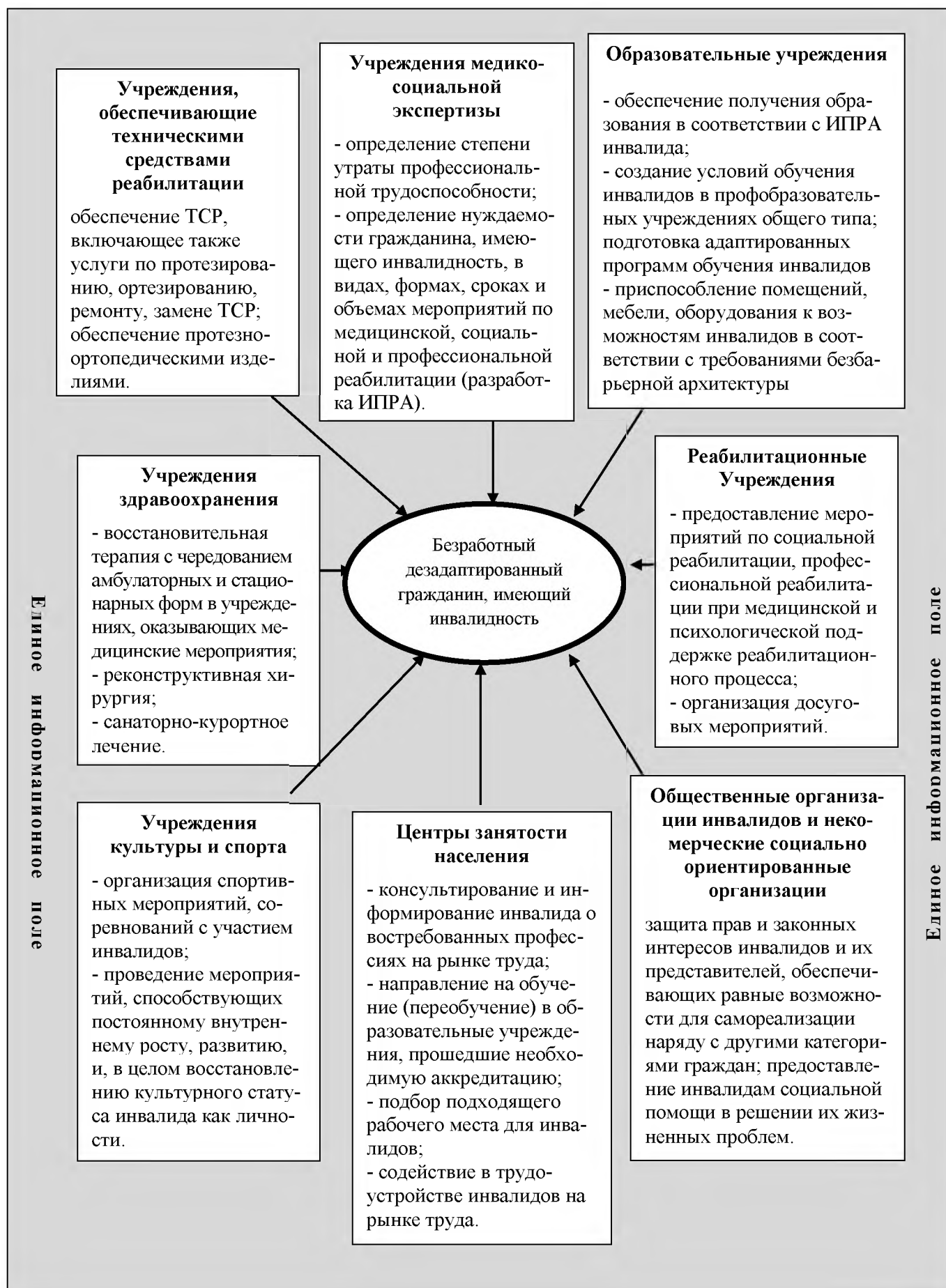


Рис. 20 – Взаимодействие основных социальных партнеров, заинтересованных в профессиональной реабилитации инвалидов

Это вызвано тем, что непосредственно социально-профессиональная реабилитация, как комплекс мер включающих, как отмечалось выше, мероприятия профориентации, профессионального обучения (переобучения), трудовой адаптации, содействия в трудоустройстве, в том числе и на специально оборудованные рабочие места, является не только функцией органов занятости, но и других специализированных учреждений. Поэтому в реализации мероприятий по профессиональной реабилитации в регионе задействованы БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» и другие организации, заинтересованные в обеспечении социально-экономической безопасности инвалидов трудоспособного возраста.

Помимо мероприятий содействия занятости инвалидов на основе специализации рабочих мест, центры занятости населения реализуют программы профориентации, профобучения и другие в рамках программы содействия занятости населения, способствующих снижению безработицы инвалидов и повышающих их социально-экономическую защищенность. Данные мероприятия в полном объеме невозможно осуществить в рамках одного ведомства.

Достижимый в результате взаимодействия синергетический эффект позволяет повысить качество предоставления государственных мероприятий реабилитации и занятости инвалидов и направлен на повышение их конкурентоспособности на региональном рынке труда, увеличение реальных доходов инвалидов, помимо пенсионного обеспечения, социализацию и интеграцию посредством трудоустройства и в жизнь общества.

Инвалидность, какое бы происхождение она не имела, всегда связана с социальной недостаточностью, в том числе и в отношении к труду. Преодоление социальной недостаточности методами профессиональной реабилитации инвалидов, а так же путем адаптации окружающего простран-

ства позволяет инвалиду посильно участвовать в общественном производстве.

Состояние инвалидности сопряжено с рядом рисков медико-социальных, экономических, социальных, психологических. Наиболее уязвимы инвалиды относительно социально-экономической безопасности, так как ограничены в выборе трудовой деятельности и соответственно в получении трудовых доходов. В качестве основных социальных эффектов, достигаемых путем инвестиций в содействие занятости людей с ограниченными возможностями здоровья отметим следующие:

- снижение безработицы на сегменте рынка труда инвалидов;
- повышение уровня доходов населения;
- улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями;
- снижение выплат по безработице;
- снижение социальной напряженности;

Таким образом, социальная, профессиональная реабилитация инвалидов, включающая оценку их профессиональных потенциальных возможностей, профессиональную ориентацию, профессиональную подготовку или переподготовку, а так же их рациональное трудоустройство, не только позволяет реально повысить уровень жизни инвалидов, обеспечить их социально-экономическую безопасность и интеграцию в общество, но и экономически выгодно для государства. Это связано с тем, что вложенные в реабилитацию средства позволяют в последующем получать дополнительный доход за счет налогов в бюджет государства. Социальный эффект, который имеет первостепенную важность, уже в первом году эффективной реализации мероприятий социальной и профессиональной реабилитации инвалидов обеспечит снижение уровня безработицы инвалидов, увеличение доходов рассматриваемой категории на 30-60%, что, в конечном итоге, позволит снизить уровень социальной напряженности на региональном рынке труда.

Создание специализированных рабочих мест, учитывающих особые потребности инвалидов, организация дисциплинированной работы позволяет

инвалидам приобрести не только дополнительный доход, но и интегрироваться в общество в целом, обрести психологическое равновесие. Суммарный эффект от интеграции инвалидов в общество и трудовую деятельность выражается в социальной эффективности и экономической эффективности.

Реализация межведомственного взаимодействия основных социальных партнеров организационных структур системы интеграции инвалидов в сферу труда (социальных партнёров) позволит связать воедино комплекс социальных, профессиональных реабилитационных мероприятий и трудоустройство инвалидов через профессиональную подготовку инвалида в специальном реабилитационном учреждении, трудовой адаптации на специальном адаптированном рабочем месте. Гарантией эффективности механизма являются существенные материальные стимулы для работодателей и организаций, осуществляющих профессиональную реабилитацию, а также государственный контроль за реализацией социальной политики в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья.

Проведенные в настоящей главе диссертационного исследования обобщения теории и практики социально-экономической безопасности инвалидов позволяют констатировать, что в регионе сложилась определенная система интеграции инвалидов в сферу труда. Однако ее эффективность недостаточно высока, в связи с этим уровень занятости инвалидов остается крайне низким на фоне возросшего числа трудоустроенных инвалидов на специальные рабочие места. Преодоление сложившейся ситуации требует:

1. Совершенствования законодательства, направленного на обеспечение социально-экономической безопасности инвалидов, включающего развитие и специализацию рабочих мест, подходящих для инвалидов, реабилитацию и трудовую адаптацию инвалидов.

2. Создания на основе долгосрочных концепций специальных целевых программ содействия занятости инвалидов, включающих совершенствование технологий работы органов занятости, развитие сети

учреждений, улучшающих трудовые качества инвалидов, осуществляющих профессиональную подготовку и переподготовку инвалидов и другое.

3. Развития сети реабилитационных учреждений, в частности, профреабилитационной направленности, с возможностью предоставления комплексных услуг реабилитации инвалидов при медицинском и психологическом сопровождении и в тесном взаимодействии с региональными центрами занятости населения, обеспечивающими их занятость.

4. Совершенствования научно-исследовательской и методической работы, в том числе создания научно-методической литературы по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, включающей информацию об учреждениях, реализующих мероприятия индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов, об особенностях труда инвалидов с точки зрения трудового законодательства и законодательства о социальной защите, об организации специальных рабочих мест, специфике трудовой адаптации инвалидов на рабочем месте и в трудовом коллективе и др.

5. Подготовки квалифицированных кадров в области социальной защиты, социальной и профессиональной реабилитации, содействия занятости, эргономики труда, осуществляющих мероприятия социальной и профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

6. Совершенствование механизма взаимодействия всех участников реабилитационного процесса по поводу интеграции людей с ограниченными возможностями в сферу труда и обеспечения их социально-экономической безопасности.

7. Усиления контроля за реализацией мероприятий индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов и оценки её эффективности.

Заключение

Проведенное исследование позволило изучить состояние системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов как основы социально-экономической безопасности инвалидов в регионе и разработать практические рекомендации по повышению эффективности процесса социальной и профессиональной реабилитации и содействия занятости в современных экономических условиях. На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Вопросы трудовой занятости и обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов на протяжении ряда лет остаются актуальными в любом обществе. Трудовая деятельность для человека выступает важным условием полноценной жизнедеятельности. Она является не только способом обеспечения своего существования, но и возможностью реализации своих интеллектуальных, коммуникативных, творческих, профессиональных способностей. Трудовая деятельность является фактором приобщения человека к общественным ценностям, позволяющим каждому гражданину уважать себя, осознавать свою индивидуальность, быть полноценной частью современного социума. Инвалидность, представляющая собой социальный феномен, присуща каждому обществу, поэтому каждое государство сообразно уровню своего развития, приоритетам и возможностям формирует социальную политику в отношении инвалидов, направленную на реализацию инвалидами права на достойный труд, обеспечение социальной и экономической безопасности граждан.

2. За длительный исторический период концептуальное осмысление понятия инвалидности находит отражение в различных концепциях. Главный акцент традиционной концепции делается на отличиях инвалидов от других граждан, выраженных в органических патологиях, что способствует социальной изоляции и дискриминации инвалидов. В большей степени современные реалии отражает социокультурная концепция инвалидности и концепция независимой жизни инвалидов. Их

коренное отличие от традиционной концепции заключается в признании необходимости интеграции инвалидов в жизнь общества путем социальной и профессиональной реабилитации, преобразования среды жизнедеятельности и обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов.

3. Основанием профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов является конституционное право каждого гражданина на труд, гарантированные законодательными актами меры социальной защиты и содействия занятости, законодательные нормы, устанавливающие дополнительные виды содействия занятости для лиц с инвалидностью.

В свете принятия и ратификации Российской Федерацией «Конвенции ООН о правах инвалидов» в настоящее время трудоустройству инвалидов уделяется пристальное внимание как на федеральном, так и региональном уровнях. Развитие трудового потенциала инвалидов усилилось в период реализации программы «Доступная среда», включающей мероприятия по профессиональной ориентации безработных инвалидов, психологической поддержке, содействию в трудоустройстве на специальные рабочие места, производственной адаптации, а также меры по адаптации объектов социальной инфраструктуры под нужды инвалидов с серьезными нарушениями здоровья. Однако уровень трудоустройства людей с ограниченными возможностями по-прежнему остается невысоким, а продолжительность безработицы выше по сравнению с другими гражданами. Таким образом, поиск рациональных решений по интеграции инвалидов в сферу труда, обеспечении их социально-экономической безопасности, особенно в период экономического спада в Российской Федерации, приобретает важное значение как для самих инвалидов, так и для экономики страны в целом.

4. Изучение зарубежного и отечественного опыта реабилитации и содействия занятости инвалидов позволило сформулировать и классифи-

цировать факторы социально-экономической безопасности инвалидов, включающее нормативно-правовые, социально-экономические, производственно-технологические факторы. Автором выявлены причины низкого уровня занятости рассматриваемой нами категории граждан, который зависит от макроэкономических условий, социально-экономических факторов и условий развития региона, особенностей формирования спроса и предложения рабочей силы инвалидов, специфики рабочей силы инвалидов.

5. Оценка потребности инвалидов в мероприятиях социальной и профессиональной реабилитации показала высокую нуждаемость респондентов в профессиональной ориентации, профессиональном обучении (переобучении), содействии занятости, трудовой адаптации (до 70%). Вместе с тем, разработанный органами медико-социальной экспертизы комплекс реабилитационных мероприятий, отраженный в индивидуальных программах реабилитации (абилитации), не учитывает пожелания самих инвалидов в отношении их нуждаемости в тех или иных формах и видах реабилитации. Соответственно, эффективность реабилитационного процесса для восстановления социального статуса инвалида и ведения полноценной социально-экономической жизни оценивается им невысоко.

6. Основной целью социальной и профессиональной реабилитации инвалидов является подготовка инвалидов трудоспособного возраста к труду. С одной стороны, труд способствует социализации и интеграции инвалида в общество, обеспечивая тем самым экономическую самостоятельность человека. С другой — обеспечивает пополнение экономики региона за счет привлечения дополнительных финансовых средств от налоговых поступлений привлеченных безработных инвалидов.

7. Базисным элементом социальной и профессиональной реабилитации инвалида является оценка потенциальных профессиональных возможностей и ограничений, связанных с

имеющимися у инвалида функциональными нарушениями. Такой подход при комплексном межведомственном взаимодействии социальных партнеров по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов позволяет создать механизм наиболее полного использования потенциала инвалидов трудоспособного возраста и обеспечения их социально-экономической безопасности.

8. Реализация мероприятий индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов, программ содействия занятости и других обеспечивают переход граждан из статуса иждивенцев в статус налогоплательщиков, а значит, привлекает дополнительные налоговые потоки, формируемые региональный бюджет. Инвестиции в социально-профессиональную реабилитацию являются возвратными за счет дополнительных налоговых поступлений и «окупаются», в среднем, за 16,5 месяцев трудовой занятости инвалидов. Поэтому государство обязано расширить свое финансовое участие на всех этапах социальной и профессиональной реабилитации.

9. Невысокая занятость среди инвалидов является следствием несовершенства системы социальной и профессиональной реабилитации, направленной на обеспечение социально-экономической безопасности инвалидов. В связи с этим автором обоснованы рекомендации по совершенствованию системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, разработана структурно-функциональная модель межведомственного взаимодействия по интеграции инвалидов в сферу труда (на примере Воронежской области), способствующая полноценной интеграции людей с ограниченными возможностями в жизнь общества.

Результат повышения эффективности работы региональной системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов можно выразить социально-экономическим эффектом на уровне индивидуума, имеющего ограничения по состоянию здоровья, заключающимся в восстановлении социального и профессионального статуса инвалида, улучшении его

материального положения, а также на уровне региона в целом, выражающимся увеличением экономически активного населения за счет интеграции в сферу труда инвалидов и соответственным ростом объёмов регионального валового продукта.

10. В диссертационном исследовании обоснован методический подход к оценке социально-экономической эффективности интеграции инвалидов в социально-трудовые отношения, достигаемой посредством социальной и профессиональной реабилитации и имеющей социальную и экономическую значимость, определяемую как на уровне личности с инвалидностью, так и на уровне региона в целом.

Исследование вопросов социальной и профессиональной реабилитации инвалидов Воронежской области позволило выявить как наиболее сильные стороны, позволяющие получать результаты реабилитированности, сопоставимые со средним уровнем, сложившимся в Российской Федерации, так и направления, нуждающиеся в повышении эффективности, принципиально значимым из которых является совершенствование взаимодействия социальных партнеров, задействованных в решении задач социальной и профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Полученные результаты исследования применимы для использования в других регионах при формировании региональной системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, в практической деятельности реабилитационных учреждений. Таким образом, цели и задачи исследования выполнены полностью.

Тем не менее, полученные теоретические и практические результаты исследования, имеют большое значение для дальнейшего совершенствования и повышения эффективности региональной системы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и не являются исчерпывающими. С целью подготовки инвалидов к труду требуются исследования профессиональных рисков при трудоустройстве инвалидов

на рабочие места, обоснование порядка аттестации рабочих мест, подходящих для трудоустройства инвалидов с определёнными видами заболеваний, установления норм производительности труда в зависимости от нозологической группы болезни и тяжести инвалидности, исследования других вопросов, способствующих преодолению социальных последствий инвалидности.

Список использованных источников

1. Всеобщая декларация прав человека : [принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. Конвенция о защите прав человека и основных свобод : [заключена в Риме 04.11.1950] (с изм. от 13.05.2004). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Конвенция о правах инвалидов : [заключена в Нью-Йорке 13.12.2006]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
4. Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12.12.1993] (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы : постановление Правительства РФ от 17.03.2011 № 175 (ред. от 11.09.2012). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
6. О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации : федер. закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ (ред. от 28.11.2015, с изм. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. О занятости населения в Российской Федерации : федер. закон от 19.04.1991 № 1032-1 (ред. от 09.03.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
8. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

9. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 29.09.2014 г. № 664н // Рос. газ. – 2014. – 12 дек.

10. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики : указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

11. О минимальных нормах социального обеспечения : конвенция № 102 Междунар. организации труда : [заключена в Женеве 28.05.1952]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

12. О переквалификации инвалидов : рекомендация № 99 Междунар. организации труда : [принята в Женеве 22.06.1955] (с изм. от 20.06.1983) // Конвенции и рекомендации, принятые Междунар. конференцией труда, 1919–1956. – Женева : Международное бюро труда, 1991. – Т. 1. – 1172 с.

13. О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов : рекомендация № 168 Междунар. организации труда : [принята в Женеве 20.06.1983]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

14. О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов : конвенция № 159 Междунар. организации труда : [заключена в Женеве 20.06.1983]. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

15. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

16. Об образовании в Российской Федерации : федер. закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

17. Об определении степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве : приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.02.2005 № 160 // Бюл. нормативных актов федер. органов исполн. власти. – 2005. – № 16. – С. 149–151.

18. Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 29.01.2014 № 59н // Рос. газ. – 2014. – 9 июля.

19. Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 04.08.2014 № 515. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

20. Об утверждении Методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения : приказ Минэкономразвития России № 192, Минздравсоцразвития России № 323н, Минфина России № 45н, Росстата № 113 от 10.04.2012. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

21. Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности : приказ Минтруда России от 19.11.2013 № 685н. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

22. Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы : приказ Минтруда России от 11.10.2012 № 310н // Рос. газ. – 2012. – 28 дек.

23. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм : приказ Минтруда России от 31.07.2015 № 528н (ред. от 27.01.2016). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

24. Об утверждении СП 2.2.9.2510-09 : постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 № 30 (вместе с «СП

2.2.9.2510-09. Гигиенические требования к условиям труда инвалидов. Санитарные правила»). – Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».

25. Об утверждении СП 2.2.9.2510-09 «Гигиенические требования к условиям труда инвалидов» : постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2009 № 30 (вместе с «СП 2.2.9.2510-09. Гигиенические требования к условиям труда инвалидов. Санитарные правила»). – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

26. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов : [приняты в Нью-Йорке 20.12.1993 Резолюцией 48/96 Генеральной ассамблеи ООН]. – Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/abro/8670> (дата обращения: 20.04.2016).

27. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2015). – Доступ из справ.-правовой системы «Консультант-Плюс».

28. Абашидзе А. Х. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов / А. Х. Абашидзе, В. С. Маличенко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 32–36.

29. Адресная социальная политика в отношении инвалидов: перспективы и направления реформирования : проект / рук-ль Т. М. Малева ; Независимый институт социальной политики (НИСП). – М., 2014. – 36 с.

30. Акофф Р.Л. Системы, организации и междисциплинарные исследования // Системные исследования. Ежегодник, 1969. - М., 1969. С. 143-164.

31. Андреева О. С. Роль медико-социальной экспертизы в профессиональной реабилитации инвалидов / О. С. Андреева, М. А. Дымочка // Медико-социальные проблемы инвалидности, 2016. - №1. – С. 7-12.

32. Андреева О. С. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов / О. С. Андреева, В. С. Сазонова, Д. П. Рязанов [и др.]. – М. : ЦИ-ЭТИН, 1996. – 325 с.

33. Антропов В. В. Социальная защита в странах Европейского союза. История, организация, финансирование, проблемы / В. В. Антропов. – М. : Экономика, 2006. – 271 с.
34. Бай Ю. А. Аналитическая справка к заседанию президиума правительства Воронежской области от 15 декабря 2014 года по вопросу «О системе мер, направленных на содействие занятости инвалидов» / Ю. А. Бай. Воронеж, 2014. – 25 с.
35. Баранов А. П. О возможности структуризации понятия «безопасность системы» / А. П. Баранов, В. Р. Григорьев // Проблемы внутренней безопасности России в XXI веке: материалы конференции / науч. ред. В. А. Возжеников. М.: ЗАО «ЭДАС-ПАК», 2001. – С. 37
36. Береговая Д. А. Оценка потенциала занятости представителей социально незащищенных категорий населения : методические рекомендации / Д. А. Береговая, С. А. Константинов, А. А. Круглова. – Саратов : Изд-во Поволж. межрегион. учеб. центра, 2002. – 39 с.
37. Бондаренко Л. Ф. Регулирование занятости социально незащищенных категорий населения региона / Л. Ф. Бондаренко. – Брянск : Клинцовская городская типография, 1995. – 155 с.
38. Борисов А. Б. Большой экономический словарь / А. Б. Борисов. – М. : Книжный мир, 2003. – 895 с. – Режим доступа: <https://tochka.com/info/glossary/?srch-эффективность> (дата обращения: 19.02.2016).
39. Боровик В. С. Занятость населения / В. С. Боровик, Е. Е. Ермакова, В. А. Похвощев. – Ростов н/Д. : Феникс, 2001. – 320 с.
40. Волков А. Швеция : социально-экономическая модель / А. Волков. – М., 1991. – 69 с.
41. Воробьев Ю.Л. Комплексная безопасность человека / Воробьев Ю. Л., Акимов В.А., Соколов Ю.И. - М.: ВНИИ ГОЧС (ФЦ), 2011. - 360 с.

42. Воронин В.П. Экономическая теория [Текст]: учеб. пособие, 2-е изд., доп., для студентов неэкономических специальностей/ В.П. Воронин, И.М. Подмолодина, О.В. Королева. – Воронеж, 2014.- 173 с.
43. Воронин В.П. Методологические подходы к анализу экономической безопасности рыночной среды / В. П. Воронин, И. М. Подмолодина, Е. С. Аксенова, Ю. И. Петренко // Воронеж. гос. ун-та инженерных технологий. – Воронеж, 2014 № 2(60). С. 172-176.
44. Галаганов В. П. Право социального обеспечения : учебник / В. П. Галаганов. – М. : КноРус, 2010. – 511 с.
45. Гацалов М.М. Современный экономический словарь-справочник. - Ухта: УГТУ,2002.-371с.
46. Генкин Б. М. Экономика и социология труда : учебник / Б. М. Генкин. – М. : НОРМА : ИНФРА-М, 2010. – 416 с.
47. Голенкова З. Т. Основные тенденции трансформации социальных неравенств / З. Т. Голенкова // Россия : трансформирующееся общество / под ред. В. А. Ядова. – М. : КАНОН-пресс-Ц, 2001. – С. 90–103.
48. Гонтмахер Е. Ш. Россия : на пути к равным возможностям / Е. Ш. Гонтмахер, А. В. Клепиков. – М., 2009. – 54 с. – Режим доступа: http://www.unrussia.ru/sites/default/files/doc/russia_on_the_pat_ru.pdf (дата обращения: 20.02.2016).
49. ГОСТ Р 53873-2010. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов. – Введ. 2011-10-01. – Режим доступа: <http://docs.pravo.ru/document/view/22517319/> (дата обращения: 26.04.2016).
50. ГОСТ Р 53874-2010. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. – Введ. 2011-10-01. – Режим доступа: <http://vsegost.com/Catalog/51/51159.shtml> (дата обращения: 25.04.2016).
51. ГОСТ Р 54738-2011. Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов. – Введ. 2013-04-01. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/gost-r-54738-2011> (дата обращения: 25.04.2016).

52. Гусева. Н. К. Некоторые вопросы модернизации государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, М. В. Дюютова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 36–40.

53. Гущин А. В. Социально-правовые проблемы медицинской экспертизы / А. В. Гущин, Н. Н. Тигишвили // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 3. – С. 27–31.

54. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: избр. ст. / под ред. Л. В. Беловинский]. - М. : ОЛМА Медиа Групп, 2009. - 573 с.

55. Дуракова И. Б. Тенденции изменений в управлении человеческими ресурсами / И. Б. Дуракова // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, - 2008, №2. – С. 21-26.

56. Дуракова И. Б. Здоровье кандидата при найме. Некоторые аспекты исследования // Известия академии труда и занятости. М: Российская государственная академия труда и занятости, 1999. - №3-4. – С. 194-198.

57. Дуракова И. Б. Нереализованный потенциал: персонал-маркетинговый подход к решению проблемы (опыт предприятий германии) // вестник воронежского государственного университета. Серия: экономика и управление , 2010.- №1. - С. 128-133.

58. Ефремов А. В. О некоторых вопросах, связанных с назначением пенсии по инвалидности лицам, проходившим военную службу в других государствах (по материалам судебной практики) / А. В. Ефремов // Право в Вооруженных Силах. – 2014. – № 6. – С. 39–44.

59. Жигарева Н. П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты : учеб.-практ. пособие / Н. П. Жигарева. – М. : Дашков и К°, 2011. – 206 с.

60. Замараева З. П. Социальная защита : учеб. пособие / З. П. Замараева. – Пермь : Перм. гос. ун-т, 2009. – 244 с.

61. Зязин В. Н. Система потребительских бюджетов и трудоустройство инвалидов / В. Н. Зязин // Уровень жизни населения регионов России. – 2009. – № 7. – С. 55–61.
62. Ильина К. С. Взаимодействие социальных партнеров на региональном рынке труда / К. С. Ильина, С. П. Ильин. – М. : ЛЕНАНД, 2005. – 120 с.
63. Инвалиды в России : причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики : сб. статей / Т. М. Малева, С. А. Васин, О. Ю. Голодец [и др.] ; Бюро экономического анализа. – М. : РОС-СПЭН, 1999. – 368 с.
64. Инновационная экономика : занятость, трудовая мотивация, эффективность труда : монография / под ред. Л. С. Чижовой ; Ин-т макроэкон. исслед. – М. : Экономика, 2011. – 430 с.
65. Исследования по общей теории систем: Сборник переводов / Общ. ред. и вст. ст. В. Н. Садовского и Э. Г. Юдина. – М.: Прогресс, 1969. – 520 с.
66. Кавокин С. Н. Учебное пособие по социальной, профессиональной адаптации, профессиональному консультированию и профессиональному трудоустройству студентов из числа лиц с ограничениями / С. Н. Кавокин. – М. : МНЭПУ, 2008. – 150 с.
67. Карасева Л. А. Организация системы профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации и пути ее оптимизации / Л. А. Карасева. – СПб. : Знакъ, 2010. – 222 с.
68. Карелова Г. Для повышения профессиональной реабилитации и занятости инвалидов необходимо использовать весь спектр современных возможностей / Г. Карелова. – Режим доступа: <http://council.gov.ru/events/news/61219/> (дата обращения: 23.02.2016).
69. Карпухин. Д. В. Нормативные и правоприменительные аспекты оказания социальной помощи лицам без определенного места жительства и рода занятий / Д. В. Карпухин // Жилищное право. – 2013. – № 11. – С. 25–38.

70. Колесникова О. А. Региональный рынок труда, особенности его формирования / О. А. Колесникова, А. М. Донецкий // Современные проблемы экономики и менеджмента. Материалы научно-практической конференции. – Воронежский государственный педагогический университет, 2015. – С. 102-106.
71. Колесникова О. А. Занятость населения как фактор социальной стабильности / О. А. Колесникова, Е. В. Маслова // Вестник Воронеж. гос. ун-та. Серия : Экономика и управление. – 2015. – № 4 – С. 123–126.
72. Колесникова О. А. Достойный труд для инвалидов / О. А. Колесникова, С. А. Осипов // Вестник Воронежского института высоких технологий. -2014. -№ 12. -С. 147-150.
73. Колесникова О. А. Социально-экономическая безопасность инвалидов / О. А. Колесникова, Ю. А. Фирсова // Вестник Воронеж. гос. ун-та. Серия : Экономика и управление. – 2014. – № 2 – С. 42–49.
74. Колесникова О. А. Управление трудовыми ресурсами : учебник / О. А. Колесникова, А. М. Донецкий, О. А. Зайцева ; Ин-т менеджмента, маркетинга и финансов. – Воронеж : ИММИФ, 2008. – 296 с.
75. Колесникова О. А. Занятость инвалидов : личностный и общественный аспекты / О. Колесникова // Человек и труд. – 2002. – С. 79–81.
76. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. – М., 2015. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mzsr/handicapped/3> (дата обращения: 04.02.16).
77. Кузнецов Д. Л. Квотирование как основная форма трудоустройства инвалидов / Д. Л. Кузнецов // Российское право. – 2001. – № 11. – С. 11.
78. Лазарев В. Н. Социальные основы местного самоуправления : монография / В. Н. Лазарев. – Белгород : Логия, 2004. – 298 с.

79. Литовских А. М. Финансы, денежное обращение и кредит : учеб. пособие / А. М. Литовских, И. К. Шевченко. – Таганрог : Изд-во ТРТУ, 2003. – 135 с.
80. Лобанов С. Н. Социальное положение лиц, пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве / С. Н. Лобанов // Народонаселение. – 2004. – № 4. – С. 95–103.
81. Лопатников Л. И. Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Дело, 2003. – 520 с.
82. Мальцев В. А. Системный подход к исследованию проблем внутренней безопасности России / В. А. Мальцев, А. Т. Надев // Материалы конференции / науч. ред. В. А. Возжеников. М.: ЗАО «ЭДАС- ПАК», 2001. – С. 80
83. Мартынова Е. А. Модель центра образования инвалидов в Челябинском государственном университете на основе системы интегрированного обучения / Е. А. Мартынова, Д. Ф. Романенкова // Вопросы образования. – 2006. – № 2. – С. 112–122.
84. Маслова И. Прогнозы безработицы и корректировка политики занятости / И. Маслова // Человек и труд. – 2010. – № 6. – С. 29–31.
85. Маслова Т. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем / Т. Маслова, С. Васин // Pro et Contra. – 2001. – Т. 6, № 3. – С. 80–104.
86. Международные стандарты предпринимательства и занятости : правовые международные документы : комментарии и рекомендации юристов. – М. : Рос. газ. : Воскресенье, 2000. – 160 с.
87. Миндель А. Я. Разные возможности равные права – общее жизненное пространство / А. Я. Миндель, О. А. Степанова. – М. : Сфера, 2009. – 46 с.
88. Наберушкина Э. К. Институциональные барьеры занятости инвалидов региона / Э. К. Наберушкина // Регионология. – 2007. – № 59. – С. 204–211.

89. Наберушкина Э. К. Право на труд женщин-инвалидов / Э. К. Наберушкина // Проблемы труда, трудовых отношений и качества жизни. – Самара : Универс-групп, 2007. – С. 252–256.
90. Неснорова А. Направления политики на рынке труда, их оценка в странах Центральной и Восточной Европы / А. Неснорова // Активные программы содействия занятости населения : сб. науч. тр. – М. : Просвещение, 2002. – С. 21-26.
91. Нечуйкина Е. В. Социальная защита : понятие, категории, терминология / Е. В. Нечуйкина // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. – 2008. – № 49. – С. 145–147.
92. Новиков М. Л. Поддерживаемое трудоустройство в европейских странах / М. Л. Новиков. – М. : Перспектива, 2008 – 82 с.
93. Новиков М. Л. Государственная политика в отношении трудовой занятости людей с инвалидностью : международный опыт и российская практика : пособие для специалистов, работающих в сфере трудоустройства людей с инвалидностью / М. Л. Новиков. – М. : Перспектива, 2008. – 142 с.
94. Новиков М. Создание модели трудоустройства молодых инвалидов : пособие по итогам проекта / М. Новиков, Н. Присецкая, В. Котов. – М., 2006. – 144 с.
95. О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации : первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74> (дата обращения: 10.02.2016).
96. О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов / Министерство труда и социальной защиты РФ. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12> (дата обращения: 05.04.2016).

97. О результатах экспертного опроса инвалидов, проживающих в г. Воронеже и Воронежской области : отчет Департамента ФГСЗН по Воронежской области, 2011–2012. – Воронеж. – 57 с.
98. Обергрэн К. Создание возможностей по трудоустройству для людей с особенностями развития в Швеции / К. Обергрэн, К. Моссберг // Сборник материалов междунар. конф. «Новые возможности трудоустройства для людей с инвалидностью в России». – М., 2007. – С. 98–99.
99. Овчинникова, Т. И. Проблемно-ориентированный поход к изменению трудовых отношений (на примере Воронежской области) /Т.И. Овчинникова, А.И. Пахомов, С.В. Кобелева//Вестник ВГУИТ. -2013. -№4 (58). -С. 229-234.
100. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, И. Ю. Шведова. – Изд. 4-е, доп. – М. : ИТИ Технологии, 2005. – 917 с.
101. Осипов С. А. Комплексный подход к реабилитации инвалидов / С. А. Осипов // Интеллектуальные технологии и средства реабилитации людей с ограниченными возможностями : материалы междунар. науч.-практ. конф. – Воронеж : Воронежский институт высоких технологий, 2012. – С. 94–97.
102. Осипов С. А. Социализация и содействие трудовой занятости инвалидов в условиях трансформирующейся экономики региона : дис. ... канд. экон. наук / С. А. Осипов. – Воронеж, 2007. – 204 с.
103. Осипов С. А. Технология работы БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» : метод. пособие / С. А. Осипов, О. А. Осипова. – Воронеж, 2013. – 174 с.
104. Остапенко Н. М. Экономика труда : учеб. пособие / Н. М. Остапенко. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 317 с.
105. Отчет о результатах исследования потребности инвалидов в объемах, формах и видах реабилитации : аналитическая записка / сост. С. А. Осипов. – Воронеж, 2011. – 42 с.

106. Подвербных О. Рынок труда региона – производная состояния его экономики / О. Подвербных, А. Цедрик // Человек и труд. – 2004. – № 7. – С. 43–45.
107. Похвощев В. А. Зарубежные концепции формирования и реализации кадровой политики / Похвощев В. А., Панов А. И., Модянова Т. В. // Путеводитель предпринимателя. 2012. № 14. С. 178-196.
108. Похвощев В. А. Вовлечение инвалидов в трудовую деятельность: проблемы и пути их решения / Похвощев В.А., Колесникова О. А. // материалы междун. науч.-практ. конференции «Трудовой потенциал как важнейший фактор социально-экономического развития территории» (V ежегодное заседание): в 2 частях. – Воронежский государственный университет, 2008. – С. 114-116.
109. Похвощев В.А. Региональные проблемы занятости, уровня и качества жизни населения: монография/ Похвощев В.А., Бабынина Л.С., Колесникова О.А. - М.: Московская международная высшая школа бизнеса МИРБИС (Институт) МВА, 2007. - 258 с.
110. Права и возможности инвалидов в Российской Федерации : специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. – М. : Юрид. лит., 2001. – 103 с.
111. Право социального обеспечения : учебник / под ред. К. Н. Гусова. – М. : ПБОЮЛ Грачев С. М., 2001. – 328 с.
112. Право социального обеспечения России. Практикум. Учебное пособие / под ред. Э. Тучковой. – М.: Проспект. -2016. – 190 с.
113. Преображенский Б. Г. Функции исполнительных органов власти по преодолению кризисной ситуации / Б. Г. Преображенский, А. Г. Волкова // Конкурентоспособность. Инновации. Финансы. – 2013. - №2. – С. 33-40.
114. Проблемы и перспективы современной экономики : сборник статей. Выпуск второй / научн. ред. Ю.И. Трещевский, Г.В. Голикова. – Воронеж : Воронежский государственный педагогический университет, 2016. – 308 с.

115. Проблемы социальной консолидации : инвалиды в региональном сообществе : монография / кол. авт. под рук. А. А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2014. – 134 с.
116. Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов Москвы – 2001 : сб. докладов / под ред. О. С. Андреевой. – М. : Департамент ФГСЗН по городу Москве – Фонд «Социальный партнер». – М., 2001. – 280 с.
117. Профессиональное образование : Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. – М. : НПЦ СПО, 1999. – 538 с.
118. Пузин С. Н. Развитие службы реабилитации инвалидов в Российской Федерации / С. Н. Пузин. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%209/VIII/puzin.pdf> (дата обращения: 30.01.2016).
119. Работа для инвалидов. Служба занятости помогает созданию общества равных возможностей / под ред. Е. А. Головинова. – М. : Экономика, 2001. – 103 с.
120. Реализация современных подходов к реабилитации инвалидов в процессе общего и профессионального образования : материалы междунар. науч.-практ. конф. – СПб., 2013. – 267 с.
121. Региональные проблемы занятости уровня и качества жизни населения: монография / Бабынина Л.С., Колесникова О.А., Похвощев В.А. М.: «МИРБИС», 2007. - 158 с.
122. Регулирование внешней трудовой миграции : проблемы, пути решения / О. А. Колесникова, А. А. Федченко, А. М. Донецкий [и др.]. – Воронеж : Научная книга, 2009. – 179 с.
123. Римашевская Н. М. Качество человеческого потенциала в условиях инновационной экономики / Н. М. Римашевская // Народонаселение. – 2009. – № 3. – С. 16–29.
124. Римашевская Н. М. Пути повышения качества трудового потенциала в современной России / Н. М. Римашевская // Народонаселение. – 2011. – № 1. – С. 25–30.

125. Романов П. В. Идеология социальной политики и практика социального обслуживания в период либеральных реформ / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социальная политика в современной России : реформы и повседневность / под ред. П. Романова, Е. Ярской-Смирновой. – М. : ЦСПГИ : Вариант, 2008. – С. 80–105.
126. Российский статистический ежегодник. 2015: Стат.сб./Росстат. - Р76 М., 2015. – 728 с.
127. Россия на пути к современной динамичной и эффективной экономике / под ред. Д. С. Некипелова, В. В. Ивантера, С. Ю. Глазьева. – М., 2013. – Режим доступа: http://yartpp.ru/images/prompolit/ran_rossia_na_puti.pdf (дата обращения: 10.03.2016).
128. Рошин С. Ю. Экономика труда : учеб. пособие / С. Ю. Рошин, Т. О. Разумова. – М. : ИНФРА-М, 2010. – 400 с.
129. Садков В. Г. Государственное регулирование развития регионов России / В. Г. Садков, О. П. Овчинникова, А. А. Сапожников. – М. : Прогресс, 2005. – 261 с.
130. Сборник законодательно-нормативных документов по профессиональной реабилитации молодых инвалидов. – М. : Пилигрим, 2001.
131. Свистунова Е. Занятость инвалидов : правовое регулирование в регионах / Е. Свистунова // Человек и труд. – 2003. – № 2. – С. 37–41.
132. Серeda М. Ю. Деятельность уполномоченных по правам человека в субъектах Федерации по защите социальных прав граждан / М. Ю. Серeda, Т. В. Колобова // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 3. – С. 19–21.
133. Сивакова И. В. Инвалидность : полный универсальный справочник / И. В. Сивакова. – М. : Проспект. – 2015. – 106 с.
134. Сиротника Н. В. Факторы и условия обеспечения сбалансированного развития региона / Н. В. Сироткина, А. Ю. Гончаров, И. Н. Воронцова // Вестник ВГУ. Серия: экономика и управление. 2014. № 4. – С. 93-100.
135. Словарь финансовых и юридических терминов. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

136. Смолин О. Н. Конвенция ООН «О правах инвалидов» : риски и надежды / О. Н. Смолин // Сборник докладов и выступлений по итогам работы круглого стола «Конвенция ООН о правах инвалидов и российское законодательство: что делать?», 2012. – Режим доступа: <http://www.smolin.ru/read/Konvencia/pdf/Konvencia.pdf> (дата обращения: 20.02.2016).

137. Современные технологии профессиональной реабилитации инвалидов молодого возраста : метод. рекомендации / О. С. Андреева, Д. И. Лаврова, В. В. Петрова [и др.]. – М. : Пилигрим, 2001. – 98 с.

138. Социальная защищенность при переходе к рынку : сб. статей / под ред. Ю. И. Хаустова. – М. : Петит, 1997. – 118 с.

139. Социальное положение и уровень жизни населения Воронежской области : стат. сборник. – Воронеж : Госкомстат России. Воронежский областной комитет государственной статистики, 2013. – 150 с.

140. Социально-экономические аспекты проблемы инвалидности : анализ трендов на основе данных статистики и социологических опросов : отчет о НИР / исполн. : А. А. Шабунова, Н. А. Кондакова, Л. Н. Фахрадова [и др.]. – Вологда, 2014. – 132 с.

141. Социология в России : учеб. пособие / под ред. В. А. Ядова. – Изд. 2-е. – М. : Изд-во Ин-та социологии РАН, 2008. – 640 с.

142. Стенографический отчет из послания Президента Федеральному Собранию от 3 декабря 2015 г. – Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/50864> (дата обращения: 18.02.2016).

143. Степаненко Н. А. Деятельность центров занятости по трудоустройству молодежи : оценка эффективности / Н. А. Степаненко // Соц. политика и социология. – 2010. – № 8. – С. 86–96.

144. Тарасенко Е. А. Модели инвалидности (конструирование национальной концепции социальной политики) / Е. А. Тарасенко // Управление здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 51–62.

145. Тарасенко Е. А. Социальная политика в области инвалидности : кросс-культурный анализ и поиск оптимальной концепции для России / Е. А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 7–28.

146. Трещевский Ю. И. Проблемы занятости и использования трудовых ресурсов в г. Воронеже / Ю. И. Трещевский, Н. Ю.Трещевская // материалы Международной научно-практической конференции (V ежегодное заседание): трудовой потенциал как важнейший фактор социально-экономического развития территории, 2008 - С. 172-176.

147. Трошин О. В. Основы социальной реабилитации и профориентации : учеб. пособие / О. В. Трошин, Е. В. Жилина, В. А. Кудрявцев. – М. : Сфера, 2005. – 384 с.

148. Трудовое и социальное право России : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Л. Н. Анисимова. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – 432 с.

149. Трудовой потенциал как важнейший фактор социально-экономического развития территории : материалы междунар. науч.-практ. конф. : в 2 ч. / Воронеж. гос. ун-т. – Воронеж, 2008. – 242 с.

150. Улучшение качества жизни инвалидов : доступность, эффективность, новые подходы : тезисы докладов, представленных на общеевропейскую конференцию (Санкт-Петербург, 21–22 сентября 2006 г.). – СПб. : Человек и здоровье, 2006 – 145 с.

151. Урсул А. Д. Безопасность России: социальное измерение / Урсул А. Д, Дзлиев М. И., Романович А. Л. // НАВИГУТ, 2001. — № 4. – С. 46-49.

152. Федченко А. А. Качество трудовой жизни : учеб. пособие / А. А. Федченко. – Воронеж : Воронеж. гос. ун-т, 2013. – 261 с.

153. Федченко А.А. Инновационные процессы в социально-трудовой сфере: монография/ А.А.Федченко. - Германия: Palmarium Academic Pablishihg, 2014. – 254 с.

154. Федченко А. А. Концептуальные основы управления охраной труда / Федченко А. А, Кузнецова М. Н. // Регион: системы, экономика, управление. – Издательско-полиграфический центр «Научная книга» (Воронеж), 2013. - №3 (23). – С. 121-130.
155. Федченко А. А. Экономический анализ как условие реализации концепции достойного труда / Современная экономика: проблемы и решения. – Воронежский государственный университет, 2013. - № 11. – С. 197-209.
156. Фирсов М. В. История социальной работы в России / М. В. Фирсов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 256 с.
157. Хамаганова Н. Н. Люди должны быть защищены социальными гарантиями / Н. Н. Хамаганова // Традиция. – 2010. – № 1 (134). – 14 янв. – С. 5.
158. Холостова Е. И. Генезис социальной работы в России / Е. И. Холостова. – М.: Дашков и К, 2015. – 232 с.
159. Холостова Е. И. Социальная реабилитация : учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – Изд. 4-е. – М. : Дашков и К°, 2006. – 340 с.
160. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов : учеб.-метод. пособие / Л. П. Храпылина. – М., 2006. – 415с.
161. Чернова Г. И. Совершенствование организационно-правовых мер по реабилитации инвалидов в учреждениях социальной защиты населения / Г. И. Чернова, В. И. Радуту, Е. А. Богданов // Социальное и пенсионное право. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
162. Четвертаков И. М. Трудовые ресурсы и развитие сельских населенных мест / И. М. Четвертаков // Вестник Воронеж. гос. ун-та. Серия : Экономика и управление. – 2016. - № 2. - С. 116-120.
163. Шестаков В. П. Организационные и правовые основы деятельности реабилитационных учреждений для инвалидов в системе социального обслуживания в Российской Федерации / В. П. Шестаков, А. А. Свинцов, В. И. Радуту // Социальное и пенсионное право. – 2014. – № 3. – С. 18–22.

164. Шишов М. А. Актуальные проблемы медицинской экспертизы / М. А. Шишов // Медицинское право. – 2014. – № 4. – С. 28–33.
165. Эйтингон В. Н. Непрерывное образование и развитие трудового потенциала: факторы и задачи / В. Н. Эйтингон // материалы Международной научно-практической конференции (V ежегодное заседание). Издательство: Воронежский государственный университет (Воронеж). - 2008 - С. 224-227.
166. Экономика и социология труда : учеб. для вузов / ред. А. Я. Кибанов. – М. : ИНФРА-М, 2010. – 584 с.
167. Экономика труда : учебник / под ред. П. Э. Шендлера и Ю. П. Кокина. – М. : Юрист, 2011. – 592 с.
168. Энциклопедический словарь конституционного права / сост. А. А. Избранов. – Минск : Изд. В. М. Суров, 2001. – Режим доступа: <http://pravo.freecopy.ru/search.php> (дата обращения: 12.10.2015).
169. Яцученко Т. В. Пределы правового регулирования отношений по социальной защите инвалидов нормами права социального обеспечения / Т. В. Яцученко // Вестник НГУЭУ. – 2009. – № 2. – С. 171–178.
170. Beverton, R. J. H. On the dynamics of exploited fish populations / Raymond J. H. Beverton and Sidney J. Holt. - vol. XIX, London, Her Majesty's Stationery Office, Ser. II, 1957. – p. 19.
171. Canadian Charter of Rights and Freedoms. – URL: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/index.html> (дата обращения: 30.01.2016).
172. Community Rehabilitation Services for People with Disabilities / Orv C. Karan and Stephen Greenspan, eds. – Elsevier, 2014. - 494 p.
173. Cooper J. Improving the Civil Rights of People with Disabilities Through Domestic Law / Cooper J. // Law Rights and Disability. – L. : Jessica Kingsley Publishers, 2005.
174. Disabled Persons (Employment) Act 1944. – URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/7-8/10/resources> (дата обращения: 12.04.2016).

175. Esping-Andersen G. Social Foundations of Post-industrial Economics / G. Esping-Andersen. – Oxford : Oxford University Press, 1999. – 224 p.
176. Gottlieb Aaron. Myhill, Peter Blanck Employment of People with Disabilities / Aaron Gottlieb, William N. – URL: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/123/> (дата обращения: 02.02.2016).
177. Job Accommodation Network (Original 2005, Updated 2007, Updated 2009). Workplace accommodations: Low cost, high impact. – URL: <http://askian.org/media/LowCostHighImpact.doc> (дата обращения: 07.04.2015).
178. Light R. We Have Become People: A Report on the Results of Federal Disability Legislation in the United States / R. Light. – L. : Disability Awareness in Action, 1995.
179. O'Reilly A. The right to decent work of persons with disabilities / A. O'Reilly. – Geneva : ILO, 2007. – 90 с.
180. People with disabilities: sidelined or mainstreamed? / Lisa Schur, Rutgers University, Douglas Kruse, Rutgers University, Peter Blanck, Syracuse University. – 287 p.
181. Persons with a disability: barriers to employment, types of assistance, and other labor-related issues / Bureau of labor statistics U.S. Department of labor. – 2013. Url: http://www.bls.gov/news.release/archives/dissup_04242013.pdf (дата обращения: 20.08.2016).
182. Persons with a disability: labor force characteristics / Bureau of labor statistics U.S. Department of labor. – 2016. Url: <http://www.bls.gov/news.release/pdf/disabl.pdf> (дата обращения: 20.08.2016).
183. Salkever D. S. The Economics of disability / D. S. Salkever. – Stamford (Conn.) Jai press Cop., 2000. – 264 с.
184. Social Security in Japan 2014. Chapter 8. Policy for people with disabilities, National Institute of Population and Social Security Research. – URL: http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/pdf/08_SJ2014.pdf (дата обращения: 20.12.2015)

185. Stotheres W. The «New Paradigm» of Disability / W. Stotheres ; The Center for an Accessible Society. – URL: <http://www.accessiblesociety.org/topics/demographics-identity/newparadigm.html> (дата обращения: 17.02.2015).

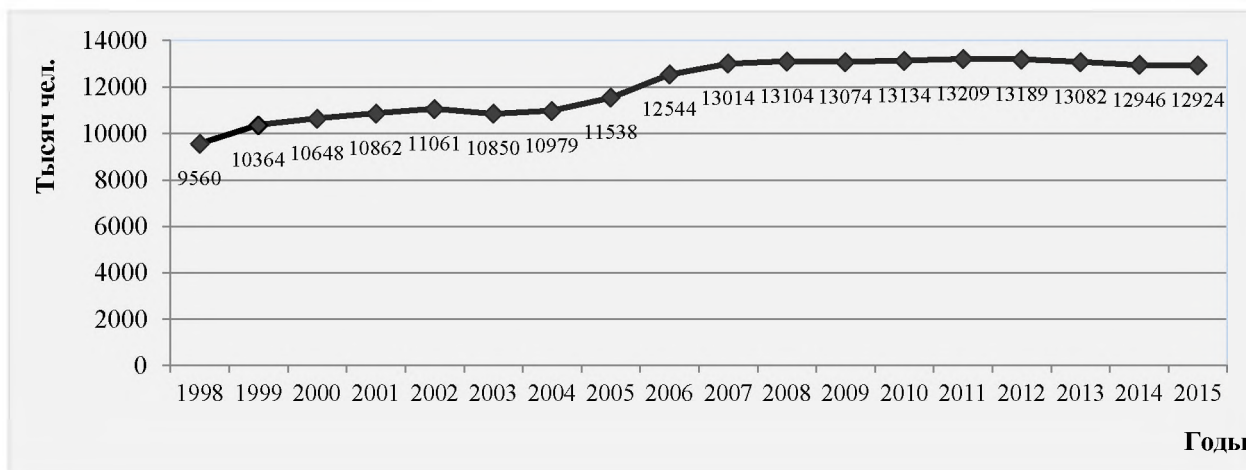
186. The Disability Discrimination Act: Analysis of data from the ONS Omnibus Survey 1996–2006. – URL: <https://www.gov.uk/government/organisations/office-for-disability-issues> (дата обращения: 30.04.2016).

187. The Finnish Association of People with Physical Disabilities. National advocacy and service association. – URL: <http://www.innovage-project.eu/sites/default/files/Invaliidiliitto%20power%20point.pdf> (дата обращения: 16.11.2015).

188. Toward Independence. An Assessment of Federal Laws and Programs Affecting Persons with Disabilities – With Legislative Recommendations. National Council on Disability Report. Washington, DC: National Council on Disability. 1988.

Приложения

Рис. 1 - Динамика показателя численности инвалидов в Российской Федерации



*Источник: Федеральная служба государственной статистики.

Рис. 2 – Распределение численности инвалидов в Воронежской области



*Составлено по материалам Федеральной службы государственной статистики, ФКУ «Главного бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области» Минтруда России

Таблица 1 - Динамика занятости инвалидов Воронежской области

	2011	2012	2013	2014
Численность работающих инвалидов (тыс. чел.)	21,3	20,6	20,3	19,8
% от числа инвалидов трудоспособного возраста	28	29	34	37
Трудоустроено органами службы занятости (тыс. чел.)	1,9	1,6	1,5	1,3
% трудоустроенных от числа обратившихся	48,8	50,3	55,6	52,3

*Составлено по материалам департамента труда и занятости Воронежской области

Таблица 1 – Функции системы социальной защиты населения

№ п/п	Наименование функции	Краткая характеристика
1.	Предупредительная (превентивная)	Проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику и защиту здоровья, профилактику трудоспособности граждан и т.д.
2.	Политическая	Поддержание социальной стабильности в социуме, в котором имеются значительные различия в уровне жизни различных социальных групп.
3.	Организационная	Обеспечивает формирование и поддержание эффективных институтов и механизмов социальной защиты с целью выполнения социальных гарантий, установленных законодательством.
4.	Компенсационная (обеспечительная)	Замещение утраченной заработной платы или дохода в связи со снижением или утратой трудоспособности для компенсации дополнительных расходов в связи с лечением или инвалидностью
5.	Реабилитационная	Направлена на формирование комплекса мер профессиональной, социальной, медицинской направленности для восстановления социально-трудового потенциала населения.
6.	Контролирующая	Контроль за проведением мероприятий социальной защиты, выработка механизмов совершенствования реализации мер социальной защиты.
7.	Стратегическая	Создание социально-экономических условий для сохранения и развития человеческого потенциала и обеспечения достойного уровня жизни населения.

Я, _____ разрешаю использовать анкетные данные для статистического анализа _____ (подпись)

Тема исследования
«Потребность инвалидов в объемах, формах и видах реабилитации»

АНКЕТА

1. Дата заполнения: число месяц год

2. Фамилия

имя

отчество

3. Дата рождения

число , месяц , год

4. Пол: мужской , женский

5. Место проживания:

г. Воронеж , город Воронежской обл.

район , село, деревня

6. Наличие образования, в т.ч.

6.1. не имею

6.2. имею не полное общее

6.3. полное общее

6.4. Начальное профессиональное

специальность

6.5. Среднее профессиональное,

профессия.....

6.6. Незаконченное высшее профессиональное

профессия

6.7. Высшее, профессиональное

специальность

6.8. Дополнительное профессиональное

6.9. Послевузовское (магистратура, аспирантура, научная степень)

7. Форма получения образования

7.1. Очная

7.2. Заочная

7.3. На дому

7.4. Дистанционная

8. Признан инвалидом: впервые , повторно

9. Группа инвалидности первая , вторая , третья

10. Инвалидность по классам болезней:

10.1. Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

10.1.1. Туберкулез

В т.ч.

10.1.2. Туберкулез легких.....

10.2. Класс II. Злокачественные новообразования.....

10.4. Класс III. **Болезни крови и кроветворных органов...**

10.3. Класс IV. **Болезни эндокринной системы.....**

- в т.ч.*
- 10.3.1. Сахарный диабет.....
- 10.5. *Класс V. Психические расстройства*.....
- в т.ч.*
- шизофрения.....
- 10.6. *Класс VI. Болезни нервной системы*
- 10.7. *Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата*.....
- 10.8. *Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка*.....
- 10.9. *Класс IX. Болезни органов кровообращения*
- 10.10. *Класс X. Болезни органов дыхания*
- 10.11. *Класс XI. Болезни органов пищеварения*.....
- 10.12. *Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки*
- 10.13. *Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы*
- 10.14. *Класс XIV. Болезни мочеполовой системы*.....
- 10.15. *Класс XV. Беременность, роды, послеродовой период*
- 10.16. *Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде*.....
- 10.17. *Класс XVII. Врожденные аномалии*
- 10.18. *Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках*.....
- 10.19. *Класс XIX Травмы (всех локализаций)*.....
- в т.ч.*
- 10.19.1. Производственные травмы.....
- 10.20. Профессиональные болезни и отравления.....

- 10.21. Прочие
11. Испытываю потребность в реабилитации
в т.ч.
- 11.1. – медицинской
- 11.2.– медико-социальной и социальной
- 11.3.– профессиональной
12. Потребность в формах профессиональной
реабилитации.....
- в т.ч.
- 12.1. – профессиональное ориентирование.....
- 12.2. – профессиональное обучение
- 12.3. – краткосрочная профподготовка.....
- 12.4. – переобучение
- 12.5. - повышение квалификации
- 12.6. – трудовое устройство.....
- 12.7. – трудовая адаптация
13. Потребность в формах медико-социальной
и социальной реабилитации
в т.ч.
- 13.1. – социально-бытовой адаптации
(жизнь с инвалидностью).....
- 13.2. – социально- средовой ориентации.....
14. Необходимость в занятиях спортом в т.ч.
- 14.1. Теннис.....
- 14.2. Футбол.....
- 14.3. Баскетбол.....
- 14.4. Плавание

- 14.5. Настольные игры.....
- 14.6. Бег.....
- 14.7. Лыжный спорт.....
- 14.8. Езда на колясках
- 14.9. Туризм
- 14.10. Парусный спорт.....
- 14.11. Другое _____
(указать)
15. Необходимость в посещении культурных заведений,
в том числе
- 15.6. Библиотеки
- 15.7. Театры
- 15.8. Кинотеатры
- 15.9. Выставки.....
- 15.10.Музеи.....
- 15.11.Другое _____
(указать)
- 15.12. Если не посещает, указать причины не посещения.
16. Потребность в технических средствах медицинской
реабилитации.....
- 16.1. Испытываю потребность в технических ср-вах
для обеспечения медицинской реабилитации.....
- 16.1.2. Указать каких _____
- 16.2. Испытываю потребность в технические ср-вах
для обучения и труда
- в том числе
- 16.2.1. Спецприспособление для удержания
предмета.....
- 16.2.2. Устройство для чтения слабовидящих.....
- 16.2.3.Устройство для усиления звука.....
- 16.2.4. Уст-во для крепления руки

- и манипулирования
- 16.2.5. Комплекты оборудования для выполнения
трудовой деятельности
- 16.2.6. Очки-гиперокуляры
- 16.2.7.Телескопические очки
- 16.2.8. Ультразвуковые локаторы
- 16.2.9. Спец компьютерные приставки для
чтения и письма со шрифтом Брайля
- 16.2.10. Книги и учебники со шрифтом Брайля
- 16.2.11. «Говорящие» книги и компьютеры со специальным
программным обеспечением
- 16.2.12. Специальный рабочий стол
- 16.2.13. Специальный рабочий стул (кресло).....
- 16.2.14. Другое _____
(указать)
- 16.3. Испытываю потребность в технических ср-вах для
передвижения
- 16.3.1.Простые вспомогательные средства
(костыли, трости, ремни, ходунки).....
- 16.3.2. Дополнительные приспособления к
средствам передвижения (подголовники,
подъемные устройства, др.)
- 16.3.3. Комнатная кресло-коляска
- 16.3.4. Прогулочная кресло-коляска
- 16.3.5. Велоколяска
- 16.3.6. Моторные ср-ва с ручным управлением
- 16.3.7. Моторные ср-ва с обычным управлением
- 16.3.8. Другие средства
- 16.4.Бытовые приспособления для самообслуживания...
- 16.4.1. Надевание и раздевание одежды.....
- 16.4.2. Надевание и снятие обуви.....
- 16.4.3. Умывание, купание.....

- 16.4.4. Принятие пищи (держатели, удлинители
ручек посуды и др.....
- 16.4.5. Другое _____
(указать)
- 16.5. Испытываю потребность в приспособления
для бытовых нужд.....
- 16.5.1. Пользование ключами.....
- 16.5.2. Пользование бытовыми приборами.....
- 16.5.3. Специальная посуда для приготовления и
принятия пищи
- 16.5.4. Уборка квартиры
- 16.5.5. Другое _____
(указать)
17. Состояние трудовой занятости (на момент заполнения анкеты)
в т.ч.
- 17.1. Работает
- 17.2. Не работает
- 17.3. Является индивидуальным предпринимателем
18. Трудовой стаж
в т.ч.
- 18.1. Не имеет.....
- 18.2. Имеет менее 1 года
- 18.3. Свыше 1 года до 3 лет
- 18.4. Свыше 3 лет до 9 лет
- 18.5. Свыше 9 лет до 20 лет
- 18.6. Свыше 20 лет
19. Тип предприятий, на которых работал за последние 3 года,
в т.ч.
- 19.1. Государственное
- 19.1.1. Государственное специализированное
для работы инвалидов
- 19.2. Не государственное

- 19.2.1. Собственный бизнес
- 19.3. Служба в армии
- 19.4. Отпуск по уходу за ребенком
20. Характер выполняемых работ за последние три года
в т.ч.
- 20.1. Постоянная работа с полной занятостью
- 20.2. Постоянная работа с неполной занятостью
- 20.3. Временная работа с полной занятостью
- 20.4. Временная работа с неполной занятостью
- 20.5. Удаленная работа периодического характера
21. Условия труда работающих инвалидов
в т.ч.
- 21.1. Обычные
- 21.2. Облегченные
- 21.3. Специально созданные
- 21.4. Работа на дому
22. Режим трудовой деятельности работающих инвалидов
- 22.1. Полный рабочий день
- 22.2. Не полный рабочий день
- 22.3. Не полная рабочая неделя
- 22.4. Гибкий график
- 22.5. Свободная занятость
23. Работа (если имеете) в т.ч.
- 23.1. По специальности (профессии)
- 23.2. Не по специальности (профессии)
24. Причины не работы по специальности (профессии),

в т.ч.

- 24.1. По состоянию здоровья.....
- 24.2. Не смог устроиться по специальности (профессии).....
- 24.3. Не нравится имеющаяся специальность
(профессия).....
25. Использование специальных приспособлений в труде
- 25.1. Использует
- 25.2. Не использует
26. Удовлетворенность работой в т.ч.
- 26.1. Полностью удовлетворен, желает продолжить
работу.....
- 26.2. Желает сменить работу.....
27. Причины, по которым желает сменить работу, в т.ч.
- 27.1. Не устраивает зарплата.....
- 27.2. Удаленность от дома.....
- 27.3. Не по профессии (специальности).....
- 27.4. Плохие санитарно-гигиенические условия
- 27.5. Плохая организация труда.....
- 27.6. Большая физическая или нервно-психическая
нагрузка
- 27.7. Плохое отношение администрации.....
- 27.8. Плохое отношение коллег
- 27.9. Не устраивает характер работы
- 27.10. Другое (указать).....
28. Если не работает – причины не занятости:
- 28.1. Состояние здоровья.....
- 28.2. Отсутствие профессии (специальности)

- 28.3. Отсутствие подходящей работы
- 28.4. Трудности в поиске работы по состоянию здоровья ...
- 28.5. Не желание менять привычный уклад жизни
- 28.6. Другое
29. Обращался ли за помощью в трудоустройстве в органы занятости в т.ч.
- 29.1. Обращался.....
- 29.2. Не обращался
- в том числе по причинам:
- 29.2.1. Не знал о существовании подобной госуслуги.....
- 29.2.2. Знал о госуслуге, но не верил в её эффективность.....
- 29.2.3. По состоянию здоровья
- 29.2.4. Другое
30. Состоял на учете в органах занятости в качестве безработного в т.ч.
- 30.1. До 1 месяца
- 30.2. До 3 месяцев
- 30.3. До 6 месяцев
- 30.4. Свыше 6 месяцев
31. Снят с учета в органах занятости в связи с
- 31.1. Трудоустройством
- в т.ч.
- 31.1.1. На постоянную работу
- 31.1.2. На временную работу
- 31.1.3. Открыл «собственное» дело
- 31.2. Направлением на обучение.....
- в т.ч.
- 31.2.1. В обычное учебное заведение.....
- 31.2.2. В центр профессиональной реабилитации
32. Отношение к профессиональному обучению.....

- 32.1. Обучался профессии
- 32.2. Не обучался профессии.....
- 32.3. Отказался обучаться
- 32.4. Желал бы обучаться профессии, какой

 (указать)
33. Учиться в настоящее время профессионально
 -образовательном учебном заведении, в т.ч.
- 33.1. Начального профессионального образования
- 33.2. Среднего профессионального образования.....
- 33.3. Высшего профессионального образования
- 33.4. Дополнительного профессионального образования ..
- 33.5. Учится на курсах в т.ч. в центре реабилитации
- 33.6. Занимается самообразованием.....
34. Если желает обучаться, то по какой форме образования.
- 34.1. Очной.....
- 34.2. Заочной.....
- 34.3. Дистанционная.....
- 34.4. Самообразование
35. Использование специальных приспособлений в обучении
 в т.ч.
- 35.1. Используются.....
- 35.2. Не используются.....
36. Если обучается, то справляется ли с учебной нагрузкой
- 36.1. Справляется
- 36.2. Не справляется
37. Причины, по которым не справляется с учебной нагрузкой

- 37.1. Состояние здоровья
- 37.2. Не устраивает график учебы
- 37.3. Отсутствуют технические средства реабилитации.....
- 37.4. Отсутствуют необходимые санитарно-гигиенические условия в учебном заведении.....
- 37.5. Затруднен физический доступ из-за несоблюдения строительных норм в учебном заведении
- 37.6. Не устраивает технология подачи учебного материала из-за специальных потребностей инвалида (слабослышащий, слабовидящий, другое).....
38. Эффективность реализации индивидуальных программ реабилитации
в т.ч.
- 38.1. Эффективная реализация
- 38.2. Не эффективная реализация.....
39. Профессионально-трудовые и образовательные планы
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
40. Пожелания, предложения _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Благодарим за оказанную помощь в исследовании

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида *,
выдаваемая федеральными государственными учреждениями медико-социальной
экспертизы**

ИПРА инвалида № _____ к протоколу проведения
медико-социальной экспертизы гражданина № _____ от “ ____ ” _____ 20 ____ г.

1. Дата разработки ИПРА инвалида: _____

Общие данные об инвалиде

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

3. Дата рождения: день _____ месяц _____ год _____

4. Возраст (число полных лет): _____

5. Пол:

5.1. <input type="checkbox"/> мужской	5.2. <input type="checkbox"/> женский
---------------------------------------	---------------------------------------

6. Гражданство:

6.1. <input type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	6.2. <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	6.3. <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	--	--

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть):

7.1. государство: _____

7.2. почтовый индекс: _____

7.3. субъект Российской Федерации: _____

7.4. район: _____

7.5. населенный пункт (7.5.1. городское поселение 7.5.2. сельское поселение): _____

7.6. улица: _____

7.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

7.8. квартира: _____

8. Лицо без определенного места жительства

9. Наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации

10. Место постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):

10.1. государство: _____

* Далее – ИПРА инвалида.

10.2. почтовый индекс: _____

10.3. субъект Российской Федерации: _____

10.4. район: _____

10.5. населенный пункт: _____

10.6. улица: _____

10.7. дом/корпус/строение: _____ / _____ / _____

10.8. квартира: _____

11. Лицо без постоянной регистрации

12. Контактная информация:

12.1. контактные телефоны: _____

12.2. адрес электронной почты: _____

13. Страховой номер индивидуального лицевого счета: _____

14. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

15. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя инвалида (нужное подчеркнуть):

_____ (заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

15.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

15.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):

_____ серия _____ № _____ кем выдан _____

когда выдан _____

16. Показания к проведению реабилитационных или абилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	
способности к передвижению:	
способности к ориентации:	
способности к общению:	
способности к обучению:	
способности к трудовой деятельности:	
способности к контролю за своим поведением:	

17. ИПРА инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть) на срок до:

_____ (после предлога “до” указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись “бессрочно”)

18. Дата выдачи ИПРА инвалида “ _____ ” _____ 20 _____ г.

Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуж-даемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации
Медицинская реабилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Реконструктивная хирургия		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Протезирование и ортезирование		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг)		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		

Прогнозируемый результат: восстановление нарушенных функций (полностью, частично); достижение компенсации утраченных либо формирование отсутствующих функций (полностью, частично) (нужное подчеркнуть)

Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуж-даемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации
Профессиональная ориентация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Содействие в трудоустройстве		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования *:		
Рекомендации по трудоустройству		
Доступные виды труда	Трудовые действия (функции), выполнение которых затруднено	
Рекомендуемые условия труда **		

Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности и производственной адаптации
--

Прогнозируемый результат: осуществление профессиональной ориентации; создание необходимых условий по организации обучения; получение профессии (специальности), в том числе новой, повышение квалификации, повышение уровня профессионального образования; подбор подходящего рабочего места; оснащение (оборудование) специального рабочего места для трудоустройства инвалида с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; создание необходимых условий для трудовой деятельности инвалида; достижение производственной адаптации (нужное подчеркнуть).

* Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ “Об образовании в Российской Федерации” (Собрание законодательства, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, 4257, 4263; 2015, № 1, ст. 42, 53, 72; № 14, ст. 2008; № 18, ст. 2625; № 27, ст. 3951, 3989).

** Вносится запись о сокращенной продолжительности рабочего времени, индивидуальной норме выработки, дополнительных перерывах в работе, противопоказанных производственных факторах и условиях труда, а также о примерных условиях, в которых возможно осуществление инвалидом трудовой деятельности, согласно заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы.

Мероприятия социальной реабилитации или абилитации

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации
Социально-средовая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по оборудованию специальными средствами и приспособлениями жилого помещения, занимаемого инвалидом		

Прогнозируемый результат: достижение или формирование способности к самообслуживанию (полное, частичное); восстановление навыков бытовой деятельности (полное, частичное); формирование навыков бытовой деятельности (полное, частичное); восстановление социально-средового статуса (полное, частичное) (нужное подчеркнуть)

Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом
<input type="checkbox"/> Нуждается		

Не нуждается

Технические средства реабилитации * и услуги по реабилитации, предоставляемые инвалиду за счет средств федерального бюджета

Перечень ТСР и услуг по реабилитации	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации

Заключение о наличии или отсутствии необходимости сопровождения инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно:

--

ТСР, предоставляемые инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств инвалида либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Перечень ТСР	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР	Исполнитель проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий с применением ТСР

Виды помощи, оказываемые инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению

1. Помощь инвалиду, передвигающемуся в кресле-коляске, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски

Нуждается

Не нуждается

2. Сопровождение инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

Нуждается

Не нуждается

* Далее – ТСР.

3. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в которых предоставляются услуги, собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение в соответствии с законодательством Российской Федерации

Нуждается

Не нуждается

4. Предоставление инвалидам по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика

Нуждается

Не нуждается

5. Оказание необходимой помощи инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий

Нуждается

Не нуждается

6. Иная необходимая инвалиду помощь в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг наравне с другими лицами (вписать): _____

Примечания: 1. Исполнителем заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) по направлению реабилитации или абилитации указываются региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности: в сфере социальной защиты населения; сфере охраны здоровья; сфере образования; в области содействия занятости населения; в области физической культуры и спорта; фамилия, имя, отчество (при наличии) инвалида (его законного или уполномоченного представителя).

2. Сроки исполнения заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) должны соответствовать сроку, на который разработана ИПРА инвалида.

3. В случае вынесения заключения о ненуждаемости инвалида в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий срок исполнения и исполнитель данного заключения не указываются.

С содержанием ИПРА инвалида согласен

(подпись инвалида или его законного
(уполномоченного) представителя)
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, инициалы)

Руководитель бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(уполномоченный заместитель руко-
водителя главного бюро
(Федерального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

Заключение о выполнении ИПРА инвалида

Оценка результатов реализации ИПРА инвалида:

1. Оценка результатов медицинской реабилитации или абилитации:

восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная); сформированы отсутствующие функции (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

2. Оценка результатов профессиональной реабилитации или абилитации:

осуществлена профессиональная ориентация; созданы необходимые условия для организации обучения; получена профессия (специальность), в том числе новая, повышена квалификация, повышен уровень профессионального образования; подобрано подходящее рабочее место; специальное рабочее место для трудоустройства инвалида оснащено (оборудовано) с учетом имеющихся у него нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности; созданы необходимые условия для трудовой деятельности инвалида; достигнута производственная адаптация; положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

3. Оценка результатов социальной реабилитации или абилитации:

восстановлена (сформирована) способность к самообслуживанию (полная, частичная); восстановлены (сформированы) навыки бытовой деятельности (полностью, частично); восстановлен (сформирован) социально-средовой статус (полностью, частично); положительные результаты отсутствуют (нужное подчеркнуть)

4. Особые отметки о реализации ИПРА инвалида

(вносятся дополнительные сведения о результатах осуществленных реабилитационных или абилитационных мероприятий)

Дата вынесения заключения: “ ____ ” _____ 20 ____ г.

Руководитель бюро
(главного бюро, Федерального бюро)
медико-социальной экспертизы
(уполномоченный заместитель руко-
водителя главного бюро
(Федерального бюро)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

М.П.

Таблица 1 - Классификация и содержание основных направлений действий в области обеспечения социально-экономической безопасности инвалидов (на среднесрочную перспективу)

№ п/п	Наименование направления	Содержание и краткая характеристика
1.	Совершенствование действующего законодательства в области профреабилитации, содействия занятости инвалидов	<ul style="list-style-type: none"> - принятие на федеральном и региональном уровнях законодательных и иных нормативно-правовых актов, направленных на дальнейшее укрепление правовых основ трудоустройства инвалидов, предполагающих, в частности, определение конкретного органа, ответственного за осуществление профессиональной реабилитации людей с ограниченными возможностями; - совершенствование механизма квотирования рабочих мест, повышение мер ответственности работодателей за соблюдение законодательства по квотированию рабочих мест для инвалидов; - совершенствование законодательства, направленного на усиление государственной поддержки работодателей, использующих труд инвалидов, создание экономически привлекательных для работодателей условий по интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в сферу труда; - обеспечение доступности инвалидов к получению различных услуг по профессиональной реабилитации; - создание условий для получения людьми с ограниченными возможностями здоровья возможности получения профессионального образования, отвечающего потребностям рынка труда; - совершенствование системы взаимодействия разноуровневых и разноведомственных структур, заинтересованных в профессиональной реабилитации инвалидов; - содействие развитию доступной инфраструктуры для инвалидов различных нозологических групп, обеспечивающей доступ инвалидов на рабочие места; - содействие предпринимательству в создании рабочих мест для инвалидов; - разработка механизма поддержки инвалидов, готовящихся открыть собственный бизнес.

2.	Повышение профессионально-квалификационных качеств и конкурентных преимуществ инвалидов	<ul style="list-style-type: none"> - разработка востребованности рабочих и специалистов из числа инвалидов с учетом специфики инвалидизирующего заболевания в разрезе профессий и специальностей по видам экономической деятельности, потребности экономики и возможности получения необходимого профессионального образования; - развитие системы профессиональной ориентации инвалидов, повышения их мотивации к обучению и труду с учетом потребности экономики и возможностей индивидуума; - обеспечение доступности для инвалидов профориентационных услуг вне зависимости от характера и степени инвалидности; - разработка системы профессиональных стандартов по видам работ, профессиограмм по профессиям, специальностям, рекомендованным для инвалидов; - повышение эффективности профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации незанятых инвалидов в целях повышения их конкурентоспособности на рынке труда; - восстановление системы внутрипроизводственного обучения инвалидов путем наставничества из числа высококвалифицированных рабочих и специалистов предприятий, использующих труд инвалидов; - внедрение механизма взаимодействия образовательных учреждений с предприятиями и организациями, использующих труд людей с ограниченными возможностями здоровья в целях совершенствования образовательного процесса и качества профессиональной подготовки; - информационно-методическое обеспечение профреабилитационного процесса.
3.	Повышение уровня занятости инвалидов, в том числе на специально созданных рабочих местах	<ul style="list-style-type: none"> - разработка механизмов стимулирования работодателей к найму инвалидов и созданию для них специальных рабочих мест; - развитие социального партнерства, совершенствование механизма взаимодействия всех заинтересованных ведомств с целью единых подходов к проведению профессиональной реабилитации; - разработка механизма резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для инвалидов; - развитие возможностей организации дистанционной занятости (на дому).

4.	Повышение эффективности содействия занятости инвалидов	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечение инвалидов защиты от дискриминации на всех этапах занятости, включая получение информации о вакансиях, профотбор, трудоустройство, продвижение по службе, увольнение; - повышение уровня информированности людей с ограниченными возможностями здоровья, членов их семей, работодателей о решении проблем занятости; - обеспечение получения инвалидами в полном объеме предоставляемых органами профреабилитации и содействия занятости государственных услуг; - обучение специалистов службы занятости приемам работы с инвалидами; - разработка целевых показателей для оценки результативности работы по профессиональной реабилитации и содействия занятости инвалидов; - разработка и реализация специальных программ профессиональной ориентации, профессионального обучения, трудоустройства, в т. ч. с применением современных форм занятости;
5.	Финансовое обеспечение мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов	<ul style="list-style-type: none"> - целевое государственное финансирование мероприятий профессиональной реабилитации, занятости инвалидов на федеральном и региональном уровнях; - расширение финансовых возможностей и технической оснащенности организаций, осуществляющих профреабилитационную деятельность.

Таблица 1 - Основные функции и распределение обязанностей между структурными подразделениями БУ ВО «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»

Подразделение (специалист)	Основные функции
Компетенция директора; зам. директора по профреабилитации, зам.директора по общим вопросам, главного бухгалтера	Административные функции и общее руководство.
Отделение профориентации и социальной адаптации. Отдел баз данных и информационных технологий. Отделение медико-социальной реабилитации.	<ul style="list-style-type: none"> • Связь с органами МСЭ, службой занятости, фондом социального страхования. • Связь с клиентом по вопросам приема в Центр. • Прием клиентов, закрепление за курирующим специалистом, оформление документации, знакомство клиента с Центром, контроль за организационно-бытовой деятельностью клиента, медицинский осмотр, расселение клиентов.
Инженер по охране труда.	<ul style="list-style-type: none"> • Первичный инструктаж по охране труда, пожарной безопасности, порядке пребывания в Центре.
Специалисты по реабилитации и профориентации, мастера производственного обучения, педагоги-психологи, социальные педагоги	<ul style="list-style-type: none"> • Последующие инструктажи на рабочем, учебном месте, в реабилитационной мастерской и учебных кабинетах.
Зам.директора, юрист, экономист, специалист отделения профориентации и социальной адаптации.	<ul style="list-style-type: none"> • Заключение договоров с центрами занятости или органами, направившими клиента, или с клиентом, контроль за их выполнением.
Отдел баз данных и информационных технологий.	<ul style="list-style-type: none"> • Статистический учет и отчетность, программное обеспечение
Отдел баз данных и информационных технологий.	<p>Информирование клиентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - информационное обеспечение клиентов, знакомство с законодательной базой, базой вакантных и учебных мест; - комплектация и поддержка банка данных об учебных и рабочих местах; - комплектация банка учебных программ; - сопровождение учебного процесса, связанного с использованием электронной техники.

<p>Отделение профориентации и социальной адаптации; отделение методической работы и инновационных технологий, учебные мастерские, отделение медико-социальной реабилитации.</p>	<p>Диагностика и профессиональная ориентация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - психометрическое тестирование; - практическая диагностика; - социальная диагностика; - профессиональная ориентация; - оценка потребностей в социальном или адаптированном оборудовании; - индивидуальные или групповые консультации. Разработка индивидуальных реабилитационных программ; - контроль за ходом реабилитационно-образовательного процесса
<p>Отделение профориентации и социальной реабилитации, учебные мастерские, отделение медико-социальной реабилитации, отдел баз данных и информационных технологий, отделение методической работы и инновационных технологий.</p>	<p>Восстановление и коррекция профессионально важных навыков, качеств и знаний (состоит из одного или нескольких модулей);</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработка и осуществление восстановительно-коррекционных учебных программ; - организация практической работы в мастерских; - развитие базовых профессиональных навыков инвалидов; - обучение применению специального или адаптированного оборудования; - связь с работодателями; - развитие навыков поиска работы; - уточнение выбора вида деятельности (профессии, рабочего места и т.д.); - проведение занятий по преодолению психологических барьеров; - психологическая поддержка; - тестирование рабочих мест на пригодность к замещению инвалидом; - выбор режимов труда и отдыха; - адаптация на рабочем месте.
<p>Отделение профреабилитации и социальной реабилитации, отделение медико-социальной реабилитации</p>	<p>Социальная реабилитация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработка и осуществление соц. реабилитационных учебных программ; - повышение навыков бытовой самостоятельности, социальных навыков; - восстановление коммуникативных способностей; - выбор реабилитационных приспособлений; - связь с органами МСЭ по вопросу реабилитации инвалидов; - связь с работодателями; - связь с обществами инвалидов, средствами массовой информации и другими заинтересованными организациями.

<p>Отделение медико-социальной реабилитации, социальной реабилитации, социально-педагогической коррекции</p>	<p>Медико- социальная реабилитация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинское консультирование и лечение; - физиотерапевтическое лечение; - трудотерапия; - коррекция движений и речи.
<p>Отделение методической работы и инновационных технологий, отделение профориентации и социальной адаптации</p>	<p>Экспозиция и маркетинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплектование и поддержание экспозиционной зоны (участков, моделирующих производственные условия труда); - подбор оборудования, наиболее подходящего для коррекции функций инвалидов для выполнения трудовых операций; - демонстрация работодателям и другим посетителям решения технически сложных и простых проблем инвалидов, возникающих на рабочем месте; - маркетинг.
<p>Отделение профподготовки, учебные мастерские, отделение социальной реабилитации, отделение методической работы и инновационных технологий.</p>	<p>Профессиональное обучение инвалидов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организация учебного процесса на собственной и на арендуемых базах; - заключение договоров на обучение инвалидов и контроль за их выполнением; - курирование групп, обучающихся на базе учебных заведений; - комплектация наглядных пособий, средств обучения, дидактического материала; - методическая работа; - развитие прогрессивных форм обучения; - дистанционное обучение.
<p>Отделение профподготовки, учебные мастерские, отделение методической работы и инновационных технологий.</p>	<p>Организация и проведение производственной практики (на предприятиях города, на собственной базе):</p> <ul style="list-style-type: none"> - заключение договоров на организацию практики с предприятиями; - производство товарной продукции и оказание услуг; - организация сбыта продукции, произведенной в период обучения
<p>Отделение баз данных и информационных технологий, отделение профподготовки, социальной реабилитации.</p>	<p>Содействие занятости:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формирование банка вакансий; - направление клиента на рабочее место; - связи с работодателями; - информирование клиента о вакансиях; - участие в ярмарках вакансий - Разработка индивидуальных программ для реабилитации наиболее сложных категорий инвалидов

<p>Отделение методической работы и инновационных технологий, отделение профподготовки, отделение социальной реабилитации.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Реабилитация наиболее сложных категорий инвалидов. -обучение специалистов по работе с инвалидами; - обмен передовым опытом; - организация обучения специалистов Центра; - организация обучения на базе Центра специалистов службы занятости; - связь с образовательными и научными учреждениями, - организация конференций
---	---