

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

ВЕРХОВОД ІРИНА СЕРГІЇВНА

УДК 331.5.024.5. – 056.24 (477)

**СИСТЕМА СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА
ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 08.00.07 – демографія, економіка праці,
соціальна економіка і політика

дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата економічних наук

Науковий керівник: к.е.н., професор Кір'ян Т. М.

Одеса - 2008

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ	12
1.1. Соціальні та інституціональні передумови інтеграції інвалідів у суспільне життя.....	12
1.2. Системний підхід щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів	30
1.3. Науково-теоретичні засади ефективного функціонування системи соціально-професійної реабілітації	45
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	57
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНО – ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ	60
2.1. Характеристика діючої системи реабілітації інвалідів в Україні	60
2.2. Стан і місце професійної підготовки інвалідів у системі реабілітації	84
2.3. Працевлаштування та зайнятість в системі соціально- професійної реабілітації інвалідів	98
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	117
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМУ СТВОРЕННЯ ЦІЛІСНОЇ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ	122
3.1. Інституціональне та фінансове забезпечення системності в соціально-професійній реабілітації інвалідів	122
3.2. Вдосконалення професійної підготовки інвалідів	146
3.3. Стимулювання створення робочих місць для інвалідів	160
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	178
ВИСНОВКИ	181
ДОДАТКИ	186
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	220

ВСТУП

Актуальність теми. Реалізація прав людини в сфері праці та її соціального захисту є ознакою будь-якого демократичного суспільства, країни з соціально-орієнтованою економікою. Стратегічний курс на побудову соціальної правової держави, інтегрованої у світовий економічний простір, що обрала Україна, потребує наближення вітчизняної гуманітарної політики до тих соціальних стандартів, які застосовуються у світовій практиці відносно різних категорій населення і спрямовані на забезпечення гідного життя людини. Однією з категорій, яка є певним індикатором рівня соціальної зрілості держави і суспільства, є інваліди. Реінтеграція й інтеграція громадян з обмеженими можливостями у суспільне життя та виробництво багато в чому залежить від їх соціально-професійної реабілітації. Проблеми забезпечення соціально-професійної реабілітації, працевлаштування та зайнятості інвалідів в Україні є вкрай важливими й актуальними, особливо через зростання чисельності інвалідів в нашій країні за 1994 – 2007 роки на 12% та низький рівень зайнятості дорослих інвалідів (15,4%).

Впровадження в соціальну практику нормативно-правових актів, що відповідають міжнародним стандартам, роблять не менш актуальною розробку методологічної бази, яка дозволить поставити процес реабілітації інвалідів на більш якісний рівень. Саме пошуку шляхів удосконалення системи соціально-професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів і присвячена дана дисертаційна робота. Застосування концептуально нового методологічного системного підходу до реабілітації інвалідів, у рамках якого потрібно розробляти відповідні організаційно-методологічні засади та механізми реалізації діючого в Україні законодавства, корегування останнього стосовно потреб практики є найбільш важливим напрямом концентрації зусиль наукових пошуків для вирішення проблем реабілітації інвалідів з метою розширення їх трудової зайнятості.

Окремі теоретико-методологічні аспекти досліджуваної проблеми розглянуті відомими зарубіжними ученими Г. Беккером, Е. Дюркгеймом, Г.

Слезингером, Б. Генкіним, В. Роїком та ін. З вітчизняних дослідників у даній області наукових знань слід назвати О. Амошу, Д. Богиню, О. Грішнову, Т. Кір'ян, А. Колота, Н. Борецьку, А. Гриненко, Е. Лібанову, О. Новикову, О. Осауленко, А. Решетнікову та інших. В методології і практиці соціально-професійної реабілітації інвалідів, їх працевлаштуванні та зайнятості значущими є набутки таких українських вчених і соціальних працівників, як В. Андрієнко, А. Боровських, О. Вірич, К. Дубич, Л. Колешня, Ю. Куліков, Б. Машталярчук, О. Мостіпан, В. Назаренко, С. Орішака, В. Савченко, А. Січкарь, Т. Черниш та ін.

На шляху створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні вже зроблені конкретні кроки. Зокрема, успішно реалізується Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, працюють Рада у справах інвалідів та Міжвідомча координаційна рада з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів при Кабінеті Міністрів України, поступово реалізується Концепція державної системи професійної орієнтації населення, створюються мережа реабілітаційних центрів у країні та підсистема моніторингу інвалідності. У Верховній Раді України і Кабінеті Міністрів України, Міністерстві праці та соціальної політики України постійно проводиться робота, пов'язана з удосконаленням законодавства щодо соціального захисту інвалідів. Указом Президента України від 13.07.2001 р. № 519/2001 була затверджена “Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки”. Вирішенню проблеми працевлаштування інвалідів сприяє реалізація Державної програми зайнятості населення на 2006–2009 роки. Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 року №716 затверджено Державну програму розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року [61]. Але ці обставини лише обумовлюють необхідність більш досконалого вивчення проблеми підвищення ефективності соціально-професійної реабілітації інвалідів, обґрунтування

шляхів розширення їх зайнятості в результаті зростання рівня фахової підготовки та конкурентоздатності на ринку праці.

Зв'язок роботи з науковими програмами й темами. Дисертація виконувалась відповідно до завдань, які визначені Національною програмою соціально-професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки, планами Міністерства праці та соціальної політики України стосовно реабілітації та соціального захисту інвалідів, відповідно до планів наукової тематики Одеського державного економічного університету МОН України за темою «Розробка концепції управління розвитком людських ресурсів в Україні» (ДР № 0105U008996, 2005-2008pp.), у рамках якої вдосконалено методологію і методику дослідження соціально-професійної реабілітації інвалідів; згідно з тематикою НДІ праці: «Проблеми праці на водному транспорті в контексті соціальних стандартів Європейського союзу», (ДР № 0105U006536, 2005р.), у рамках якої проводились соціологічні дослідження мотивації праці інвалідів і апробація авторських методичних підходів до атестації робочих місць в частині їх відповідності професійно-кваліфікаційному рівню інваліда; «Участь у розробці Державної типової програми реабілітації інвалідів та Державної програми розвитку системи реабілітації інвалідів», (ДР № 0106U007414, 2006р.), у рамках якої автором систематизовано матеріали щодо методичного забезпечення системи реабілітації інвалідів; відповідно до планів наукової тематики Мелітопольського державного педагогічного університету «Реструктуризація соціально-економічного потенціалу України та її регіонів в умовах розвитку ринкових відносин» (ДР № 0106U013200, 2006р.), у межах якої автором визначено напрямки формування і структуру механізму вдосконалення системи соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Мета й завдання дослідження. Метою дослідження є удосконалення теоретико-методологічних основ соціально-професійної реабілітації інвалідів і розробка науково-практичних рекомендацій щодо створення цілісної системи її функціонування.

Відповідно до мети дослідження в дисертаційній роботі поставлено і вирішено такі **задачі**:

дослідити соціально-економічні та інституціональні основи інтеграції інвалідів у суспільне життя;

розробити системний підхід до визначення змісту процесу соціально-професійної реабілітації інвалідів;

визначити методологічні принципи результативного функціонування системи соціально-професійної реабілітації інвалідів;

проаналізувати діючу систему реабілітації інвалідів в Україні;

дослідити стан і місце професійної підготовки інвалідів у системі їх реабілітації;

проаналізувати динаміку працевлаштування та зайнятості в системі соціально-професійної реабілітації інвалідів;

запропонувати напрямки формування цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів;

розробити пропозиції щодо удосконалення інституціонального та фінансового забезпечення системи реабілітації інвалідів;

визначити напрямки удосконалення системи професійної підготовки інвалідів;

розробити заходи щодо стимулювання створення робочих місць для працевлаштування інвалідів.

Об'єктом дослідження є процеси соціально-професійної реабілітації інвалідів на макро- і мікрорівнях.

Предметом дослідження є теоретико-методичні та організаційно-економічні основи системи соціального захисту інвалідів, інституціональні та організаційно-економічні засади механізму соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Методи дослідження. Теоретичною та методологічною основою дослідження є положення економічної теорії, наукові праці провідних вчених галузі соціальної економіки і політики, соціального захисту, а також соціальних

працівників з питань професійної реабілітації інвалідів. В роботі застосовано діалектичний метод наукового пізнання, системний методологічний підхід до дослідження процесу соціально-професійної реабілітації, методи структурно-функціонального аналізу (для визначення структури та функцій системи реабілітації), економіко-статистичного аналізу (для оцінки стану та рівня професійного та фахового навчання інвалідів, стану їх працевлаштування та зайнятості), методи порівняльного аналізу (для визначення відповідності вітчизняного законодавства в сфері соціального захисту інвалідів міжнародним соціальним стандартам), методи економіко-математичного моделювання і прогнозування (для розрахунку прогнозних значень чисельності пенсіонерів-інвалідів та кількості вільних робочих місць для інвалідів), метод соціологічного дослідження (при обґрунтуванні необхідності створення Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів).

Інформаційною основою дослідження є матеріали Державного комітету статистики України, Головних управлінь праці та зайнятості населення обласних державних адміністрацій, матеріали звітів з науково-дослідної роботи НДІ праці Міністерства праці та соціальної політики України і НАН України (м. Київ), стосовно проблем соціального захисту та зайнятості малозахищених верств населення, дані реабілітаційних центрів, результати власних досліджень автора.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в поглибленні теоретико-методологічних положень і розробці науково-практичних рекомендацій щодо створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні та формування механізму її реалізації.

Конкретні результати, що характеризують наукову новизну проведеного дослідження, полягають у наступному:

вперше

розроблено *структурно-функціональну схему цілісної системи реабілітації інвалідів* шляхом їх соціально-професійної реабілітації та

розширення зайнятості, яка визначає інституціональні зв'язки між суб'єктами управління процесом реабілітації інвалідів (органами державної влади, ринковими структурами, громадськими організаціями) та об'єктом управління (інвалідами) і передбачає створення *Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів* під патронатом Міністерства праці та соціальної політики України, що має стати дорадчим органом, який утворюється для координації роботи зі створення цілісної системи реабілітації інвалідів та забезпечення її результативності;

запропоновано *напрямки формування механізму створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів (СПРІ)* (інституційне та фінансове забезпечення СПРІ; удосконалення професійної підготовки інвалідів; стимулювання створення робочих місць для інвалідів), в якому центральне місце має належати працевлаштуванню інвалідів, з метою чого сформульовано *основні принципи професійної підготовки інвалідів* (принцип комплексності; принцип обґрунтування вибору пріоритетів; принцип доступності і рівних можливостей; принцип гуманізму; принцип соціальної компетентності та нормативно-правової підготовленості інваліда; принцип професійної мобільності; принцип універсалізації; принцип оптимального співвідношення; принцип виховання ділових якостей; принцип постійності та безперервності; принцип гнучкості);

удосконалено:

методологічні засади розбудови системи реабілітації інвалідів, а саме розроблено *функціонально-компонентну структуру цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів* (загальна реабілітаційна індустрія; рання медична, соціальна і допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів; психологічна підтримка та професійна орієнтація; професійна підготовка; працевлаштування та зайнятість; моніторинг та інформаційне забезпечення) та запропоновано *методологічні принципи забезпечення ефективності системи реабілітації інвалідів* (науковості та використання правил і стандартів реабілітації; дотримання рекомендації МСЕК в сфері психологічної підтримки та профорієнтації; врахування особистісних рис інваліда та використання

індивідуального підходу до нього; раннього початку реабілітаційних заходів і комплексності реабілітаційних програм; поетапності, послідовності та безперервності у реабілітаційному процесі; гідної зайнятості; економічності);

концептуальні основи науково-практичної діяльності з реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я: обґрунтовано, що обов'язковою умовою результативності системи реабілітації інвалідів є її *цілісність* – обов'язковість наявності всіх підсистем реабілітаційного процесу (реабілітаційної індустрії; ранньої медичної соціальної та допрофесійної реабілітації дітей-інвалідів; психологічної підтримки та професійної орієнтації; професійної підготовки; працевлаштування та зайнятості; моніторингу та інформаційного забезпечення); доведено, що особливого значення для розбудови цілісної системи реабілітації інвалідів має *створення підсистеми моніторингу та інформаційного забезпечення* як передумови забезпечення дієвості реабілітаційного процесу в цілому;

отримали подальшого розвитку:

теоретико-методологічні основи побудови системи реабілітації інвалідів, а саме обґрунтовано необхідність розробки *системного наукового підходу* до удосконалення соціально-реабілітаційного процесу на основі використання принципів концептуальності, єдності компонентів системи, керованості, міжвідомчої координації та взаємодії;

науково-методичні підходи до забезпечення дієвості системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, а саме *систематизовано шляхи фінансування заходів соціально-професійної реабілітації інвалідів* за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, коштів державного і місцевих бюджетів, коштів підприємств громадських організацій інвалідів тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні і науково-методичні положення, а також науково-практичні рекомендації, розроблені в ході дослідження, утворюють основу створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів з метою їх інтеграції до суспільного життя та гідної трудової зайнятості.

Розроблені в дисертаційній роботі пропозиції і рекомендації використані в практичній діяльності Департаменту стратегії соціального розвитку Міністерства праці та соціальної політики України (довідка № 1623/0/19-07/029 від 05.08.2007 р.) – рекомендації щодо удосконалення системи соціально-професійної реабілітації інвалідів та їх працевлаштування; Головним управлінням праці та соціального захисту населення Запорізької обласної державної адміністрації (довідка №2501/05-6 від 24.05.2007 р.) – пропозиції щодо фінансового забезпечення системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, щодо створення умов для їх доступу до всіх видів освітніх послуг та підвищення рівня зайнятості; Управлінням праці, соціального захисту та житлових субсидій Мелітопольської міської ради (довідка № 4466/01-6 від 23.10.2006 р.) – пропозиції щодо створення системи інформаційного забезпечення процесу реабілітації інвалідів у м. Мелітополі, щодо формування механізму моніторингу та банку даних стосовно стану інвалідності, а також щодо створення робочих місць для інвалідів; Одеським обласним товариством інвалідів (довідка № 19-Н від 26.12.2005 р.) – пропозиції щодо координації роботи між Головним управлінням соціального захисту та обласним центром зайнятості; ДП «МТП «Южний» (довідка від 22.09.2006 р.) – рекомендації щодо атестації робочих місць для інвалідів; ВАТ «Одеське спеціалізоване управління механізації» (довідка №08/3-125 від 22.09.2006 р.) – рекомендації щодо професійної спеціалізації робочих місць за рівнем кваліфікації інваліда.

Результати досліджень, що містяться в дисертації, також використано у навчальному процесі Мелітопольського державного педагогічного університету при викладанні курсів «Економіка праці і соціально-трудова відносини», «Управління персоналом», «Соціальна політика» (довідка № 06/706 від 10.04.2008 р.).

Особистий внесок здобувача. Усі результати, викладені в дисертаційній роботі, отримані здобувачем самостійно і знайшли відображення в опублікованих працях автора. З робіт, опублікованих у співавторстві, використано тільки ті результати, що отримані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дослідження доповідались і отримали схвалення на науково-практичних конференціях: міжнародній науково-практичній конференції «Інституціональні перетворення в суспільстві: світовий досвід і українська реальність» (м. Мелітополь, 2006 р.), міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми економіки та управління підприємствами» (м. Жовті Води 2007 р.), міжнародній науково-практичній конференції «Економіка і маркетинг в XXI ст.» (Донецьк, 2007 р.), на наукових конференціях професорсько-викладацького складу Мелітопольського державного педагогічного університету (м. Мелітополь, 2006-2007 рр.).

Публікації результатів дослідження. За темою дослідження опубліковано 10 наукових робіт загальним обсягом 3,7 д.а., з яких особисто автору належить 3,6 д.а., у тому числі у наукових фахових виданнях 5 робіт загальним обсягом 2,2 д.а., з яких особисто автору належить 2,1 д.а.

Обсяг і структура дисертаційної роботи. Дисертація складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури зі 198 найменувань, додатків. Зміст дисертації викладено на 185 сторінках друкованого тексту, включаючи 12 таблиць на 13 сторінках, 13 рисунків на 13 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

1.1. Соціальні та інституціональні передумови інтеграції інвалідів у суспільне життя

Європейська орієнтація України потребує нових концептуальних підходів до розв'язання проблем трудової зайнятості інвалідів. Цій категорії громадян слід забезпечити не тільки права, а й можливості працювати. Практика показує, що залучення громадян з інвалідністю до сфери праці важливе як для них самих, так і для суспільства, оскільки підвищується життєвий рівень інвалідів, збільшується їхня можливість розвинути та використовувати власний творчий, інтелектуальний та духовний потенціал.

Реабілітація інвалідів має забезпечувати їхню економічну та соціальну інтеграцію, що є обов'язком суспільства та пріоритетом будь-якої держави. Ці положення викладено в Плані дій Ради Європи із забезпечення прав та повноцінної участі інвалідів у суспільному житті; поліпшення якості життя інвалідів у Європі, який визначає принципи міжнародного права щодо соціального захисту інвалідів та основні напрямки дій на 2006 – 2015 роки. План дій Ради Європи має слугувати практичним інструментом для розробки і здійснення ефективних стратегій щодо забезпечення повної участі людей з обмеженими можливостями в житті суспільства та для координації діяльності з підтримки інвалідів у всіх сферах політики держав – членів Ради Європи.

Враховуючи процеси інтеграції України в європейські структури та визначаючи важливість принципів, закладених у міжнародних документах, Україна, як незалежна держава, мусить також брати на себе зобов'язання з реалізації міжнародних вимог щодо соціального захисту інвалідів.

В європейських країнах основою соціальної політики щодо людей з інвалідністю є принципи рівних можливостей. Головним у реалізації цих

принципів є реабілітація осіб з обмеженими можливостями та їх подальша інтеграція у суспільне життя за рахунок активних заходів державної політики. В економічно розвинених країнах інтеграція інвалідів у суспільство відбувається шляхом комплексної реабілітації, у межах якої трудові відносини відіграють провідну роль. Україна також мусить підтримати цю категорію громадян, які не спроможні на рівні конкурувати зі здоровими громадянами, за рахунок розробки і впровадження політики максимальної активізації їхніх потенційних можливостей завдяки здійсненню професійної реабілітації та трудової зайнятості [125, с.24].

В умовах фінансово-економічної кризи інваліди стають ще більш вразливими і відносяться до тих верств населення, які можуть викликати соціальний конфлікт. Тому в цих умовах набуває актуальності використання інституціонального методологічного підходу до соціально-професійної реабілітації інвалідів. При цьому велике значення має як теоретичне, так і прикладне поняття інституціоналізму в контексті наукової проблеми, яка конкретно вирішується в дослідженні. В даному випадку – це проблема соціально-професійної реабілітації інвалідів, зокрема, професійної підготовки, працевлаштування і зайнятості. Звідси витікає необхідність використання розширеного уявлення щодо теорії, методології і практики інституціоналізму тому, що регулювання проблеми соціально-професійної реабілітації обумовлено одночасно як регулюючими інститутами, так і нормативно-законодавчими актами.

Засновниками та найбільш стійкими послідовниками економічної теорії інституціоналізму були Т. Веблен, У. Гамільтон, А. Алчіан, Р. Будон, Р. Коуз, У. Мерлінг, Д. Норт, Р. Портер, О. Уільямсон та інші науковці. Процес становлення інституціонального напрямку економічної теорії розпочався на межі XIX-XX сторіч виходом у світ програмної статті основоположника раннього інституціоналізму американського вченого Т. Веблена «Чому економіка не є еволюційною наукою» (1898). Назва «інституціоналізм» укоренялась у науковому уживанні поступово. Цьому сприяло розгортання

довгої масової дискусії про «інституціональні постулати в економічній теорії», розпочатої у 1918-1919 роках американським інституціоналістом Уолтоном Гамільтоном на сторінках професійного журналу «Американське економічне ревю». Саме інституція як похідна категорія економічних досліджень започаткувала назву однойменного наукового напрямку – інституціоналізму. У статті в «Енциклопедію суспільних наук» (1932) У. Гамільтон визначив інституції таким чином: «Інституції – це вербальний символ для кращого позначення низки суспільних звичаїв. Вони означають переважний і стійкий спосіб мислення чи дії, який став звичним для групи чи перетворився для народу у звичай». Значний внесок у розробку методологічних основ інституціоналізму здійснив інший представник раннього інституціоналізму Дж.Коммонс. Дослідження Коммонса містять теоретичне відтворення нового – правового, юридичного аспекту реалізації інституцій. Він поклав початок розмежуванню в змісті категорії інституції як неформального, що впливає зі звичаїв, так і формального, правового аспектів.

Наукова адаптація, популяризація й наступна активна розробка інституціональних економічних проблем була розпочата на післярадянському просторі такими російськими вченими, як А.Азуан, А. Олійник, А.Шаститко, Р.Капелюшніков, Р.Нурєєв, А.Нестеренко, В.Полтерович, А.Московський, В.Вольчик, Ю.Латов, А. Тарушкін, О.Іншаков, Д.Фролов та ін.. В Україні плідну розробку інституціональних проблем трансформаційної економіки здійснюють такі вчені як С.Архіреєв, А.Гриценко, В.Дементьєв, П.Єщенко, В.Лагутін, І.Малий, В.Мандибура, А.Маслов, Є.Нестеренко, Ю.Павленко, С.Панчишин, О.Прутська, Р.Пустовіт, В.Тарасевич, А.Чаусовський, В.Якубенко, О.Яременко та ін.. До прихильників застосування інституціональної теорії у соціальній економіці слід віднести таких сучасних українських економістів, як А.Колот, Д.Богіня, О.Грішнова, Е.Лібанова, М.Кім, О.Новікова та ін.

Поновлення і значне розширення використання категорії інституція в зарубіжній і вітчизняній економічній теорії і літературі викликано хвилею

актуалізації, популяризації наукового інтересу до інституціональних проблем наприкінці XX і початку XXI сторіччя. Це пояснюється тим, що у розвинутих країнах помірну регулятивну функцію у теперішній час успішно виконує сукупність соціальних інститутів. Інтерес сучасних дослідників до інституціоналізму пов'язаний з тим, що його методологія і методи дають можливість подолати обмеженість традиційних підходів до аналізу існуючих механізмів сучасних економічних систем. В основі інституціоналізму знаходиться рівне право у формуванні мотиваційної поведінки людини, вільне прийняття нею рішень під впливом індивідуальних мотивів і стимулів до праці.

Треба відмітити, що в рамках цієї теорії існують різні підходи до вивчення впливу інститутів на виробничі та суспільні процеси, що взаємодіють між собою. Так можна виділити трансакційний підхід (лат. *transactio* – угода), що супроводжується взаємними поступленнями інституційних норм при оптимізації діяльності економічних організацій, який ґрунтується на ідеях Р.Коуза [127].

Теорія агентських відносин приділяє увагу відносинам між власником і найманим менеджером з приводу власності і контролю (представники У. Мерлінг, М. Дженсен, Ю. Фама). Згідно О. Уільямсону, представнику іншого підходу, вводиться поняття регулятивних структур для оцінки поведінки учасників контрактних відносин, вирішення спорів, адаптації до змін, застосування санкцій до порушників. При цьому кожному класу угод відповідає особливий тип регулятивних структур, які забезпечують їх виконання з найнижчими трансакційними витратами (витрати, що виникають в процесі взаємодії індивідів) [182].

Серед прибічників інституціоналізму все більше опанування знаходить розгорнуте поняття соціальних інститутів. Інститут – це соціально-економічна категорія для визначення сукупності формальних (зафіксованих у праві), неформальних (зафіксованих у повсякденному праві, звичаях, традиціях) і спонтанно визначених меж, структуруючих взаємодії індивідів у економічному, політичному та суспільному житті. Така точка зору об'єднує в цілісну систему як

функціональні органи управління та регулювання, так і соціальні нормативно-ціннісні підсистеми (формальні та неформальні норми та еталони соціальної поведінки і соціальних зв'язків людей). Тому сучасна інституціональна теорія базується на вирішенні двох основних проблем:

- з'ясування сутності природи виникнення нових інститутів і особливостей їх функціонування;
- оцінка ролі та характеру інституційних змін.

Інституційні зміни в соціально-економічних системах можна визначити як процес виникнення, розвитку та закріплення норм, правил і стереотипів економічної поведінки, адекватних ринкової системі господарювання. Вагомий внесок в теоретичну розробку категорії «інституція» в структурі нового інституціоналізму здійснив його провідний представник Даглас Норт. У своїй відомій праці «Інституція, інституціональна зміна і функціонування економіки» (1990) Д. Норт визначає інституції як усталені в суспільстві «правила гри» або створені людиною обмежувальні рамки, які розглядаються окремо від індивідів й організацій. Вони організують взаємодію між людьми, зменшують економічну невизначеність за допомогою структурування щоденного життя, а також передбачають систему механізмів, які забезпечують їх виконання.

Д.Норт найважливішим джерелом удосконалення інститутів розглядає фундаментальні зміни у співвідношенні цін (пропорціях між цінами факторів виробництва, вартістю інформації, змінами в технологіях та ін.). Також він виділяє такі фактори інституціональних змін, як двоїста роль держави, вплив груп зі специфічними інтересами, залежність інститутів від раніше обраної стратегії [144].

Інституціональні зміни – це трансформаційні перетворення формальних і неформальних інститутів, які проявляються у зміні та перерозподілі функцій між діючими інститутами та утворенні нових. Подібні інституціональні зміни проходять на Україні з початку 90-х років ХХ сторіччя і до сьогодні. Позитивним явищем цих перетворень було появлення відкритого ринку праці, конкуренції між підприємцями, появлення нових форм ведення

бізнесу, приватної власності, – зміни в соціально-трудої сфері (трудої договори, соціальний захист від безробіття), в структурі доходів населення і таке інше. Але негативні наслідки у вигляді руйнування старих формальних інститутів та неповноцінного функціонування нових призвели до втрати довіри до державних інститутів і розчарування в обраному курсі економічних реформ з боку населення, значному розшаруванню в доходах. З роками населення стає більш адаптованим до нових реалій життя, формуються нові моделі поведінки, які потребують і нових формальних інститутів регулятивного типу.

Сучасний інституціоналізм основну увагу приділяє мотивації праці, як важливішої складової людського капіталу. Тому автор погоджується в принципових моментах з точкою зору А. Колота, який стверджує, що «сучасний інституціоналізм як напрямок економічної думки орієнтований на людину, її вільну економічну діяльність на основі залучення мотиваційного потенціалу» [184, с. 278]. Але тут виникає питання: як вирішується проблема мотивації в умовах, коли нова управлінська еліта (технократія) становиться в професійному відношенні сильніше гуманітарної еліти, коли на зміну гуманітарній організаційній культурі приходять технократична оргкультура? Тим більше, що у західному суспільстві управлінська еліта поступово бере верх над традиційною фінансовою олігархією і становиться правлячим класом. І така точка зору не є одиничною [127, с.103]. Адже саме гуманітарна більшість сьогодні диктує правила гри в силу складених традицій, що порушує принцип соціальної справедливості при виборі управлінських рішень.

Виходячи з позицій інституціональної теорії, економіко-правові аспекти у трудових відносинах набувають все більшого значення, особливо при укладанні трудових договорів, які тепер не можуть бути «формальною угодою». Колективні й інші форми трудових договорів повинні мати спрямованість на розвиток людського капіталу, виходячи з пріоритетів у мотивації праці. Тобто інституціоналізм, спираючись, з одного боку, на формальні та неформальні норми та еталони соціальної поведінки, зокрема

роботодавця і найманого робітника, потребує досконалих соціально-трудових відносин. З другого боку, інституціоналізм зі своєї природи, базуючись на норми, не може бути проти бізнес-процесів, котрі повинні бути покладені в основу соціально-трудових відносин і трудових договорів. Звідси змінюються акценти в мотивації праці. В умовах трудового договору необхідно покладати такі стимули до праці, які можуть бути дійсними зовнішніми мотиваторами, забезпечуючи мотивовану поведінку в трудовій діяльності.

Отже, на відміну від класичної, неокласичної і регульованої економічної теорій в центрі інституціоналізму перебуває мотивація, що є основою поведінки людини та підставою у прийнятті мотивованого рішення під впливом стимулів до праці. Тобто обґрунтовано стверджувати, що сучасний інституціоналізм завдяки розвинутим державним, ринковим, громадським інститутам, законодавчим і неформальним нормам, орієнтований на людину, на використання її мотиваційного потенціалу, як основної складової людського капіталу.

Дж. Кемпбелл в монографії “Інституціональна зміна і глобалізація” (2004) дає наступне визначення основоположної категорії інституціональної теорії: “Інституції є фундаментом суспільного життя. Вони складаються з формальних і неформальних правил, механізмів спостереження і примусу до їх дотримання, а також систем значень, що визначають контекст, в межах якого індивіди, корпорації, профспілки, національні держави й інші організації діють і взаємодіють один з одним. Інституції є регуляторами, які породженні боротьбою і домовленостями”. Дж. Кемпбелл вважає, що інституції відображають ресурси і владу тих, хто їх устанавлює, і, у свою чергу, впливають на розподіл ресурсів і влади в суспільстві. “Виникнувши, інституції стають могутніми зовнішніми силами, що допомагають визначити, яким чином люди наповнюють змістом свій світ і діють в ньому. Вони регулюють конфлікти і, таким чином, забезпечують стабільність у суспільстві. Без інституцій життя є хаотичним і більш складним” [190, с. 1].

Функціональне призначення інституцій полягає в визначенні рамочних обмежень реалізації економічної мотивації і поведінки суб'єктів господарювання, економічних виборів, відносин та процесів. Дія правил та санкцій створює необхідний рівень суспільного порядку, робить економічне життя більш стабільним і передбачуваним. Ефективність функціонування інституцій залежить як від їх якості, так і від всезагальності та дієвості спонукальних механізмів до їх дотримання.

Приєднання України до міжнародних співтовариств зробило необхідним для нашої держави виконання цілого ряду важливих міжнародно-правових норм щодо соціального захисту і соціальної інтеграції у суспільстві осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Саме тому в Україні державна політика та національне законодавство стосовно соціального захисту інвалідів в теперішній час базується на чинних нормах міжнародного права.

Критерієм оцінки соціальної політики держави стосовно громадян з особливими потребами (далі – інвалідів) є доступність для них фізичного середовища. Індикаторами дотримання цього критерію служить наявність у інваліда гідного житла та роботи, його доступність до необхідного виду транспорту, культури, інформації і каналів комунікації. Будь-яка держава, соціальна політика якої спрямована на соціальний захист і реабілітацію інвалідів, вживає заходів з метою подолання бар'єрів, що перешкоджають створенню сприятливого середовища для життєдіяльності інвалідів. До таких заходів на нашу думку належить розробка державних програм щодо інвалідів, стандартів, гарантій, норм і правил поведінки суб'єктів і об'єктів управління шляхом прийняття законодавчих актів, які спрямовані на забезпечення доступу до закладів громадського використання, клубів за інтересами, транспорту тощо.

Комісія соціального розвитку ООН у 1998 році визначила, що непрацездатність створюється суспільством. Спираючись на це, основні постулати формування соціальної політики будь-якою державою стосовно інвалідів, які вже знайшли визнання у міжнародній спільноті, є такими:

уряд повинен відповідати за обов'язкове усунення причин інвалідності та її наслідків;

уряд забезпечує інвалідам можливість досягнення однакового з іншими громадянами рівня життя, в тому числі у сфері доходів, освіти, охорони здоров'я, зайнятості й громадському житті;

інваліди мають право жити в соціумі, де вони народились: світова спільнота засуджує їх ізоляцію. Для цього спільнота повинна прагнути сформувати умови для незалежного проживання інвалідів (самозабезпечення, самодостатність у повсякчасному житті);

за інвалідами повинні бути визнані права та обов'язки рівноправних громадян суспільства;

держава повинна прагнути забезпечити доступність заходів, що стосуються інвалідів, на всій території країни, незалежно від того, де проживає інвалід (місто, сільська місцевість і т. ін.).

Міжнародний досвід враховує, що при реалізації політики по відношенню до інвалідів необхідно брати до уваги специфіку їх хвороби. Тому всі вони перебувають у різних умовах. Для забезпечення їх громадянських прав і обов'язків стосовно кожної групи інвалідів здійснюються окремі заходи. Права маргінальних (*marginalis* – що знаходиться на краю, на межі) верств населення захищені на міжнародному рівні нормами права як загального характеру, так і спеціальної спрямованості. До норм загального права відносяться: Загальна декларація прав людини, яка прийнята Генеральною Асамблеєю ООН від 10.12.1948 р., у Парижі; Європейська соціальна Хартія (Турін, 18.10.1961 р.); Міжнародна Конвенція з громадських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав, що прийнята Генеральною Асамблеєю ООН від 16.12.1966 р. У грудні 1989 р. у Страсбурзі представниками 11-ти країн-членів Європейського Союзу (ЄС) було прийнято декларацію у вигляді Хартії Союзу Фундаментальних Соціальних прав (Соціальна Хартія), а саме: вільність руху, зайнятість та винагорода; вдосконалення умов проживання та праці; соціальний захист; вільність утворення асоціацій та здійснення переговорів між

представниками підприємств та працівників про умови праці; професійне навчання; рівність у жінок та чоловіків; поінформованість та консультація працівників; охорона здоров'я та безпека на робочому місці; захист маргінальних груп населення (дітей та підлітків, осіб похилого віку, інвалідів). У 1994 р. ЄС було сформовано робочий документ, який отримав назву Зелена книга, де визначено базові аспекти соціальної політики ЄС, у тому числі забезпечення рівних можливостей для всіх верств населення. Результатом консультаційної процедури про європейську соціальну політику було створення Білої книги, основною метою якої є узагальнення головних напрямів майбутньої соціальної політики, що базуватиметься на економічному зростанні, високих рівнях конкурентоспроможності та зайнятості всіх груп населення.

До спеціальних, стосовно інвалідів норм права, слід віднести: Декларацію про права інвалідів, яка проголошена Генеральною Асамблеєю ООН від 09.12.1975 р.; Всесвітню програму дій щодо інвалідів від 03.12.1982 р.; Стандарті правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (затверджені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20.12.1993 року № 48196). Політичною і моральною основою цього документу стали: Конвенція про права дитини, Міжнародна Декларація про права людини, Міжнародний пакт про громадські і політичні права, Всесвітня програма дій стосовно інвалідів, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Тобто більше півстоліття проблеми інвалідів з боку ООН визначались як належні до сфери прав людини.

Окремо в міжнародно-правових документах, які гарантують права і свободи інвалідів, виділено питання, що стосується забезпечення ефективного здійснення права трудящих-інвалідів і розумово-непрацездатних осіб на професійну підготовку, професійну і соціальну реадaptaцію (адаптація – лат. асіарі – пристосування). У зв'язку з цим демократичні держави, у тому числі Україна, узяли на себе додаткові обов'язки [6-8]: з представлення засобів професійної підготовки, включаючи доступ до спеціалізованих державних або приватних підприємств; з працевлаштування за допомогою спеціалізованих

служб, шляхом надання робочих місць за умовами праці, що щадять, і використання засобів спонукання роботодавців до прийняття інвалідів на роботу.

Відповідно до міжнародних норм інваліди мають право на економічне та соціальне забезпечення й задовільний рівень життя. Вони мають право у відповідності зі своїми можливостями не тільки одержувати, але і зберегти за собою робоче місце, займатися корисною, продуктивною, за винагороду діяльністю і бути членом профспілкових організацій. Питання відновлення працездатності, створення рівних можливостей в одержанні освіти і зайнятості докладно розглянуті у Всесвітній програмі дій відносно інвалідів.

Велике значення для правового регулювання соціального забезпечення у міжнародному та внутрідержавному масштабі мають конвенції та рекомендації Міжнародної Організації Праці (МОП), яка створена у 1919 році. По-перше, у них містяться соціальні стандарти, рівню яких повинні відповідати законодавства всіх країн. По-друге, конвенції і рекомендації МОП сприяють інтернаціоналізації законодавства про соціальне забезпечення. Рішення конференції МОП виступають у формі конвенцій та рекомендацій. Конвенції за своєю правовою природою є різновидністю міжнародних договорів, які після ратифікації державою стають обов'язковими до виконання. Рекомендації конкретизують зміст конвенцій або можуть носити самостійний характер, але зосередженні в них норми можуть використовуватися у національному законодавстві з уточненням держави. Рекомендації часто представляють собою більш високий рівень розвитку міжнародних стандартів у сфері соціального забезпечення. Тому з їх урахуванням національне законодавство може бути більш прогресивним у порівнянні з відповідними конвенціями.

Всі конвенції та рекомендації МОП про соціальне забезпечення можна умовно поділити, як і попередні міжнародні норми права, на дві групи. *Першу групу* становлять акти універсального значення. Насамперед, слід назвати Конвенцію № 102 "Про мінімальні норми соціального забезпечення" (1952) [9]. Цей документ містить основні норми про речі, розміри і умови надання

соціального забезпечення. У Конвенції перелічені всі види соціального забезпечення, у тому числі пенсії за інвалідністю. Конвенція № 117 "Про основні цілі та норми соціальної політики" (1962) [10] має велике значення для досягнення такого рівня соціального забезпечення, яке задовольняє реальні життєві потреби людини. Вона включає зобов'язання держави представляти незалежним виробникам та найманим працівникам умови для підвищення свого життєвого рівня, а також підтримувати встановлений шляхом офіційних обстежень прожитковий мінімум. Дане положення особливо актуальне сьогодні, коли пенсія інваліда значно менша прожиткового мінімуму.

У 1964 р. на 48 сесії Генеральної конференції МОП соціалістичним державам удалося добитися прийняття Конвенції № 122 „Про політику в області зайнятості” [14]. У ній зазначався обов'язок кожної держави – члена МОП " у цілях стимулювання економічного росту і розвитку, підвищення рівня життя, задоволення потреби у робочій силі і ліквідації безробіття і неповної зайнятості” проголосити головною метою “активну політику, направлену на сприяння повної, продуктивної і вільно обраної зайнятості". Конвенція № 122 була ратифікована багатьма державами і зробила позитивний вплив на розвиток національного планування в соціальній області. Облік потреб населення в сфері зайнятості, створення і розширення нових робочих місць стали включатися в як пріоритетна мета до багатьох планів розвитку національної економіки особливо в країнах, що розвиваються. Однак ця конвенція відносно незахищених верств населення, зокрема інвалідів, незважаючи на все її значення, не згадувала про основну правову умову забезпечення загальної зайнятості – про право на працю. Створювалася парадоксальна ситуація, коли МОП – головний міжнародний форум, створений для обговорення соціальних проблем трудящих і сприяння їхньому дозволу, залишив без уваги найбільш важливу юридичну гарантію досягнення загальної зайнятості [15]. Консервативні сили в МОП довгий час противилися прийняттю документа, де містилося би згадування права на працю. Але в червні 1984 р. на 70-й сесії Генеральної конференції МОП була прийнята «Рекомендація про політику

зайнятості». Рекомендація вказує, що “сприяння повної, продуктивної і вільної обраної зайнятості... повинне розглядатися як засіб практичної реалізації права на працю”, що “повне визнання державами-членами права на працю повинне зв’язуватись із здійсненням економічної і соціальної політики, ціль якої – сприяти повної, продуктивної і вільно обраної зайнятості”, що сприяння досягненню такої зайнятості „повинне бути пріоритетною метою і складовою частиною економічної і соціальної політики держав-членів”. У рекомендації перераховуються деякі найбільш ефективні засоби підвищення рівня зайнятості; забороняється яка-небудь дискримінація з граничної зайнятості й умови праці для будь яких верств населення; указується на обов'язок держав сприяти пристосуванню трудящих до структурних і технологічних змін шляхом підвищення кваліфікації і перекваліфікації; підкреслюється, що розвиток техніки повинен не скорочувати зайнятість, а сприяти її розширенню, поліпшенню умов праці, скороченню робочого часу.

Зберігає своє значення Рекомендація № 67 „Про забезпечення доходу” (1994) [11]. В ній йде розмова про відновлення розміру доходу, втраченого з причин непрацездатності, тобто у випадках отримання інвалідності. Особливе місце займає рекомендація № 167 „Про встановлення міжнародної системи прав в області соціального забезпечення” (1983) [16]. Вона сприяє укладанню багатосторонніх умов про соціальне забезпечення між державами-членами МОП.

Друга група документів МОП належить до окремих суб'єктів соціального забезпечення, зокрема інвалідів. Серед них – Конвенція № 128 „Про допомогу з інвалідності, старості, у випадку втрати годувальника” (1967) [15]. Норми про забезпечення допомоги у випадках трудового каліцтва, професійних захворювань, а також безробіття включає Конвенція № 121 „Про допомогу на випадок виробничого травматизму” (1964) [13]. Спеціальний характер має Конвенція № 159 й рекомендація № 168 до неї “Про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів” (1983) [17], яка декларує права інвалідів на спеціальну та

професійну реабілітацію і гарантії зайнятості інвалідів. Вона ратифікована Законом України від 6 березня 2003 року № 624-IV.

Особливого значення набуває актуальна проблема виплати інвалідам мінімальної заробітної плати у тих випадках, коли вони працюють на підприємствах і в організаціях громадських організацій інвалідів або спеціалізованих підприємствах і організаціях звичайного режиму на постійній основі та не одержують гарантованою державою мінімальної заробітної плати. В процесі дослідження довелось зіткнутися з фактами дискримінації у цьому питанні, коли інвалідові вдавано встановлюють „неповний робочий день або відрядну оплату праці”, щоб відхилитися від виконання цієї соціальної гарантії. З цього приводу слід нагадати, що суттєвість мінімальної заробітної плати та основи її регулювання незалежно від соціального статусу, віку, статі особи, відображені в конвенціях і рекомендаціях МОП.

Ще в 1928 р. були прийняті Конвенція № 26 і Рекомендація № 30 про вироблення і застосування процедури встановлення мінімальної зарплати. Конвенція № 99 (1951 р.), присвячена процедурі встановлення мінімальної заробітної плати в сільському господарстві, визначає орієнтири для організації соціального захисту працівників цієї галузі. Представники профспілок у МОП протягом багатьох років наполегливо порушували питання про прийняття всеохоплюючого і всезобов'язуючого міжнародного акту з питань мінімальної заробітної плати. У результаті в 1970 р. були прийняті відповідні Конвенція №131 і Рекомендація №135 «Про встановлення мінімальної заробітної плати з особливим урахуванням країн, що розвиваються». Згідно з цими документами встановлена мінімальна заробітна плата має силу закону і не підлягає зниженню, а незастосування цього положення спричиняє карні чи інші санкції. У цьому документі сформульовані критерії визначення рівня мінімальної заробітної плати: потреби трудящих і їхніх родин, вартість життя, загальний рівень заробітної плати і соціальних допомог; продуктивність праці, підтримка високого рівня зайнятості. Відповідно до Рекомендацій МОП № 135 „...основною метою встановлення мінімальної заробітної плати повинне бути

надання особам, що працюють за найманням, необхідного соціального захисту у відношенні мінімально припустимих рівнів заробітної плати”. Особливо важливе положення про те, що мінімальна заробітна плата повинна переглядатися з урахуванням вартості життя й інших економічних умов.

Державна політика соціального захисту інвалідів в Україні представлена широким спектром законодавчих актів. Насамперед, це є Конституція України, Кодекс законів про працю, а також Законів України: „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, „Про зайнятість населення”, „Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, „Про державну допомогу дітям-інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам”, „Про статус і соціальних захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”, „Про пенсійне забезпечення”, „Про загальну середню освіту”, „Про професійно-технічне навчання”, „Про освіту”, „Про вищу освіту”, „Про реабілітацію жертв політичних репресій”, „Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”, „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти”, „Про оподаткування прибутку підприємств”, „Про податок на додану вартість”, „Про поставку продукції для державних потреб”, „Про збір на обов’язкове державне пенсійне страхування”, „Про збір на обов’язкове соціальне страхування”, Постанова КМ України „Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів”; „Положення про робоче місце інвалідів і про порядок працевлаштування інвалідів”; „Порядок сплати підприємствами (об’єднаннями), установами, організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів”; „Порядок формування та розміщення державних замовлень на поставку продукції для державних потреб і контролю за їх виконанням” тощо. Згадані закони, як показують наші дослідження та дані інших дослідників [152], відповідають у своїй основі міжнародним стандартам. Переконливим доказом цього є Указ Президента України „Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні

у 2003 році Року людей з інвалідністю», а також Постанова Верховної Ради України „Про стан забезпечення в Україні встановлених чинним законодавством соціальних, економічних, правових і конституційних гарантій в сфері соціального захисту та реабілітації інвалідів” від 20.02.2003 року № 560-IV. За останні роки прийнято укази Президента України «Про вдосконалення державного регулювання у сфері зайнятості населення та ринку праці в Україні», «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями», «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів», закони «Про реабілітацію інвалідів», «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо професійної і трудової реабілітації інвалідів», «Про внесення змін і доповнень до деяких Законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість». Вагоме значення мають Постанови Кабінету міністрів України: «Про затвердження державної типової програми реабілітації інвалідів» від 08.12.2006 №1686, «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» від 12.05.2007 №716, «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» від 23.05 2007 №757. Тобто існуюча нормативно-правова база в Україні є достатньою для поступової інтеграції інвалідів у суспільство.

Аналіз основного українського законодавства щодо норм соціального захисту та соціальної політики стосовно інвалідів показує, що воно витримано та зорієнтовано на міжнародні соціальні стандарти. Тому соціальна політика, що проводиться в діючому законодавстві України відносно прогностичних розрахунків, свідчить саме про це. Розробка механізмів реалізації основоположних законодавчих актів на сьогодні по можливості також спрямована на досягнення контрольних цифр програми “Україна - 2010”, на завдання Основних напрямів соціальної політики в інших програмних

документах, на Генеральну угоду між Кабінетом Міністрів України, Конфедерацією роботодавців України та профспілковими об'єднаннями України, на Концепцію подальшого реформування оплати праці в Україні та на основні напрямки політики щодо грошових доходів населення. Інша справа полягає в тому, що не всі ці механізми можливо реалізувати з тих чи інших причин. Сучасна системи реабілітації інвалідів в Україні недостатньо враховує особисті потреби інвалідів, недостатньо втілює в життя «принцип рівних можливостей» - основу соціальної політики щодо інвалідів.

На відміну від розповсюдженого погляду, згідно з яким майже всі недоліки у вирішенні проблеми інвалідності загалом, пояснюються кризовим етапом економіки України, в нашому дослідженні зроблено об'єктивну оцінку соціально-економічного стану країни. Сьогодні можливо зробити висновок про те, що в Україні в останні роки намітилося стале економічне зростання. Воно характеризується щорічною стабільною тенденцією, починаючи з 2000 року, темпів росту ВВП, доходів населення, інвестицій в основний капітал, обсягу виробленої та реалізованої продукції, збільшенням середньомісячної заробітної плати та інших найважливіших показників соціально-економічного розвитку держави. При цьому спостерігається не тільки тенденція темпів росту, але й темпів збільшення приросту цих показників в порівнянні з попередніми роками. Навіть з самих критичних оцінок щорічні темпи приросту основного показника – внутрішнього валового продукту становитиме не менше як 5-6 відсотків, а обсяг інвестицій зросте на 8 – 10 %.

Економічне зростання дає підставу офіційно замислитися над удосконаленням методологічних підходів, зокрема над впровадженням системного наукового підходу та удосконаленням механізмів реабілітації інвалідів та їх соціального захисту. Крім вже наведених даних про наявність необхідної законодавчої бази і сталої тенденції економічного зростання слід відмітити накопичений досвід роботи у цій галузі, підготовленість наукових кадрів і практичних працівників.

Сьогодні збільшилась зацікавленість і безпосередня робота, яку проводять Кабінет Міністрів України, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти та науки, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, інші відомства та державні адміністрації всіх рівнів управління стосовно соціально-професійної реабілітації інвалідів. Відбувається зростання громадської свідомості, створення мережі громадських організацій інвалідів, їхня активна позиція щодо інвалідного руху. Головним етапом в розвитку менеджменту цього механізму на інвалідних підприємствах є створення (рішенням установчої конференції від 22 вересня 2001 р.) Всеукраїнського громадського соціально-політичного об'єднання «Національна асамблея інвалідів України» (далі – Асамблея), що зареєстровано Міністерством юстиції України 10.01.02 р. № 1734. До складу Асамблеї увійшли всі авторитетні, значущі всеукраїнські, обласні, міські та інші громадські організації інвалідів на правах колективних членів. Громадяни України з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату; громадяни, які отримали інвалідність під час Великої Вітчизняної війни та під час служби у Збройних силах України та колишнього Радянського Союзу; шахтарі; афганці; чорнобильці; батьки дітей-інвалідів; інваліди з дитинства; жінки-інваліди; спортсмени-інваліди – практично весь спектр людей з особливими потребами представлені сьогодні в Національній асамблеї інвалідів України за допомогою своїх колективних членів. Метою діяльності Асамблеї є об'єднання громадських організацій інвалідів, узгодження дій та консолідація їхніх зусиль, спрямованих на поліпшення становища інвалідів в Україні, сприяння захисту конституційних прав інвалідів, підвищення їх ролі й соціального статусу в суспільстві та захист спільних інтересів своїх членів. Створення Асамблеї – це втілення досвіду роботи громадських організацій інвалідів і влади в системі ефективної взаємодії державних органів влади і громадського руху інвалідів та забезпечення їхніх прав.

Також Установчим З'їздом 8 липня 2004 р. створена «Конфедерація громадських організацій інвалідів України» (далі – Конфедерація) і

zareestrowana Ministerstwom yusticii Ukrainy yak dobrowyl'na neprybutkova organizatsiya. Za chas swogo isnuvannya Konfederatsiya ob'ednala 34 hromads'ki organizatsii inwalidiv ta rehional'ni viddilennya v oblastyakh Ukrainy. Chiselnist' chleniv Konfederatsii syohodni skladae ponad 1 mln. hromadyan. Metoyu Konfederatsii e zadowolen'ny i zakhyst konstitutsiynih prav inwalidiv, ob'ednannya hromads'kykh organizatsii inwalidiv, spriyannya realizatsii derzhavnoyi polityky pidtrymky pidpriemnytstva inwalidiv v Ukraini shlyakhom zaluchennya y efektywnoho vykorystannya finansovih i material'nykh resursiv, vzdystoyuvannya zakonnykh sotsial'nykh, ekonomichnykh, tvorchykh, natsional'no-kul'turnykh ta inshykh suspil'nykh interesiv svoiyh chleniv.

Aktualizatsiyu problemy rehabilitatsii inwalidiv obumovlyue tendentsiya zrostant'nyah zagal'noyi chiselnosti inwalidiv ta dityachoy inwalidnosti. V tsiy situatsii same systemno-naukovyiy pidkhid zastosuvannya naukovykh metodiv y sotsial'no-rehabilitatsiynomu protsesi dozvolayie pidvyshchyt' ykh konkurentozdatnist' na rynku pratsi, uspishno integruvatisya v suspil'stvo.

1.2. Системний підхід щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів

При proveden'ni dysertsatsiynoho doslidzhennya yoho avtorovi dovodylos' neodnоразово zvertatys' do ponyattya sotsial'no-profesiynoyi rehabilitatsii inwalidiv i vyhoditi zi svoiyimi propozytsiyami shcho do yoho viznachennya. Prote syohodni, коли вже діє Закон України "Pro rehabilitatsiyu inwalidiv v Ukraini" vid 6 zhovtnya 2005 r. № 2961-IV [20], avtor doderzhuetsya ponyattya, shcho vitykae z isnuuyuchoho zakonodavstva. Tobto sotsial'no-profesiynu rehabilitatsiyu rozumiyut' yak kompleks zakhodiv, metoyu yakykh e stvorennya systemy zakhodiv, spriyomovanykh na stvorennya i zabezpechennya umov dlya poveryennya osoby do aktivnoyi uchasti y zhytt'i, vidnovlennya yiy sotsial'noho statusu ta zdatnosti do samostiynoyi i rodynno-pobutovoyi diyal'nosti shlyakhom sotsial'no-seredovishchnoyi oriєntatsii ta sotsial'no-

побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації. Досягнення цієї мети здійснюється через заходи, які спрямовані на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи.

Перші спроби системного наукового підходу до розуміння процесу соціально-професійної реабілітації інвалідів були розпочаті у Державній доповіді “Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами” (2002 р.) [156], в науково-дослідних працях НДІ праці і зайнятості населення, що проведені у 2002 – 2003 роках і продовжуються у 2004 – 2007 роках [152].

Перш, ніж приступити до методологічного дослідження конкретного об’єкту, в даному випадку навчально-реабілітаційного процесу осіб з обмеженими можливостями здоров’я, звернемося до таких ключових понять як методологія й системність.

Загальне поняття системності наведені у наукових працях Г. Галіця, Л. Колешні, Ю. Кулікова тощо [94, 124]. В цих науково-дослідних роботах і публікаціях обґрунтована загальна методологія системності та її відображення у формуванні основних складових системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, якщо сприймати її як цілісну. Таке системне уявлення більш пов’язане з акцентуванням уваги на системно-компонентному аспекті системності, тобто на формуванні складу системи за її обов’язковими компонентами. Але прийшов час, коли в системному методологічному підході необхідне посилення концептуальних засад системності. Своє відображення концептуальність знаходить, перш за все, у цілепокладанні, що повинно враховувати інституціональні зміни як у нормативно-законодавчій базі, так і в управлінні процесами соціально-професійної реабілітації інвалідів. Зокрема, потрібне посилення організаційно-управлінських складових у напрямку

координації і взаємодії всіх учасників реабілітаційних процесів. Концептуальність повинна також базуватися на специфіці та стратегії розвитку України.

Дослідницька робота автора підтверджує апріорі висловлену думку про те, що вирішення проблеми працевлаштування та гідної зайнятості інвалідів перш за все, залежить від якісної соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями. Тому реалізація в Україні основних положень, закріплених у міжнародних нормативно-правових актах та вітчизняному законодавстві, має передбачити системно-концептуальний підхід до соціально-професійної реабілітації осіб, що втратили певні функції життєдіяльності. Безумовним є те, що в Україні в теперішній час процеси соціально-професійної реабілітації інвалідів спрямовані на досягнення у порядку їх здійснення ознак системності. Тому виникає питання, якою мірою діюча система соціально-професійної реабілітації відповідає атрибутам її цілісності та концептуальності?

Поняття методології як вчення про сукупність наукових методів пізнання (від грецьк. *methods* – метод і *logos* – поняття, вчення), наближених до сучасних уявлень, вперше розглянуто Ф.Беконем, який висунув ідею озброїти науку системою методів наукового пізнання. У подальшому Р.Декарт методологію пізнання сформулював як проблему зв'язків і відносин між суб'єктом і об'єктом дослідження, одночасно поклавши початок основам управління. І.Кант ототожнював проблеми теорії та методології пізнання як у наукових дослідженнях, так і в практиці реалізації їх результатів. І.Кант вперше обґрунтував власний статус методології пізнання об'єкта дослідження, розрізнивши конститутивні принципи пізнання, які притаманні теорії пізнання, та регулятивні принципи, додержання яких у процесі пізнання відповідає його методології. Ця різниця по суті є відмінністю між змістом об'єкту дослідження та формами його існування. Тобто методологія наукового пізнання щодо об'єкту дослідження, базуючись на теорії системного наукового пізнання, розробляє принципи, а звідси – форми й методи регулятивного впливу, що

обумовлює динамічний розвиток об'єкту дослідження, зміст і структура якого були раніше визнані за допомогою конститутивних принципів як його статика.

У подальшому, включаючи й новий час, послідовники І.Канта лише несуттєво змінили дане уявлення про методологію наукового дослідження (І.Фіхте, Г. Гегель, К. Маркс й ін.) наданням їй ролі загального діалектичного методу. Таким чином, методологія наукового дослідження остаточно затвердилася у ролі сукупності форм і методів удосконалення внутрішнього порядку, який притаманний конкретній організаційній структурі досліджуваного об'єкту. Слід особливо підкреслити, що представниками німецької класичної філософії у другій половині XVIII віку та XIX віці ретельно розроблялися принципи системної природи знання. Саме І.Кантом наукові знання були визначені системними, а досліджуваний об'єкт розглядався як система [138].

Важливе значення має з'ясування сутності поняття системності щодо реабілітації інвалідів. Система (від грец. *systema* - ціле, складене із частини) становить безліч елементів, які знаходяться між собою у певних відносинах і зв'язках, що утворює певну єдність, цілісність. Пройшовши довгу історію еволюції, поняття системності свій розвиток починає від античної філософії (Евклід, Платон, Аристотель та ін.). Надалі античні уявлення про системність одержали розвиток в онтологічних концепціях XVII-XVIII століть, зокрема Б.Спінози та Г.Лейбніца, які прагнули до наукової, а не теологічної інтерпретації системності. У центрі філософської системи Б.Спінози знаходиться концепція „вільної людини” незалежно від його походження і займаного місця у суспільстві. Він вважав можливим системне, гармонічне поєднання егоїстичних інтересів особи з інтересами усього суспільства. Г.Лейбніц писав про природні здібності кожної людини до систематизованих знань [135]. Розвиваючи вчення про системність, Г.Гегель важливішу роль у системному аналізі відводив процесу праці, діалектичний розвиток якої він вважав основною умовою становлення людини як особистості, фактором виявлення властивостей системності трудового процесу [173]. Звідси випливає,

що у той далекий час „системники” враховували здібності будь-якої людини до праці метою, а не засобом удосконалення соціально-економічної системи. Введення цієї властивості цілісної системи у ранг та званого “категоричного імперативу” або узагальненої рівності кожної людини як особистості, найбільш актуально при розв'язанні проблеми реабілітації інвалідів. Слід підкреслити, що принципи системної природи знань не є “вигадкою” сучасних дослідників. Особливий статус конститутивних принципів, які формують конституцію системи, її зміст, активна роль похідних від них регулятивних принципів в удосконаленні системи, – все це належить плеяді вчених минулого. Саме вони поступово перетворили різницю між цими видами принципів у теорії й методології пізнання, як різницю між змістом цілісної системи і формами її удосконалення. Згідно цим уявленням наукові знання є системою. Висновок, який витікає звідси говорить про те, що істинно наукові знання відносно досліджуваного об'єкту є системні знання. При цьому сам об'єкт, який відповідає атрибутам системності, є цілісною системою, де мета стоїть над її компонентами. Зроблений висновок має безпосереднє відношення до соціально-економічних систем, про що свідчать думки багатьох вчених – системників, які методологію наукового дослідження розглядають у ролі сукупності принципів, форм і методів удосконалення внутрішньої організації, що притаманна конкретній структурі досліджуваного об'єкту як цілісної системи [158]. Узагальнюючи наведені тут точки зору, ми підійшли до реалізації визначеної нами у загальних рисах методології системності за допомогою конкретної методики дослідження діючої системи реабілітації інвалідів на предмет її цілісності та пошуків резервів підвищення ефективності. Для цього використаємо в частині, в якій ми зацікавлені, методологію дослідження соціально-економічних систем, що розроблена у свій час В.Г.Афанасьєвим [67] і апробована стосовно зайнятості фахівців із вищою освітою у 2003 році Ю. М. Куліковим і Т. П. Збрицькою на кафедрі „Управління персоналом і економіки праці” Одеського державного економічного університету. Враховуючи значну специфіку процесу соціально-

професійної реабілітації інвалідів, перекладемо цей метод на потреби досліджуваної нами проблеми.

Поняття системності, за своєю сутністю є загально-концептуальним, формуючи конституцію системи, її зміст й особливості. Цей висновок має безпосереднє відношення і до соціально-професійної реабілітації інвалідів, яка первісно має ознаки системності. Тому соціально-професійна реабілітація інвалідів, якщо розуміти її як цілісну систему, повинна мати наступні загальні атрибути (ознаки) цілісності.

1. *Цілепокладання або цільова функція* та обумовлений нею атрибут інтегративності, за своєю сутністю, несе в собі концептуальне навантаження. Тобто атрибут системно-інтегративних властивостей є одночасно ознакою концептуальності системи. Це знаходить своє виявлення у можливості надання системою особі з обмеженими можливостями необхідного рівня кваліфікації (знань і навичок потрібного професійного профілю), що дозволяє їй бути конкурентоздатною на ринку праці. Даний специфічний атрибут, як ознака цілісності, є головним, заради чого удосконалюється діючий порядок чи система, що забезпечує її цілісність, тому що він відображає кінцевий результат і основне призначення цільової функції. Наявність ознаки інтегративності системи обумовлює можливість одержання так званого синергетичного (емерджентного) ефекту, який передбачає, що результат спільного функціонування всіх компонентів системи є більшим за суму результатів їх діяльності, характеризуючи тим самим зростання якостей системи реабілітації. Кінцевим результатом цілепокладання є інтеграція інвалідів у суспільство завдяки працевлаштуванню і гідній зайнятості.

2. *Системно-компонентний атрибут* характеризує склад системи, а його аналіз відповідає на питання про достатність складу системи за її компонентами (елементами або підсистемами). Невід'ємними складовими цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів повинні бути такі підсистеми: реабіліційна індустрія, рання медична, соціальна та допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів, психологічна підтримка та професійна орієнтація, професійна

підготовка, працевлаштування та зайнятість, моніторинг й інформаційне забезпечення всіх підсистем.

3. *Структурно-функціональний атрибут* визначає внутрішню організацію системи, виконання нею централізованої функції стосовно складових компонентів системи. Внутрішня організація обумовлює стійкість системи, її рівноважний стан, завдяки управлінності, чіткого визначення сукупних об'єкта і суб'єкта управління реабілітацією інвалідів.

4. *Атрибут комунікативності* встановлює порядок зовнішніх по відношенню до цілісної системи зв'язків, необхідність застосування моніторингу інвалідів і інвалідності, їх працевлаштування та зайнятості [122, с.6].

Таким чином, у нашому дослідженні в контексті системності апріорі припускається, що процес соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні представляє собою створену природним шляхом певну систему. Ця система об'єктивно створювалась у продовж певного часу, постійно підлягала суб'єктивному впливу з боку держави через законодавчі важелі, та формувалась під впливом суспільних відносин. Нині на її розвиток суттєво впливає ринково-конкурентне середовище. Тобто, аналізуючи у методологічному сенсі діючий порядок соціально-професійної реабілітації інвалідів в Україні, приймаємо його за вже об'єктивно усталену певну систему, що сформована і може бути в подальшому переконструйована в цілісну систему завдяки конститутивним принципам системності, які відповідають названим атрибутам (ознакам) цілісності.

Отже, незалежно від ступеню зрілості досліджуваної системи, її поняття залишається однаковим тому, що цільова функція передбачає життєзабезпечення інвалідів шляхом їх *соціальної реабілітації, гідної зайнятості на ринку праці та соціальної інтеграції в суспільство*. Звідси в дисертації у методологічному сенсі та інтегрованому масштабі розглядається *цілісна система соціально-професійної реабілітації інвалідів*. Тут відразу відмічаємо, що у подальшому цілісний реабілітаційний процес, з точки зору

його здійснення, і на відміну від існуючих методичних підходів розглядається нами як процес соціально-професійної реабілітації. Це обумовлено бажанням не тільки охопити всі етапи реабілітаційного процесу, починаючи з ранньої дитячої реабілітації, але бачити у кожному етапі реабілітації соціальні елементи, що обумовлює одержання кінцевого результату нашого дослідження – *гідну трудову зайнятість інвалідів та успішну інтеграцію в суспільну діяльність.*

Тому зростає значущість кожного із етапів реабілітації інвалідів, так як підсилює не тільки роль навчального процесу, але й соціального. Водночас така думка більш відображає зміст самого поняття цього процесу, як соціально-професійного реабілітаційного процесу. І дійсно, ні один з етапів, ні один з видів реабілітації, наприклад осіб, що втратили рівні функції зору, слуху, навіть розумово непрацездатних інвалідів, не обходиться без соціальних і елементів навчання. Тим самим реалізується законодавче право інвалідів на професійну підготовку, професійну і соціальну адаптацію та реадаптацію. Тобто з точки зору соціальної інтеграції інвалідів у суспільство, даний процес слід розглядати як процес їх соціально-професійної реабілітації.

Виходячи із сформульованого поняття визначимось у конститутивних і регулятивних принципах системності та розглянемо їх виявлення в методології і практиці здійснення окремих етапів реабілітаційного процесу, як обов'язкових компонентів цілісної системи, тобто її підсистем або складових блоків.

Для визначення принципів, які формують конституцію системи реабілітації інвалідів як цілісну, необхідно проаналізувати її, насамперед, на наявність раніше сформульованих обов'язкових атрибутів системності. Перш за все, це стосується цільової функції чи як прийнято у системному аналізі – цілепокладання. Призначенням цілепокладання у даній системі є підготовка конкурентоздатних на ринку праці інвалідів, які можуть конкурувати зі здоровими особами. Тобто цілепокладання та централізована інтегральна функція процесу реабілітації стосовно складових її компонентів є ідентичними, так як їх призначення перебуває у спрямуванні дій всієї системи на отримання

нею інтегративних властивостей, а саме такої якості системи, коли вона спроможна підготувати фахівця, що відповідає вимогам ринково-конкурентного середовища. Одержання такої інтегративної якості є можливим лише в умовах погодженої дії всіх компонентів, якими є окремі етапи реабілітаційного процесу, тобто суворой спрямованості діяльності всіх структур незалежно від відомчої підпорядкованості на виконання цієї мети.

Звідси не тільки гіпотетично, але й реальною постає питання про необхідність використання основних положень Концепції соціально-професійної реабілітації інвалідів, якщо така існує. Або розробки цілеспрямованої *Єдиної концепції*, яка б чітко визначала вимоги до побудови і реалізації цілісної системи соціально-професійної реабілітації в Україні. Практика організації реабілітаційного процесу свідчить про те, що така концепція відсутня. Сьогодні окремі етапи реабілітації інвалідів здійснюються згідно з окремими концептуальними положеннями, які притаманні специфіці того чи іншого етапу реабілітації: медичного, соціального, педагогічного, професійно-трудового тощо. Першою спробою створення єдиної реабілітаційної системи слід розглядати Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, затверджену Постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 року № 1545 [51]. Але впровадження цієї Концепції, лише частково вирішує цілісну проблему соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Враховуючи те, що соціально-професійний реабілітаційний процес за своєю сутністю відноситься до концептуальних систем, *принцип концептуальності* повинен бути покладений в основу її формування (чи конструювання), функціонування та подальшого розвитку. При цьому вплив принципу концептуальності є вирішальним у формулюванні та реалізації всіх інших принципів. Принцип концептуальності повинен витікати з *Концепції комплексної соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я*, яка має базуватися як на міжнародних нормах, так і нормах законодавства України. Перш за все, на Конвенції МОП №159 “Про

професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів” (1983) та супровідних Рекомендаціях МОП №168 щодо їх професійної реабілітації та працевлаштування (1983), а також враховувати Концепцію ООН і норми законодавства України щодо соціального захисту, реабілітації працевлаштування та зайнятості інвалідів. [16,7] Характерними її рисами та особливостями мають бути врахування стану соціально-економічної системи, ранній початок здійснення реабілітаційних заходів, безперервність і постадійність реабілітаційного процесу, можливість одержання особою інтегративних якостей, що обумовлюють її конкурентоспроможність на ринку праці, та передумов всебічної інтеграції в суспільство. Це передбачає отримання інвалідом достатніх знань і навичок необхідного професійного профілю та рівня кваліфікації, використання індивідуального підходу до визначення характеру і спрямованості реабілітаційних заходів; якісну багатоступеневу профорієнтаційну роботу, забезпечення комплексного характеру реабілітаційних і освітніх програм з урахуванням їх медичних, педагогічних, психологічних, психотерапевтичних, соціально-побутових, професійно-технічних і освітніх аспектів; координацію роботи спеціалістів різного профілю (лікарів різних фахів, педагогів, психологів і психотерапевтів, логопедів, соціальних працівників, реабілітологів, спеціалістів з профорієнтації, вчителів і педагогів різних спеціальностей); спрямування навчально-реабілітаційного процесу на одержання інвалідом здатності адаптуватись до ринкових перетворень, формування відкритості, здатності до саморозвитку. Ця Концепція повинна сприяти формуванню цілісної системи навчально-реабілітаційного процесу із врахуванням особистих якостей інваліда, із забезпеченням щільної взаємодії усіх партнерів по реабілітації.

Крім вже раніше відзначених особливостей виявлення принципу концептуальності, його реалізація потребує від менеджерів врахування суб'єктивних аспектів системи, отримання диференційованого кінцевого результату, який обумовлений індивідуальними можливостями кожного інваліда. Досягнення системою реабілітації й самим інвалідом інтегративних

властивостей обумовлює придбання ним інноваційних якостей у своїй професії в тій мірі, що дозволяє інвалідові бути конкурентоспроможним у ринково-конкурентному середовищі. Не менш важливою інтегративною властивістю системи є забезпечення урегульованості процесів працевлаштування й гідної зайнятості інвалідів шляхом становлення норм і правил поведінки роботодавців, що дозволяє забезпечити інвалідові відповідну винагороду (насамперед, матеріальну) за працю відповідного рівня кваліфікації. Тут ставиться питання не про ефективну, а про гідну зайнятість, враховуючи можливі обмеження у сфері праці інваліда з приводу його захворювання та рекомендацій МСЕК.

Наявність повного складу системи, що забезпечує одержання інтегративної її якості, визначає дотримання *системно-компонентного принципу* чи *принципу єдності компонентів системи*. Дотримання цього принципу означає наявність передумов для ефективного цілісного функціонування системи. Але принцип системної функціональної компонентності не виключає, а навпаки, припускає поділ компонентів на окремі елементи. Наприклад, психологічна підтримка як компонент системи включає в себе психологічні профілактику, консультування, корекцію. Професійна орієнтація складається із професійних інформації, консультування, добору, відбору, а також професійної адаптації й ін.

Специфіка вияву системно-компонентного принципу (єдності компонентів) визначає той необхідний функціональний склад системи, коли відсутність хоча б одного з компонентів не дозволяє досягнути більш високих якостей. Цей принцип тісно пов'язаний із принципом ієрархічності цілісної системи, тому що саме вони у сукупності визначають її структуру, функції, об'єкти та суб'єкти управління. Аналізуючи дотримання принципу ієрархічності у реабілітаційному процесі, необхідно враховувати особливості й специфіку цієї цілісної системи, які, з точки зору кінцевого результату, полягають в її орієнтації на забезпечення *гідної зайнятості та соціальної інтеграції інвалідів у суспільство*.

Цілісна система відносно компонентів повинна виконувати централізовану (інтегральну) функцію управління. Додержання *принципу керованості* (ієрархічності) визначає внутрішню організацію системи та її урегульованість. Цей принцип корелює з системно-структурним атрибутом. Саме внутрішня організація цілісної системи забезпечує стійкість, урегульованість, тобто її керованість. Отже, додержання принципу керованості потребує визначення об'єкта і суб'єкта управління, створення єдиного органу управління (координації). Об'єктами управління в цій системі виступають у сукупності всі її основні компоненти, як підсистеми чи сукупний об'єкт управління цілісної системи реабілітації. Центральне місце в даній системі відведено інвалідові з його особистісними якостями й властивостями. Суб'єкти управління представлені сукупністю різновідомчих органів різного рівня управління. До них відносяться структури Міністерств і відомств, підрозділи державних адміністрацій, які зайняті на всіх етапах реабілітаційного процесу, в тому числі відповідальні за працевлаштування. Принцип керованості, як конститутивний принцип формування цілісної системи, вимагає додержання внутрішніх взаємозв'язків між суб'єктами і об'єктами управління. Тобто у сукупності інтегральна функція, що її виконує суб'єкт управління відносно об'єктів управління, яким є соціально-професійний реабілітаційний процес і його основні компоненти, забезпечує рівноважний стан системи шляхом застосування форм і методів, які відповідають регулятивним принципам.

При відсутності єдиного органу управління, що є характерним для реабілітації інвалідів, виникає необхідність у міжвідомчій *координації взаємодії різновідомчих структур*, кожна з яких виконує свій специфічний етап реабілітації [94]. Тобто постає питання про необхідність реалізації *принципу міжвідомчої координації та взаємодії* всіх учасників реабілітаційного процесу через створення Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів. Підставою для цього є Міжвідомча координаційна рада з питань соціально-професійної реабілітації дітей-інвалідів, яка сьогодні функціонує по всій вертикалі влади, починаючи з Кабінету

Міністрів України. Створення такого міжвідомчого органу за належного функціонування медичної, соціальної та професійної складових реабілітації дає підставу для формування цілісності реабілітаційної системи інвалідів в Україні, проведення цілеспрямованої загальнодержавної політики, запровадження новітніх реабілітаційних методик із залученням необхідних фінансових джерел. Тобто постає питання про створення на підставі Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації дітей-інвалідів єдиного міжвідомчого координаційного органу з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів. Пропозиції щодо створення такого органу неодноразово підіймались автором. Більш того, у ряді регіонів такі ради з'явилися.

Багатомірність об'єктів і суб'єктів управління потребує їх більш ретельного розгляду. Об'єктами управління в управлінській підсистемі є власне етапи реабілітації, тобто складні управлінські компоненти реабілітаційного процесу. Схематично, як сукупний об'єкт управління, у вигляді окремих функціональних складових, що відповідні конкретним етапам соціально-професійної реабілітації інвалідів, компоненти системи представлені на рисунку 1.1.

Функціональні складові компоненти					
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Загальна реабілітаційна індустрія (виробництво приладів, технічних засобів, оргтехніки, спецобладнання тощо)	Рання медична, соціальна і допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів: медико-соціальна реабілітація, соціально-педагогічний супровід	Психологічна підтримка та професійна орієнтація: психологічні профілактика, консультування, корекція; професійні інформація консультування, добір, відбір, професійна (фахова) і соціально-психологічна та психофізіологічна адаптація	Професійна підготовка: професійне та фахове навчання: підготовка, перепідготовка й підвищення кваліфікації	Працевлаштування та зайнятість згідно здібностям особи, мотивам та стимулам до праці, як з боку інваліда, так і роботодавця	Моніторинг й інформаційне забезпечення всіх підсистем

Рис. 1.1 Функціонально - компонентна структура цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів

Суб'єкт управління як управляюча підсистема цілісної системи реабілітації інвалідів, представляє сукупність різновідомчих й різного рівня органів управління, починаючи з Кабінету Міністрів України. До органів

управління відносяться Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти і науки України, інші міністерства, департаменти та відомства, Державний Центр зайнятості, Фонд соціального захисту інвалідів, державні адміністрації всіх рівнів управління та їх чисельні структури. Ця дуже складна ситуація з багатовідомчими структурами управління процесами реабілітації інвалідів є, на наш погляд, головним чинником неурегульованості досліджуваної системи, зумовлює порушення окремих атрибутів її системності.

Побудова цілісної системи завершується додержанням *комунікативного принципу* її формування. Цей принцип потребує встановлення відповідних зворотних і зовнішніх зв'язків, що вимагає створення підсистеми інформаційного забезпечення процесу реабілітації інвалідів шляхом формування механізму моніторингу та банку даних стосовно стану інвалідності, ступеню вирішення проблем, притаманних кінцевому етапу реабілітації щодо робочих місць і зайнятості інвалідів. З цього приводу складовою частиною інтегральної функції, в зміст якої закладена концептуальна ідея підготовки конкурентоспроможних працівників в особі інвалідів, стає спостереження, контроль та аналіз діючого реабілітаційного процесу, корегування його невідповідності встановленим нормам. Тобто, успішність здійснення інтегральної функції стає можливою за належного моніторингу, який, на жаль, знаходиться на початковому етапі розвитку. Такий моніторинг необхідно розглядати як основу єдиного супроводу у реабілітаційному процесі.

Викладене дозволяє розробити структурно-функціональну схему цілісної системи життєзабезпечення інвалідів шляхом їх соціально-професійної реабілітації та розширення зайнятості, яка показана на рисунку 1.2. На цій схемі більш наочно розглядається власне структура, прямі та зворотні зв'язки, система, що управляє та підсистема, якою управляють. Ця схема рекомендується для її реалізації у практиці реабілітаційного процесу. При цьому необхідно враховувати подвійний характер такої специфічної цілісності

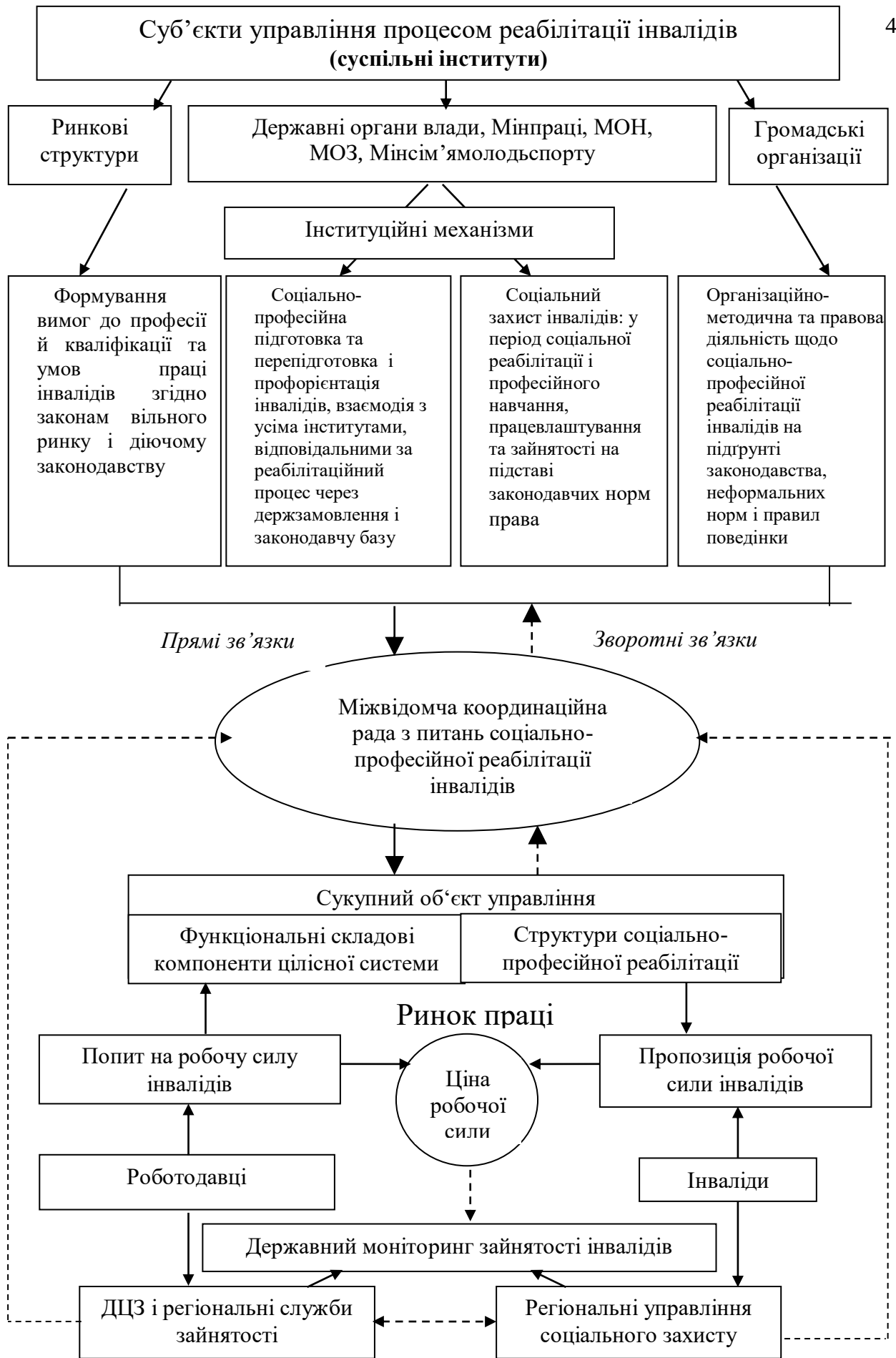


Рис. 1.2. Структурно-функціональна схема цілісної системи реабілітації інвалідів

системи: з одного боку, людина зі своїми особистісними якостями, з іншого – всі надбудовані елементи, які виступають в ролі органів управління. Тобто у всій цілісній системі інвалід як особистість займає центральне місце, що потребує вивчення не тільки факторів, які зовнішньо (стосовно інваліда) впливають на кінцевий результат, але перш за все, внутрішніх факторів, пов'язаних з особливостями кожного інваліда як особистості.

Таким чином, одержання бажаного кінцевого результату – високої конкурентоспроможності, як обов'язкової передумови гідної зайнятості інваліда, потребує вивчення схеми взаємодії мотивів і стимулів до праці між інвалідом та роботодавцем. Тільки поєднання інтересів інваліда та роботодавця, забезпечення таких стимулів до праці (зовнішніх спонукачів), що формують у інваліда мотиви до праці (внутрішні спонукачі), зроблять цілісну систему дієздатною.

Отже, цілісна система реабілітації інвалідів є багатофункціональною, охоплюючи не тільки власне соціально-професійні процеси, але й соціальний захист інвалідів завдяки їх працевлаштуванню і гідній зайнятості.

Розглянуті у цьому підрозділі конститутивні принципи потребують їх дотримання при формуванні й становленні цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів. Підвищення ефективності цієї системи у подальшому обумовлює використання так званих регулятивних принципів, які пов'язані з її функціонуванням.

1.3. Науково-теоретичні засади ефективного функціонування системи соціально-професійної реабілітації

Дослідження показали, що методологія ефективного функціонування системи соціально-професійної реабілітації інвалідів обумовлена, перш за все, порушенням так званих регулятивних принципів її функціонування.

Необхідно підкреслити, що системний підхід до реабілітаційного процесу є за своєю суттю науковим. Це потребує застосування наукових методів

відносно кожного з компонентів системи. Тому важливий висновок пов'язаний з тим, що практику реабілітації діяльності осіб з обмеженими можливостями здоров'я та наукові підходи до її здійснення необхідно розглядати як сферу науково-практичної діяльності, іменуючи її реабілітологією. Цей підхід повинен бути перетворений у відповідний принцип реабілітаційного процесу – *принцип науковості та використання правил і стандартів реабілітації*. Тобто цей принцип обумовлює певні вимоги до застосування відновлених форм, методів і механізмів регулювання. Додержання принципу науковості у реабілітації є дуже важливим, бо його порушення може викликати руйнування навіть вже існуючої системи реабілітації [145, 168, 174].

Принцип науковості полягає у використанні правил реабілітології, у віднесенні реабілітаційної діяльності до сфери науково-практичної діяльності. Ця незаперечна обставина особливо актуальна сьогодні, коли, як було визначено раніше, створені достатні передумови для реалізації науково обґрунтованих підходів до реабілітаційного процесу. Актуалізацію проблеми застосування наукових принципів у реабілітації підштовхує динаміка зростання чисельності інвалідів яка зобов'язує шукати нові підходи як загальноосвітнього знання, так і реабілітаційної суттєвості. Принцип науковості міститься у використанні правил реабілітології, врахуванні досягнень науки щодо системного аналізу та синтезу реабілітаційного процесу. Сьогодні реабілітаційна та економічна науки оцінюють зайнятість інвалідів не як цілісне, кон'юктурно-економічне явище, а як складну систему відносин, де провідна роль відведена факторам соціального, інституціонального порядку. Інституціональні обмеження, так як вимоги МСЕК, кількість спеціалізованих робочих місць, їх розташування, трудове законодавство та угоди й інше, впливають на ефективну зайнятість інвалідів на ринку праці. Багатомірність системи реабілітації інвалідів визначає необхідність змін не тільки в її функціональному складі, але й у структурі, інституціональній перебудові, в зміні її внутрішньої організації. На жаль, сьогодні спостерігається порушення принципу науковості в реабілітації. Як показують наші дослідження, має місце

проведення реабілітаційної роботи не підготовленими до цієї праці робітниками, тобто не фахівцями. Більшість недержавних структур не мають відповідних ліцензій. Підготовка спеціалістів цього профілю у ВНЗ ще не відповідає ринку праці за своїм кваліфікаційним рівнем та спеціалізацією.

Наступним є *принцип психологічної підтримки та профорієнтації у реабілітації інвалідів*. Він повинен враховувати не тільки професійну інформацію та консультування, добір, відбір, професійну адаптацію, але й специфіку реабілітаційного процесу інвалідів. Це вимагає враховувати особливості психологічної підтримки, що складається з психологічної профілактики, консультації та корекції. Але при цьому необхідно обов'язково дотримуватися рекомендацій МСЕК. Тобто більш правильно цей принцип назвати *принципом дотримання рекомендацій МСЕК, психологічної підтримки та профорієнтації*. Тому заслуговує на увагу більш тісна взаємодія структур МСЕК і профорієнтації в системі Мінпраці та соціальної політики України.

Звідси виникає наступний принцип *врахування особистості інваліда та індивідуального підходу*. Це потребує індивідуального підходу до визначення характеру особи та спрямованості реабілітаційних заходів на високий професіоналізм фахівців-реабілітологів різного профілю. Цей принцип зобов'язує враховувати: рекомендації МСЕК, відповідні фізичні дані, розумові здібності, спеціальні нахили, інтереси, характер особи, адаптованість та мотивованість її до праці, профорієнтованість та профпридатність, кмітливість, упевненість у собі, доброзичливість, тактовність, справедливість, відсутність шкідливих звичок тощо.

Наступним принципом є *ранній початок реабілітаційних заходів і комплексності реабілітаційних програм*. Практика реабілітаційної роботи свідчить, що ранній початок здійснення реабілітаційних заходів, як первинний у всьому реабілітаційному процесі, сьогодні в основному виконується. Це стало можливим, перш за все, завдяки підтримці з боку держави цього виду реабілітації відповідними законодавчими актами, фінансуванням та пильною

увагою до такого найважливішого етапу реабілітації як рання дитяча соціальна, допрофесійна й професійна реабілітація.

Найчастіше порушення реабілітаційного процесу пов'язані з тим, що не дотримується принцип *поетапності, постійності й безперервності* у реабілітаційному процесі в цілому, особливо у професійному навчанні. Наприклад, у тому ж Миколаївському державному комплексі ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів проходять реабілітацію та одержують професійні навички особи віком до 14 років, після чого вони вільні розпоряджатись своєю долею за власним розсудом. Як правило, не тільки після закінчення даного закладу реабілітації, а повсюдно особи у віці 14 – 20 років знаходяться вдома, не працюючи і не маючи планів на подальше навчання. Враховуючи вищезгадане та дотримуючись Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів, схвалених Генеральною Асамблеєю ООН, є доцільним не тільки сформулювати, але й зробити діючу єдину комплексну систему реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я більш ефективною. Для цього потрібно зробити те, чого сьогодні явно не вистачає цілісному реабілітаційному процесу: суворого дотримання спадковості всіх етапів реабілітації; створення ланцюжків, які сьогодні майже відсутні. Це – навчальні заклади для молодих інвалідів, особливо у 14 – 20-ти річному віці. Для дорослих – заклади з перенавчання та перекваліфікації інвалідів.

Слід зазначити, що силами державних структур, наукових закладів та громадських організацій вживаються заходи щодо ліквідування такого недоліку у реабілітації як змушена перервність та порушення поетапності в її здійсненні. Вирішення цієї проблеми необхідно бачити у впровадженні триетапної реабілітації інвалідів, методологія якої наведена на прикладі Одеської області (див. Додаток А).

Принцип гідної зайнятості інвалідів витікає з гнучкості реабілітаційного процесу. Так як він є наслідком гнучкості, то орієнтує профпідготовку інвалідів на сучасні потреби ринку праці. Введене поняття "гідної зайнятості" має пряме відношення до проблеми реабілітації інвалідів. На відміну від поняття

ефективної зайнятості, що задекларовано у ст. 3 Закону України "Про зайнятість населення", "гідна зайнятість" означає таку зайнятість, яка відповідає, з одного боку, рівню кваліфікації інваліда, його професійному профілю, з іншого – рекомендаціям МСЕК, згідно з якими інвалідом здійснено професійний вибір. Тут необхідно звернути увагу на специфічність схеми взаємодії мотивів і стимулів до праці між інвалідом і роботодавцем. Якщо у звичайній схемі роботодавець з урахуванням своїх потреб та інтересів визначає стимул до праці, а у працівників з урахуванням його потреб й інтересів формуються мотиви до праці, то у відносинах з інвалідом ця схема виглядає декілька інакше. Тут мотив до праці повинен бути внутрішнім спонуканням з обох боків: як інваліда, так і роботодавця. А стимул до праці виступає у ролі зовнішнього спонукача до обох партнерів ринку праці. Тому, коли інвалід не може на ринку праці бути на рівних з більш конкурентоспроможними особами, то у цих випадках постає питання про додаткові механізми стимулювання вже з боку юридичної чи фізичної особи, яка захищає або представляє інтереси інваліда. Такими особами можуть бути держава, недержавні чи громадські структури. У цьому положенні – суть розробки механізмів стимулювання роботодавців [2, 46, 76,].

Принцип *економічності* особливо актуальний в сучасних умовах при дефіциті бюджетних коштів та в'ялій благодійній та спонсорській допомозі. Основним джерелом фінансування реабілітаційного процесу є державний бюджет. Але обмеженість бюджетних коштів ставить перед реабілітаційною практикою проблему вибору форм і методів реабілітації. Дотримання цього принципу іноді диктує вибір, наприклад, таких заходів, як безперервність активних витрат грошових коштів на уже почату форму навчання, доведення його до завершення замість реабілітації в навчанні нібито з метою економії коштів. При перерві реабілітаційного процесу менеджерами не враховується, що умовно-постійні видатки все одно залишаються. Крім того, у народно-господарчому масштабі очікуються так звані пасивні втрати майбутніх періодів через невідповідність (неконкурентоздатність) інваліда до вимог ринку праці.

Додержання цього принципу дозволяє обґрунтувати доцільність витрат коштів на соціально-професійну реабілітацію, сприяє розвитку найбільш актуальних освітніх програм, ефективних навчальних і реабілітаційних структур, дотримання загальнодержавних інтересів з урахуванням сучасного стану економіки держави. Цей принцип є найбільш важливим у сучасних економічних умовах, коли діють чисельні обмеження, які пов'язані з недостатнім фінансуванням реабілітаційного процесу. Принцип економічності дозволяє розраховувати оптимальні варіанти при обмеженнях, з одного боку, державного бюджету, з іншого боку – здібностей та можливостей інвалідів у цілісній системі реабілітації інвалідів.

Таким чином, основні принципи, які виконують регулятивне навантаження та забезпечують більш високу ефективність всієї реабілітаційної системи інвалідів можна представити у такому вигляді:

- науковості та використання правил і стандартів реабілітації;
- дотримання рекомендацій МСЕК, психологічної підтримки та профорієнтації;
- врахування особистості інваліда та індивідуального підходу до нього;
- раннього початку реабілітаційних заходів і комплексності реабілітаційних програм;
- поетапності, послідовності та безперервності у реабілітаційному процесі;
- гідної зайнятості;
- економічності.

Цілісна реабілітаційна системна має свою мету, досягнення якої здійснюється шляхом виконання сукупності взаємопов'язаних завдань. В цій сукупності професійне навчання (підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації) інвалідів вирішують завдання професійної адаптації до ринку праці конкурентоздатного робітника, як обов'язкової умови досягнення мети *Концепції комплексної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я*. Тому конкретне завдання, яке стоїть перед професійною підготовкою інвалідів та кореспондує до мети цілісної реабілітаційної системи, взагалі

полягає в забезпеченні інвалідами реальної рівноправності у повсякденній життєдіяльності, успішній інтеграції їх в суспільство шляхом працевлаштування та зайнятості.

Продуктивна праця для інваліда, який за висновком МСЕК може працювати і хоче цього, визначає для нього найкоротший шлях інтеграції у суспільство, підвищення рівня матеріального забезпечення. Ось чому останній етап реабілітації, яким є працевлаштування – це нагальна і в той же час найбільш складна проблема в системі реабілітації інвалідів, і не тільки в практичному плані, але й у методологічному, так як вона безпосередньо пов'язана з професійним навчанням. У цьому системному контексті професійна підготовка інвалідів являє собою здобуття кожним інвалідом повноцінної освіти й професії, набуття фахових навичок, що обумовлюють його соціальну адаптацію, реалізацію своїх здібностей, подальшу інтеграцію у суспільно корисне життя шляхом працевлаштування та зайнятості.

На нашу думку, в основі професійної підготовки інвалідів знаходиться їх професійне навчання, яке є процесом розвитку навичок та вміння працювати. Це обумовлює, з одного боку, підвищення соціального статусу кожного інваліда та його доходу. З іншого боку, воно визначає зниження напруги на ринку праці та регулює проблеми соціального захисту інвалідів. Наведене не суперечить, а доповнює сутність поняття "професійне навчання", вказане в Рекомендаціях МОП № 88(6) і тлумачиться як будь-який вид навчання, включаючи інвалідів, що дає можливість:

- набути або розвинути знання та майстерність технічного чи професійного характеру;

- набути такі знання, що необхідні для виконання функцій молодшого керівного персоналу;

- набуття знань як у спеціалізованих навчальних закладах, так і на підприємствах;

- професійного перенавчання та перекваліфікації.

Наведені формулювання свідчать, що професійне навчання та професійне перенавчання, в сукупності являючи собою процес професійної підготовки, постають складовою єдиної цілісної системи реабілітації інвалідів, якій передуює пов'язана з нею професійна орієнтація, працевлаштування та зайнятість.

Треба підкреслити, що вже перші кроки системного розуміння реабілітаційного процесу зобов'язують розглядати кожен з компонентів системи в його взаємодії з іншими її компонентами та елементами, особливо з працевлаштуванням і зайнятістю. Однак, достатньо часто, розглядаючи таке поняття як "працевлаштування", автори помилково скорочуються до характеристики всього реабілітаційного процесу, підтверджуючи свою точку зору посиланням на джерела минулого. Наприклад, Б.І. Сташків при характеристиці поняття "працевлаштування" більш посиляється на авторів 80-тих років О.М.Кузнєцова, О.І.Раєвського та ін. Зокрема, він цитує цих авторів щодо поняття „працевлаштування”, визначаючи його як „систему заходів держави, що сприяють поновленню працездатності громадян і забезпечують їх використання на роботі, яка не протипоказана за станом здоров'я”. В цій цитаті, а також у інших, на які посиляється Б.І. Сташків [174], поняття „працевлаштування” і „професійна реабілітація” знаходяться в супроводі один одного, що, з одного боку, незалежно від волі авторів концептуально підтверджує єдність цілісної реабілітаційної системи. З іншого боку, працевлаштування та гідна зайнятість є кінцевим результатом всього реабілітаційного процесу. Тому така ідентифікація понять, хоча і не є правильною, але є виправданою для авторів минулих років. Тим паче, що такі думки були найбільш характерні для цих років у цілому, так як у соціально-економічних відносинах переважали командно-адміністративні важелі їх регулювання, а системний підхід до реабілітаційного процесу ще не висвітлювався .

З Б.І. Сташковым й іншими авторами-системниками необхідно погодитись в частині визначення вирішальної ролі працевлаштування не тільки як елемента, але й як останнього етапу реабілітаційної системи. Тому на стадії

працевлаштування інвалідів на певному робочому місці підтверджується рівень відповідності їх професійної підготовки конкретним вимогам: можливості виконання інвалідом обов'язків посадової особи чи конкретного виду робіт;

включення адаптаційних та компенсаторних можливостей організму;

можливості одержати заробіток згідно з кваліфікацією;

забезпечення повної соціальної адаптації.

Орієнтуючись на перелічені обов'язкові вимоги відповідності, професійна підготовка повинна бути спрямована на:

можливість максимального використання та забезпечення вироблених раніше професійних навичок, ступінь працездатності та підвищення кваліфікації кожного інваліда;

можливість варіантності вибору робочого місця інваліда на основі збереження, реконструкції чи створення нового робочого місця;

відповідність підготовки режиму роботи та умови трудового процесу неочікуваному робочому місці, індивідуальній програмі професійної підготовки інваліда до праці.

Це здійснюється дотриманням таких методичних положень:

моніторингом ідентифікаційних ознак інвалідності з причин і нозології захворювань, статі, віку, отримуваних пільг, потреб у медичній, соціальній та професійній реабілітації;

обґрунтуванням та видавництвом методичних і практичних матеріалів (методик, інструкцій, регламентів, положень, тестів, анкет та ін.) з кожного виду реабілітаційного процесу, з дотриманням системності та можливості одержання кінцевого результату в реабілітації кожного інваліда;

диференціацією змісту та рівнем професійної підготовки інвалідів.

Проведені дослідження дозволяють сформулювати основні *принципи професійної підготовки*.

Принцип комплексності в розробці та прийнятті програм і проектів профнавчання з урахуванням медичних, педагогічних, психологічних,

соціологічних, побутових, технічних, вікових, нозологічних, а головне – професійних навичок і здібностей інваліда.

Принцип обґрунтування вибору пріоритетів того чи іншого виду, форми та метода навчання або перенавчання (перекваліфікації), його місця в комплексній програмі (проекті) профпідготовки.

Принцип доступності й рівних можливостей у професійній підготовці та одержанні освіти згідно зі здібностями, потребами та рекомендаціями МСЕК.

Принцип гуманізму складається із гуманістичних методів навчання, які ґрунтуються на вихованні в інваліда почуття власної гідності, рівноправності, можливості підвищення свого статусу на ринку праці та суспільстві, бажанні інваліда підвищувати якість свого трудового життя, відповідальності за добробут своєї сім'ї.

Принцип соціальної компетентності та нормативно-правової підготовленості інваліда: у питаннях прав людини, побудови стосунків з роботодавцем, працевлаштування та зайнятості, соціального захисту, трудового права, діяльності профспілок, пенсійних, страхових, інвестиційно-інноваційних фондів, соціальної політики державних, ринкових і громадських інститутів у інвалідному секторі ринку праці, державної Комісії з питань діяльності підприємств і організацій громадських організацій інвалідів та ін. Цей принцип передбачає знання законів ринкової економіки, кон'юнктури інвалідного сектору ринку праці.

Принцип професійної мобільності, який вимагає готовності та вміння самостійно приймати правильне рішення щодо кон'юнктури на інвалідному секторі ринку праці, а при необхідності швидко засвоїти нову професію і сприймати ці зміни як нормальний режим сучасного виробництва та попиту ринку праці.

Принцип універсалізації в навчанні, який означає опанування кількох спеціальностей, що полегшує перерозподіл працівників у межах підприємства та на зовнішньому інвалідному секторі ринку праці.

Принцип оптимального співвідношення між системним комплексним підходом до реабілітаційного процесу в цілому та індивідуальним підходом до профнавчання кожного інваліда, створення атмосфери реальної рівноправності, сприяння виховання в інвалідів почуття власної гідності.

Принцип виховання ділових якостей дисциплінованості та організованості, відповідальності, сумлінності, ретельності та ініціативності, працелюбності, самостійності, комунікабельності, вміння знаходити і використовувати інформацію, ставити мету й наполегливо її досягати, прихильне ставлення до свого робочого місця та підприємства тощо.

Принцип постійності та безперервності в навчанні та професійній підготовці означає необхідність отримання кінцевого результату в професійній підготовці інваліда шляхом постійного, поетапного навчання та безперервної перекваліфікації, як обов'язкових умов працевлаштування та гідної зайнятості інвалідів. Цей принцип перегукується з попередніми етапами реабілітації, посилює його значення. Тому дотримання цього принципу, повинно враховувати результати всіх етапів, особливо ранньої дитячої реабілітації. Його головне призначення – забезпечити безперервність у професійній підготовці й перепідготовці інвалідів згідно з потребами ринку праці.

Принцип гнучкості. В його основу покладено гнучкість у професійній підготовці інвалідів, яка дозволяє швидко пристосуватися до перетворень ситуацій на сучасному ринку праці. У зв'язку з цим широкого використання може набути зарубіжна практика регулювання державного ринку праці шляхом переходу до індивідуальних трудових угод на інвалідних підприємствах з особами з обмеженими можливостями здоров'я. Хоча цей процес у дечому суперечить ринковим постулатам, але виступає вагомим економічним чинником застосування нових ефективних форм зайнятості інвалідів, бо передбачає особливі умови гнучкості в організації праці та її оплаті. Принцип гнучкості закладається в систему відповідних заходів, які в останні роки формують модернізовану стратегію впливу професійної підготовки інвалідів на їх зайнятість шляхом навчання переважно інтелектуальним фахам чи найбільш

актуальним на ринку праці професіям. Це передбачає перехід від соціальної політики, що створює залежність від соціальних трансферів, до профпідготовки, спрямованої на мобілізацію та розвиток "людських ресурсів" або "людського капіталу" [101, 111, 119]. Найхарактернішим для цього принципу є орієнтація на відмову від наміру на збереження старих робочих місць, оскільки це не сумісно з економічним прогресом, та орієнтація на створення нових, прогресивних робочих місць, на розвиток як вже існуючого кваліфікованого потенціалу, так й отримання нових професій та фахів. Таким чином, даному принципу притаманні в найбільшій мірі нововведення в процес професійного навчання та подальшого працевлаштування.

Використання раніше наведених конституційних принципів регулювання професійного навчання дозволяє сформулювати основні напрямки створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів (рис. 1. 3.)



Рис. 1.3. Напрямки забезпечення цілісності системи соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Плідна робота з цих напрямків із застосуванням концептуально нового методологічного підходу дозволить найближчим часом поставити процес реабілітації інвалідів на більш високий якісний рівень.

Висновки до розділу 1

Обов'язком суспільства та одним із пріоритетів діяльності будь-якої держави є реабілітація інвалідів з метою їх економічної і соціальної інтеграції в життя соціуму. Європейська інтеграція України потребує розробки концептуальних підходів до вирішення проблем зайнятості інвалідів відповідно до міжнародних стандартів соціального захисту даної категорії громадян, центральне місце серед яких займає комплексна реабілітація осіб з обмеженими можливостями, в рамках якої провідна роль належить трудовим відносинам.

На основі аналізу теорії інституціоналізму та наукових праць сучасних вчених зроблено висновок щодо можливості використання інституціонального підходу як концептуальної основи забезпечення соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Аналіз позитивних та негативних наслідків інституціональних змін в Україні дозволив зробити висновок щодо зростання ролі економіко-правових аспектів соціального захисту інвалідів на засадах норм міжнародного права.

Дослідження нормативно-законодавчих засад щодо інтеграції інвалідів у суспільне життя показує, що у вітчизняній практиці достатнє нормативно-правове поле для пошуків соціальної інтеграції інвалідів. В цілому, діюче в Україні законодавство і нормативно-правова база відповідають міжнародним стандартам, нормам і правилам взаємодії суб'єктів управління відносно об'єкту управління, яким є процес соціально-професійної інтеграції інвалідів у суспільство. В цій взаємодії, при збереженні ролі держави, все більш активну позицію займають громадські організації. Особлива роль в об'єднанні громадських організацій інвалідів і консолідації зусиль, спрямованих на підвищення їх соціального статусу, належить Всеукраїнському громадському соціально-політичному об'єднанню "Національна Асамблея інвалідів України".

Існуюче в Україні нормативно-правове підґрунтя, яке базується на ратифікованих Україною міжнародних нормах права і власному законодавстві орієнтує практичну роботу у цьому напрямку на дотримання критерію доступності для інваліда фізичного середовища, індикаторами якого є наявність у інваліда гідного житла та роботи, доступність до потрібного виду транспорту, культури, інформації та каналів комунікації. Ці обставини з боку нормативно-правового підґрунтя дозволяють встановити певний порядок реалізації системного методологічного підходу до вирішення проблеми соціальної інтеграції інвалідів.

Обґрунтовано необхідність розробки системного наукового підходу з метою удосконалення соціально-реабілітаційного процесу і підвищення конкурентоспроможності інвалідів на ринку праці, який повинен характеризуватись наявністю наступних атрибутів (ознак): цілепокладання, системно-компонентного, структурно-функціонального, комунікативності.

Такий підхід, спрямований на відновлення їхнього соціального статусу, досягнення матеріальної незалежності, а звідси – соціального захисту, та ефективної інтеграції у суспільство, може бути досягнутий при втіленні системної методології, яка, на жаль, відсутня у сучасній практиці.

Виходячи з необхідності системного методологічного підходу, в дисертації сформульовані принципи побудови цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів та регулятивні принципи її ефективного функціонування й подальшого розвитку. Для цього розроблено функціонально-компонентну структуру цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів (рис. 1) та структурно-функціональну схему цілісної системи реабілітації інвалідів, як головного чинника їхньої гідної трудової зайнятості (рис. 2).

В дисертації вперше реабілітаційний процес представлений як цілісна керована система зі своїми об'єктами й суб'єктами управління. На вході системи знаходяться притаманні інвалідові конкретні характеристики, пов'язані зі станом його здоров'я, віком, статтю, особистісними властивостями. На

виході системи – характеристики конкретного інваліда, які відповідають, з одного боку, рекомендаціям МСЕК, з другого, вимогам ринку праці стосовно конкретного робочого місця чи посади.

Центральне місце у цілісній системі реабілітації інвалідів відведено професійній підготовці та безперервному навчанню інвалідів. Тому автором визначені принципи професійної підготовки інвалідів, дотримання яких сприяє підвищенню конкурентоздатності інваліда на ринку праці.

Узагальнюючи наведені принципи формування, функціонування системи реабілітації та професійного навчання, у роботі визначено напрямки забезпечення цілісності системи соціально-професійної реабілітації інвалідів. Враховуючи обґрунтованість системного методологічного підходу щодо вивчення реабілітаційного процесу, надалі дослідження стану тих складових й підсистем, які створюють його цілісність. Але обґрунтування й пропозиції акцентуються на професійній підготовці, працевлаштуванні та зайнятості інвалідів, як основних складових їх соціально-професійної реабілітації, що складає предмет дослідження.

РОЗДІЛ 2.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

2.1. Характеристика діючої системи реабілітації інвалідів в Україні

Стан інвалідності в Україні оцінюється за кількісними та якісними показниками. До кількісних показників належать: загальна чисельність пенсіонерів-інвалідів, дорослих інвалідів, за нозологією, дітей-інвалідів, по Україні та по регіонах. Оскільки при наданні інвалідам профорієнтаційних послуг і для подальшого їх працевлаштування необхідно обов'язково враховувати категорію і характер їх захворювання, склад інвалідів за групами інвалідності, категоріями, характером захворювання можна віднести до якісних характеристик. Структура інвалідності, як якісна характеристика, вивчається й аналізується за такими ознаками: статева, вікова, освітня, економічна (за сферами діяльності). Темпи до попереднього року показників характеризують динаміку їх розвитку.

Важливою якісною характеристикою населення в цілому, в тому числі осіб з обмеженими можливостями, є їх освітній і професійно-кваліфікаційний рівень для дорослих інвалідів, а також забезпечення умов для навчання, в тому числі професійного. До якісних показників також відносяться підвищення ефективності працевлаштування інвалідів, що виражається в максимальному охопленні осіб всіх груп інвалідності, які можуть і бажають працювати, зокрема підвищенні в структурі працевлаштованих інвалідів I і II групи, як найбільш проблемних груп, а також підвищення рівня працевлаштування інвалідів у звичайних умовах, на спеціально обладнаних робочих місцях, на спеціалізованих підприємствах, на умовах надомної праці, що сприятиме підвищенню продуктивності їх праці і соціальної адаптації, наближенню до рівних умов з іншими членами суспільства.

На початок 2008 року загальна чисельність пенсіонерів-інвалідів складала 2 млн. 442597 осіб (табл. 2.1, Додаток Д). Динаміку чисельності інвалідів за 1994 – 2005 роки наведено у додатку Б.

Таблиця 2.1.

Динаміка чисельності пенсіонерів-інвалідів в Україні за 2001-2007 роки

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Чисельність постійного населення, млн. осіб	48,7	48,2	47,8	47,4	46,9	46,6	46,2
2	Чисельність інвалідів, млн. осіб	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4
3	Питома вага інвалідів у загальній чисельності населення, %	5,5	5,6	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3

*Складено за даними Державного комітету статистики України

Станом на 01.01.2008 року

Протягом 2001-2007 років в Україні спостерігалась тенденція скорочення загальної чисельності пенсіонерів-інвалідів, про що свідчать темпи до попереднього року – якщо в 2002 році вони складали 100,6 %, то в 2007 році – 99,7 % (Додаток Д). Проте для дорослих інвалідів спостерігалась протилежна тенденція – збільшення темпів з 98,6 % у 2003 році, до 101,2 % у 2007 році. У 2005 році чисельність інвалідів збільшилась, темп росту до 2004 року склав 101,3%. Також значно збільшилась чисельність дорослих інвалідів – на 4,8 % більше ніж у 2004 році в основному за рахунок інвалідів III групи. У 2006 році чисельність пенсіонерів-інвалідів знов зменшилась, про що свідчать темпи до 2005 року – 98,2% у 2006 році. Також спостерігалось зменшення чисельності дорослих інвалідів на 0,4% менше, ніж у 2005 році. У 2007 році на фоні зменшення загальної чисельності пенсіонерів-інвалідів відбулось збільшення чисельності дорослих інвалідів за рахунок інвалідів III групи (рис. 2.1).

Зазначена тенденція зміни чисельності інвалідів спостерігалась у переважній більшості областей України, винятком стали 6 регіонів, де протягом 2001-2007 відбувається постійне зменшення чисельності інвалідів: у Запорізькій, Полтавській, Сумській, Харківській та Чернігівській областях, що є

позитивним фактором (Додаток Д). Найбільшими темпами зростає чисельність пенсіонерів-інвалідів у 2007 році у порівнянні з 2006 роком у Хмельницькій (107,6%), Вінницькій (101,7%), Волинській (100,9%), Чернівецькій (100,5%), Черкаській (100,3%), Тернопільській (100,3%) та Одеській (100,3%) областях.

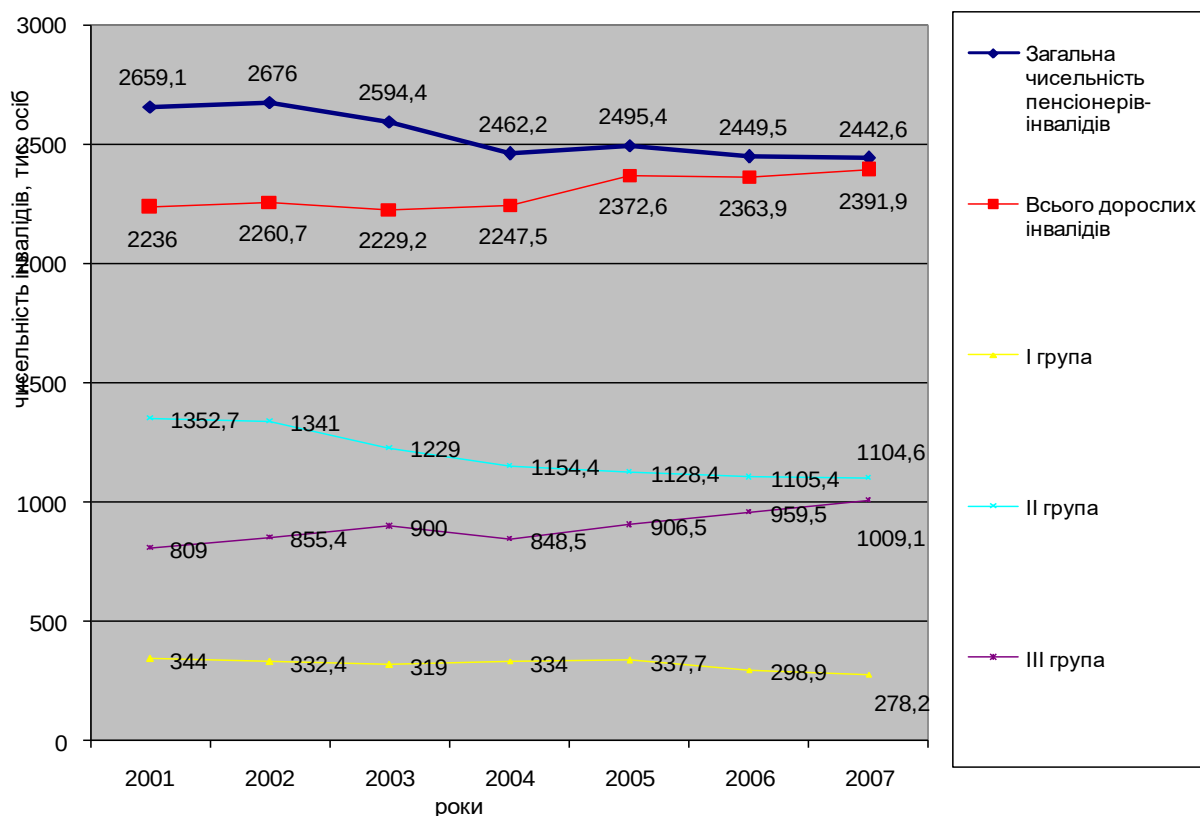


Рис. 2.1. Динаміка зростання дорослих інвалідів в загальній чисельності пенсіонерів-інвалідів в Україні за 2001-2007 роки

На 01.01.2007 року чисельність дітей-інвалідів до 18 років складало 85,6 тис. осіб. У порівнянні з попереднім роком у 2006 році спостерігалось її зменшення (у 2005 році – 122,8 тис.). Ця тенденція не свідчить про зменшення актуальності проблем дитячої інвалідності, а навпаки, про загострення проблем збільшення чисельності інвалідів праці і зростання частки інвалідів з дитинства. Питома вага дорослих інвалідів у загальній чисельності пенсіонерів-інвалідів постійно зростає з 83,7% у 2000 році до 97,9% у 2007 році (табл. 2.2).

Найбільшу питому вагу в структурі загальної чисельності дорослих інвалідів має II група – 46,2%, III група – 42,2% і I група – 11,6% (рис. 2.2). Проте вона має тенденцію до зниження (з 50,9% у 2001 році до 46,2% у 2007 році).

Зростає питома вага інвалідів III групи (з 30,4% у 2001 році до 42,2% у 2007 році).

Таблиця 2.2.

Чисельність дорослих інвалідів в Україні у 2001-2007 роках

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Загальна чисельність пенсіонерів-інвалідів, тис. осіб	2659,1	2676,0	2594,4	2462,2	2495,2	2449,4	2442,6
2	Чисельність дорослих інвалідів, тис. осіб	2236,0	2260,7	2229,2	2247,5	2372,6	2363,9	2391,9
3	Питома вага дорослих інвалідів у загальній чисельності пенсіонерів-інвалідів, %	84,1	84,5	85,9	91,3	95,1	96,5	97,9

*Складено за даними Державного комітету статистики України

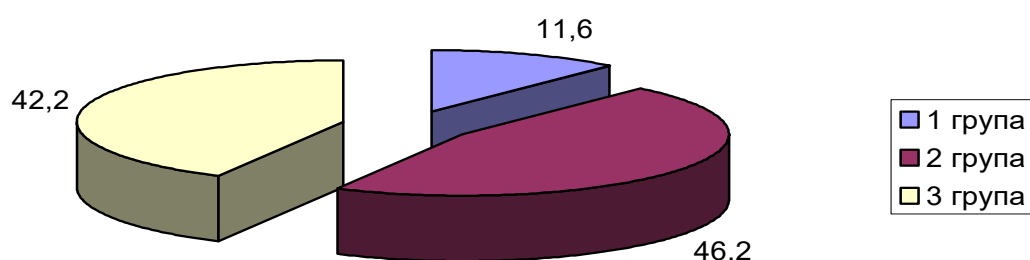


Рис. 2.2. Структура інвалідів за групами інвалідності в Україні у 2007 році, %

В структурі інвалідів за категоріями найчисельнішу групу становлять інваліди праці, частка яких на 01.01.2004 р. стабілізувалася на рівні близько 77%. Саме ця група є найбільш потенційною групою для профорієнтації та навчання з метою подальшого працевлаштування (табл. 2.3).

Вперше визнано інвалідами у 2007 році 202973 осіб, з яких 142389 осіб проживає у міських поселеннях, 60584 осіб – у сільській місцевості. Із загальної кількості – у працездатному віці перебуває 150833 особи, у тому числі в міських поселеннях – 101365 осіб, в сільській місцевості – 49468 осіб. Серед вперше визнаних інвалідами за причинами інвалідності отримали інвалідність від загального захворювання 86,7% осіб, що проживає в міських поселеннях і

87,9% осіб в сільській місцевості; від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання відповідно 4,0% і 1,6%; інваліди з числа військовослужбовців – 2,3 % і 1,2%; інваліди з дитинства – 7,0% і 9,3% (Додаток В).

Таблиця 2.3.

Зміна структури інвалідності за категоріями в Україні у 2000 – 2004 р.

Показники	2000	2001	2002	2003	2004
Всього дорослих інвалідів, тис. осіб*	2175,2	2236,0	2260,7	2229,2	2247,5
Всього дорослих інвалідів, %.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в т. ч. за категоріями:					
інваліди війни та з числа військовослужбовців, %	11,9	11,0	9,1	9,0	9,7
інваліди праці, %	76,7	77,6	78,9	79,0	76,9
з них:					
інваліди внаслідок аварії на ЧАЕС, %	3,7	4,4	3,8	3,6	3,9
інваліди з дитинства	11,3	11,4	12,0	12,1	13,4

*Складено за даними Державного комітету статистики України

Примітка: дані за 2005 рік відсутні у зв'язку з відміною форми статистичної звітності №4-І

Чисельність інвалідів у розрахунку на 1000 населення України у 2007 році складає 53 особи. В одинадцяти областях України цей показник перевищував середній, серед них найвищі показники – в Хмельницькій області, де на 1000 населення у 2007 році припадало 73 особи, Чернігівській – 68 осіб, Волинській – 64 особи. Найменша чисельність інвалідів у розрахунку на 1000 населення була в Херсонській та Закарпатській областях, де цей показник становив 43 особи (Додаток Е).

У динаміці за 2001 – 2007 роки чисельність інвалідів у розрахунку на 1000 населення України збільшилась у Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Хмельницькій, Черкаській областях, та м. Севастополі (Див. додаток Е.)

Для дорослих інвалідів за 2003-2007 роки була характерна така тенденція. Так, по 13 областях, включно м. Київ, спостерігалось збільшення їх чисельності, зокрема у Східному регіоні – Кіровоградська, Черкаська області, у

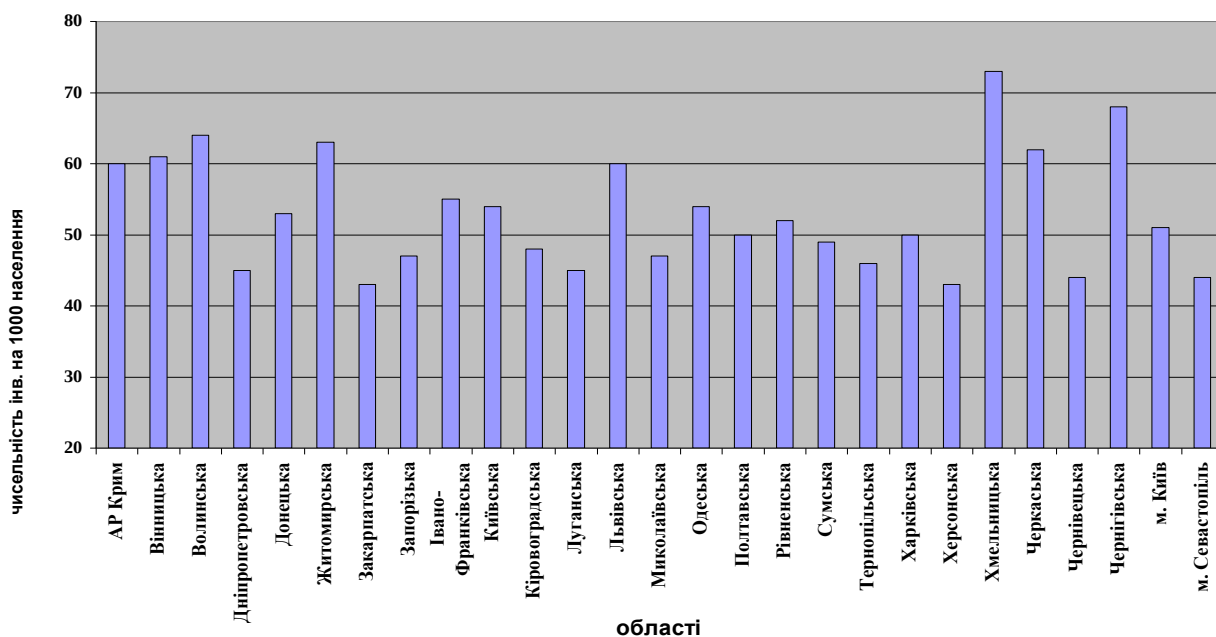


Рис. 2.3. Стан інвалідності по областях в Україні у 2007 році, тис. осіб. Подільському регіоні – Вінницька, Хмельницька, Тернопільська області та у Північно-Західному регіоні – Волинська і Рівненська області.

По іншим 12 областям, включно м. Севастополь, чисельність дорослих інвалідів зменшувалась, зокрема по Київській, Житомирській, Чернігівській, Одеській областям та АР Крим. На 01.01.2008 р. найбільше дорослих інвалідів проживає у Донецькій, Дніпропетровській, Львівській, Харківській, Одеській областях та м. Києві. Саме ці регіони найбільш потребують державної підтримки зі створення центрів соціально-професійної реабілітації та комплексу заходів, що сприятимуть працевлаштуванню та зайнятості інвалідів.

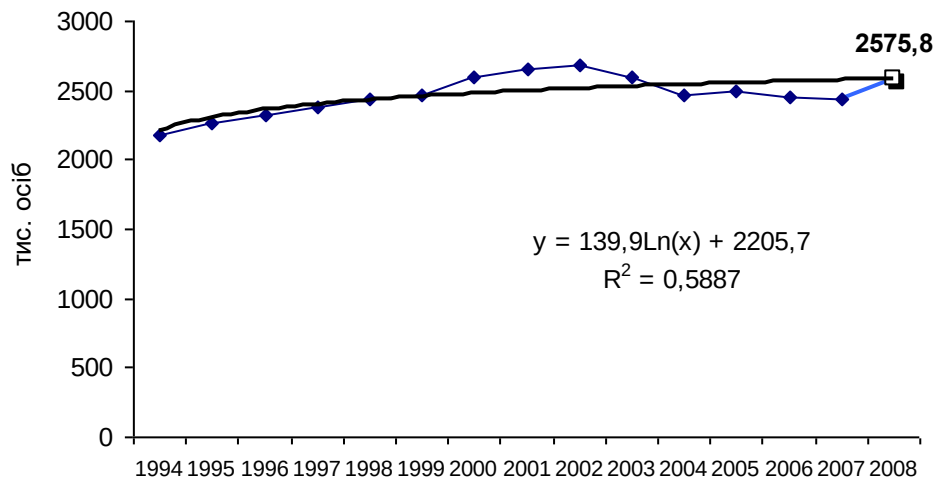
Виходячи з розбіжності точок зору стосовно тенденцій змін чисельності інвалідів, нами зроблені розрахунки прогнозу цих показників на 2008 рік за числовими даними періоду з 1994 по 2007 р.

Динаміку чисельності пенсіонерів-інвалідів можна описати рівнянням:

$$y = 140,9 \ln(x) + 2204, \text{ (коефіцієнт детермінації } R^2 = 0,569 \text{).}$$

Прогнозне значення зміни чисельності пенсіонерів-інвалідів на 2008 рік

$$\hat{y}_0 = 2575,843 \text{ (Додаток Ж)}$$



■ Загальна чисельність пенсіонерів-інвалідів

— Прогноз зміни чисельності пенсіонерів-інвалідів

Рис. 2.4. Прогноз чисельності пенсіонерів-інвалідів на 2008 рік

Знайдемо помилку прогноза, яка визначається зі співвідношення:

$\hat{y} \in (\hat{y}_0 - \text{s.e.}(\hat{y}_0) \cdot t_{\text{кр}}, \hat{y}_0 + \text{s.e.}(\hat{y}_0))$; де

$$\text{s.e.}(\hat{y}_0) = \sqrt{\sigma^2 \left[1 + \frac{1}{n} + \frac{(X_0 - \bar{X})^2}{S_{xx}} \right]}$$

$$\text{RSS} = 95590,$$

$$\hat{\sigma}^2 = \frac{\text{RSS}}{n-2} = 8690$$

$$S_{xx} = \sum (x_0 - \bar{x})^2 = 182$$

$$\bar{x} = 7, \quad t_{\text{кр}} = 1,8,$$

$$\text{тогда } \hat{\sigma} = \text{s.e.}(\hat{y}_0) t_{\text{кр}} = 194,7$$

Одже, прогнозне значення зміни чисельності пенсіонерів-інвалідів на 2008 рік може знаходитись в межах $\hat{y}_0 \in [2575,843 - 194,7; 2575,843 + 194,7]$, тобто, $\hat{y}_0 \in [2556,1; 2770,5]$, тобто прогнозним значенням може бути узято будь-яке число з даного проміжку.

Для досягнення цілісності системи реабілітації, як було встановлено в підрозділі 1.2 дисертації, необхідно при її формуванні дотримання всіх ознак

(атрибутів), які формують її інституціональний порядок (рис. 1.1.). Найважливішим атрибутом цілісності є системно-компонентний, який припускає єдність процесу реабілітації, взаємодію всіх її 6-ти компонентів (блоків чи підсистем): реабілітаційну індустрію (1); ранню медичну, соціальну та допрофесійну реабілітацію дітей-інвалідів (2); психологічну підтримку та професійну орієнтацію (3); професійну підготовку (4); працевлаштування та зайнятість (5); моніторинг та інформаційне забезпечення (6). Тобто обов'язковою вимогою, що забезпечує інституціональний порядок в системі реабілітації, її цілісність, є обов'язковість наявності всіх атрибутів реабілітаційного процесу, всіх її шести компонентів (підсистем). Але, враховуючи конкретні завдання дисертаційного дослідження, окремі з них, вивчалися менш докладно. До цих складових відносяться загальна реабілітаційна індустрія та рання медична, соціальна та допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів.

Перший блок (реабілітаційна індустрія) представляє собою сукупність виробництв, які зайняті випуском продукції для організації реабілітаційного процесу інвалідів. До цієї продукції належать, перш за все, техніка та оснастка для інвалідів-опорників, прилади для інвалідів сліпих і глухих тощо. Даний блок, хоча і не є об'єктом дослідження, але в цілісній системі він є обов'язковим. Його присутність необхідна для врахування в координаційно-управлінській роботі з питань інвалідів й інвалідності.

Другий блок (рання медична, соціальна та допрофесійна реабілітація дітей-інвалідів) здійснюється згідно Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, прийнятої постановою Кабінету Міністрів України 12.10.2000 р. № 1545 [51]. Координація діяльності зацікавлених міністерств та відомств покладена на Міжвідомчу координаційну раду з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, яка утворена постановою Кабінету Міністрів України від 16.15.2002 р. № 627 [58]. В підрозділі 1.2. було викладено стан роботи на цьому етапі реабілітаційного процесу, в тому числі з посиланням на вивчення матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції

„Актуальні проблеми та шляхи впровадження ранньої соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я”, що відбулася 30-31 січня 2003 у місті Миколаєві. Під патронатом Мінпраці за участю Миколаївської обласної держадміністрації, МОЗ, МОН, інших зацікавлених міністерств і відомств та представників науки на базі Державного комплексу ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. При позитивній тенденції покращення та узгодженості роботи на даному етапі реабілітаційного процесу, при посиленні ролі кожного у міністерства й відомства, особливо Мінпраці України, було відзначено необхідність створення єдиного координаційного органу, який би працював на основі єдиних концептуальних підходів до реабілітаційної системи в цілому. Мова йшла також про розмежування повноважень та відповідальності кожного міністерства за певний етап реабілітації, вирішення взаємовідносин на рівні координації та субординації між партнерами по реабілітаційному процесу. Вперше було поставлено питання про розгляд проблеми інвалідів як цілісної системи життєзабезпечення громадян з особливими потребами. Необхідно відзначити, що в цьому напрямку сьогодні проводяться дослідження багатьох закладів Мінпраці, МОН, МОЗ та інших відомств. Тому цей блок досконало тут не досліджується, а розглядається як обов'язковий компонент цілісної системи.

Медико-соціальна реабілітація та соціально-педагогічний супровід входять в структуру вище означеного другого блоку, тому знаходяться у тісній взаємодії з усіма іншими підсистемами. Але вони відносяться до інших областей наукових знань: медицини, фізіології, психології, соціальної психології, педагогіки, етики, естетики тощо. Проте їх місце і роль залишається дуже вагомою, в більшості випадках виключною, так як передують професійній орієнтації та професійній підготовці. Тому без цієї компоненти цілісність системи буде порушено. І як показав аналіз, зроблений у розділі 1, саме з причини недоліків у другому блоці, тобто на ранньому етапі реабілітації, відбувається порушення основних принципів реабілітаційного процесу. Зокрема, ранній початок, постійність, безперервність у соціально-професійній підготовці осіб з обмеженими фізичними можливостями.

Що стосується *третьої складової (психологічна підтримка та професійна орієнтація)*, то вона у принципових своїх положеннях досліджена співробітником НДІ праці і зайнятості населення Л.Г. Колєшнею й іншими науковцями [152]. Проте необхідно узагальнити та підкреслити особливу роль профорієнтаційної роботи у професійній реабілітації інвалідів і обґрунтувати головний висновок. Його сутність полягає в тому, що досягнення високого професійно-кваліфікаційного рівня, який забезпечуватиме вимоги роботодавців, в значній мірі залежить від своєчасного, обґрунтованого вибору або зміни інвалідами професії, спеціальності, виду діяльності, психологічної готовності до праці. Такі проблеми розв'язуються підсистемою психологічної підтримки та професійної орієнтації, що має бути підпорядкована державній соціальній політиці в сфері професійної реабілітації та зайнятості інвалідів і спрямована на організацію психолого-профорієнтаційного обслуговування інвалідів. Узагальнюючи методологічні напрацювання у цьому питанні, досвід Міністерства праці та соціальної політики України й інших зацікавлених відомств у його вирішенні, можливо визначитись у таких напрямках поліпшення психолого-профорієнтаційної роботи:

вдосконалення її нормативно-правового підґрунтя;

створення управлінсько-організаційної структури з визначенням функціонуючих підрозділів із забезпеченням їх кадровим складом, який би проводив психолого-профорієнтаційну роботу з інвалідами в реабілітаційних центрах, організаціях і установах, де навчаються і працюють інваліди;

забезпечення належного фінансування, матеріально-технічної бази та інформаційно-аналітичного супроводу;

надання психологічної підтримки педагогам, батькам, громадським організаціям інвалідів;

розроблення та запровадження в практику наукових форм та методів психолого-профорієнтаційної роботи, в тому числі розв'язання міжособистісних конфліктів, вдосконалення нормативів і стандартів у цій сфері;

підвищення рівня психологічної освіти, психологічної інформації та консультування, психологічної діагностики, психологічного тренінгу та психологічного аутотренінгу, психологічної корекції, створення психологічних умов для розвитку обдарувань, здібностей і обґрунтованої мотивації до праці;

виявлення бажання до обґрунтованого вибору чи зміни професії (спеціальності) згідно зі станом здоров'я, обдаруваннями, здібностями, професійним, освітньо-кваліфікаційним рівнем, нервово-психологічними і фізіологічними особливостями, потребами, інтересами, мотивами і можливостями особи з урахуванням попиту та стимулів територіального ринку праці;

запровадження в практичну роботу навчально-виховного та реабілітаційного процесу інвалідів передового і зарубіжного досвіду.

Не випадково психологічна підтримка та професійна орієнтація віднесені до системи соціально-професійної реабілітації тому, що чим раніше здійснюється визначення обдарувань та здібностей особи, тим більше вона може бути конкурентоспроможною у ринковому середовищі. Наукові дослідження в частині удосконалення методології профорієнтаційної роботи сьогодні проводяться у багатьох науково-дослідних і вищих навчальних закладах, наприклад, в Міжрегіональній Академії управління персоналом (м. Харків), в Українській військово-медичній академії, в НДІ промислової медицини, в Інституті соціології НАН України та ін. [150]. У НДІ праці і зайнятості населення (м. Київ) дослідження у цьому напрямку декілька років ведеться К.П. Бондарчук [76]. Те, що це проблема дозріла для свого вирішення, свідчать результати дослідження НДІ праці і зайнятості населення [152], а також оцінки експертів, одержані в процесі проведення багаточисельних науково-практичних конференцій у м. Миколаєві (січень 2003 р.), с. Лютіжі (грудень 2003 р.), м. Ялті (травень 2006 р.) тощо [139, 140]. За оцінками фахівців-реабілітологів психологічна підтримка повинна проводитись за принципом постійного супроводу, а професійна орієнтація – на всіх етапах соціально-професійної реабілітації, починаючи з ранньої реабілітації дітей

інвалідів, і закінчуючи працевлаштуванням і зайнятістю дорослих інвалідів. Соціологічні дослідження підбивають підсумки про те, що своєчасний обґрунтований вибір майбутньої професії є головним завданням профорієнтаційної діяльності. Такий вибір залежить від ступеню відповідності обраний професії: по-перше, стану здоров'я інваліда, нозології його захворювання; по-друге, обдаруванням психофізіологічним, психофізіологічним і нервово-психічним властивостям, індивідуально-типологічним особливостям, інтелекту, розумовим властивостям, пам'яті, емоціональному стану та іншим здібностям інваліда. Сьогодні тільки з причини відсутності необхідного рівня професійної орієнтації близько 20% інвалідів, які пройшли професійне навчання, не в змозі працювати зі свого фаху.

Як показують проведені соціологічні дослідження, основним мотиваційним чинником під час професійного вибору інваліда є потреби нижчих рівнів ієрархічної структури, яка встановлена А. Маслоу. А саме – це потреби фізіологічної безпеки. Потреби та інтереси соціальної належності, поваги, самореалізації відходять на другий план. Тому інвалід шляхом професійного вибору намагається, насамперед, забезпечити задоволення своїх первинних потреб, обираючи переважно економічні та правові спеціальності. При вступі у ПТНЗ, ВНЗ проводяться відбір його абітурієнтів серед інвалідів тільки за медичними показниками, відповідно до висновків МСЕК, за рівнем знань, а обдаруваннями, здібностями не цікавляться. В процесі навчання у більшості ПТНЗ, ВНЗ профорієнтаційна робота щодо сприяння розвитку його здібностей, перспектив майбутнього працевлаштування, планування трудової кар'єри і професійно-кваліфікаційного зростання практично не здійснюється.

В теперішній час є багато літературних джерел, які присвячені дискусіям навколо понять профорієнтації і методології її здійснення. Окремі з авторів вводять новий елемент у структуру профорієнтації, назвавши його профактивізацією [128]. Водночас цими та іншими авторами зі складу профорієнтації виведений такий елемент, як профдобір. У зв'язку з цим треба підкреслити, що професійний добір, як обов'язковий елемент профорієнтації

чомусь виведений його розробниками з проекту “Положення про організацію професійної орієнтації інвалідів”, яке представлено Міністерству праці та соціальної політики на розглядання. На думку цих авторів професійний добір є надлишковим, так як його завдання вирішують попередні елементи профорієнтації, зокрема професійна інформація та професійна консультація. Така позиція деяких авторів незрозуміла та необґрунтована. По-перше, ця пропозиція суперечить Концепції державної системи професійної орієнтації населення, яка схвалена постановою Кабінету Міністрів України від 27.01.94 р. №48 [62] й Положенню про організацію професійної орієнтації населення від 31.05.95 р. №27 / 169 / 79.

По-друге, сьогодні українські економісти А.Решетнікова, Ю.Куліков та ін. стверджують, що стадія добору, як основний елемент професійної орієнтації, повинен виконуватися в кадрових агенціях України і вже виконується зарубіжними Rescrufing – агентствами, які проводять активний пошук і добір персоналу, дбаючи передусім про відповідність кандидатів вимогам вакансії [159, с. 46]. Більш того, розвиток лізингу робочої сили будується на профорієнтації, насамперед, у доборі, тобто у обстеженні інваліда та наданні йому обґрунтованих рекомендацій щодо найбільш доцільних напрямків трудової діяльності.

На нашу думку, сьогодні напрацьовано достатньо нормативно-законодавчих актів і методичних матеріалів, щоб визначитися у методологічних підходах стосовно вирішення проблеми активізації роботи з профорієнтації. Найбільш специфічним поняттям стосовно реабілітації інвалідів є психологічна підтримка, яка повинна, з нашої точки зору, розглядатися сумісно з поняттям професійної орієнтації. Поняття психологічної підтримки й профорієнтації, їх суттєвість та зміст в принципових моментах відпрацьовані у НДІ праці і зайнятості населення [152, п. 2.3, 3.1]. Можна погодитись з методологічним підходом, згідно якого в цих НДР у повній відповідності з „Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001 – 2005 роки” професійна реабілітація визначена як

цілеспрямований комплекс заходів. До його складу входять: психологічна підтримка, професійна орієнтація, професійне навчання, виробнича адаптація, раціональне працевлаштування, забезпечення трудової зайнятості інвалідів в сприятливих для них умовах праці. Визнано, що професійна реабілітація у складі цілісної системи соціально-професійної реабілітації включає такі компоненти: психологічну підтримку, професійну орієнтацію, професійне навчання й раціональне працевлаштування з метою забезпечення інтеграції (реінтеграції) інвалідів у суспільне виробництво й соціальне життя. Раціональним вважається працевлаштування, що відповідає змісту, умовам праці, стану здоров'я інваліда (нозології захворювання, групі інвалідності), а також забезпечує соціально-економічну рівноцінність професійної діяльності, що йому пропонують, тій, яку він виконував раніше. *Але нами введено замість поняття ефективної зайнятості – гідна зайнятість*, що, однак, не виключає ефективної зайнятості інваліда. Гідна зайнятість означає мотивовану трудову діяльність індивіда, перш за все, згідно стану його здоров'я, а також задовольняє потребам, інтересам і стимулам до праці.

Психологічна підтримка – це комплекс соціальних, педагогічно-психологічних засобів, форм і методів допомоги особі для гармонізації її психоемоційного стану, який повинен відповідати ступеню обдарувань і здібностей, сприяти формуванню ціннісних орієнтацій та розвитку почуття самосвідомості, підвищенню конкурентоздатності на ринку праці.

Лише за умов оптимального емоційного стану в інваліда можна сформувати психологічну готовність до трудової діяльності й адекватного професійного вибору. Свідомий обґрунтований вибір чи зміну професії, спеціальності повинна забезпечувати система профорієнтації.

Професійна орієнтація – це науково обґрунтований комплекс засобів інформаційного, психолого-педагогічного, соціально-економічного впливу на людину з метою сприяння їй в адекватному професійному самовизначенні із врахуванням: з одного боку, стану здоров'я (групи інвалідності, нозології захворювання), обдарувань, здібностей, індивідуально типологічних

особливостей, інтелекту, розумових властивостей, пам'яті, емоціонального стану, бажань та ін.; з іншого боку, попиту суспільного виробництва і суспільства в робочій силі за даними професіями, спеціальностями та рівнем кваліфікації. Профорієнтація є соціально-економічною категорією за суттю, походженням, показниками ефективності. Для розв'язання цих завдань профорієнтація використовує соціально-економічні, медико-фізіологічні, психофізіологічні, психолого-педагогічні та інші методи. Підкреслимо, що в умовах зростання ролі інформаційних технологій, психофізіологічну складову реабілітаційного процесу слід розглядати як елемент підтримки професійної працездатності інваліда.

Професійна орієнтація сприяє розвитку обдарувань, здібностей людини, зростанню її професійно-кваліфікаційного рівня, працездатності та збереженню здоров'я інваліда, сприяє його зайнятості, а звідси – соціальної стабілізації та економічному зростанню. За даними наукових досліджень професійна орієнтація сприяє збільшенню продуктивності праці (на 10 – 30 % залежно від виду економічної діяльності), скороченню плинності кадрів (на 20 – 25 %), зниженню аварійності й травматизму (на 35 – 45 %), продовженню періоду працездатності (на 8 – 10 %), зменшенню відрахувань з професійних навчальних закладів у 3 – 4 рази.

Метою профорієнтаційної роботи є підвищення конкурентноздатності інваліда на ринку праці й досягнення продуктивної, вільно обраної його зайнятості. Основними напрямками профорієнтаційного обслуговування громадян є: професійна інформація, професійна консультація, професійний добір, професійний відбір, професійна адаптація.

Професійна інформація – це ознайомлення інваліда з потребами в робочій силі за видами діяльності та професійно-кваліфікаційним складом, переліком та кон'юнктурою професій на ринку праці, змістом та перспективами розвитку професій, спеціальностей, формами й умовами їх здобуття, вимогами роботодавця до працівника, можливостями працевлаштування, формами підприємництва та самозайнятості тощо.

Професійно-інформаційне обслуговування передбачає безпосереднє надання інвалідам відомостей про основні положення нормативно-правових актів з питань праці, соціального захисту, працевлаштування та зайнятості, перелік професій та перспективи їх розвитку; перспективну й поточну потребу в працівниках за професійно-кваліфікаційним складом; вимоги професій до індивідуальних характеристик працівників; умови, форми, терміни оволодіння різними професіями (назви ВНЗ, ПТНЗ, перелік професій, спеціальностей, адреси, телефони, плата за навчання і т.п.); перелік професій, якими можна оволодіти в системі ДСЗН; умови організації малого підприємництва, власної справи, індивідуально-трудової діяльності тощо. Профінформація є найбільш ефективною і доступною складовою профорієнтації. Її ефективність залежить від оперативності, достовірності, повноти даних, розуміння її громадянами. Профінформація повинна: формувати об'єктивне відношення до різних професій, видів діяльності; за змістом і формою відповідати можливостям здоров'я інваліда, його сприйняттю та аналізу одержаної інформації; враховувати нозологію захворювання, освітньо-кваліфікаційні, соціальні особливості інваліда, не перевантажувати спеціальною термінологією; мати чітку логічну схему подання матеріалу. В профінформації повинні використовуватися масові, групові та індивідуальні форми роботи. Масові форми включають: лекції для великої чисельності інвалідів (наприклад, в інтернатах), ярмарки вакансій, «дні відкритих дверей» у ВНЗ, ПТНЗ, на підприємствах; поширення профінформації через радіо, телебачення, періодичні видання тощо.

Групові форми передбачають роботу з невеликими групами інвалідів шляхом проведення бесід, лекцій, семінарів, професіографічних зустрічей, вікторин, вечорів, екскурсій і т.п. Але найбільш припустимою формою є індивідуальна, коли надання профінформації здійснюється безпосередньо, як словесними методами, так і з використанням сучасних аудіовізуальних засобів, комп'ютерів, леєрів, в тому числі дистанційно. Технічні засоби нині активно використовують у ДСНЗ, особливо в профінформаційних центрах.

Професійна консультація – це взаємодія профконсультанта та інваліда щодо вибору чи зміни професії (спеціальності) на основі висновків МСЕК, групи інвалідності, нозології захворювання та всіх тих особистісних характеристик, які перелічені раніше при визначенні поняття профорієнтації і відповідають попиту ринку праці. Тобто основою професійної консультації є, з одного боку, особистісні характеристики інваліда, а з іншого – попит ринку праці на робочу силу за професійно-кваліфікаційним складом. Мета профконсультації – сприяння інвалідові у виборі такого робочого місця, котре в найбільшій мірі відповідає його особистісним якостям.

Найбільші дискусії виникають з приводу поняття професійний добір. Багато науковців об'єднує це поняття з відбором. Але, на нашу думку, поняття „добір” має право на існування.

Професійний добір – це науково обґрунтоване професійно-діагностичне обстеження інваліда та надання йому рекомендацій в частині професійної діяльності на основі визначення сукупності конкретних професій чи груп, котрі можуть в найбільшій мірі відповідати стану здоров'я, особливостям інваліда, властивостям його професіоналізму.

Професійний відбір – науково обґрунтоване, на базі професійного добору, визначення ступеня здатності інваліда до нормативних вимог конкурентної професії, спеціальності, робочого місця, посади.

Професійна адаптація – заходи, що сприяють професійному становленню та розвитку професійно важливих якостей, виробленню інвалідного стилю діяльності, плануванню кар'єри, професійно-кваліфікаційному зростанню.

В раніше вказаних НДР, які виконані співробітниками НДІ праці і зайнятості населення [152], крім розробки загально методичних положень, зроблено аналіз Українського законодавства під кутом зору пошуку норм права прямої дії стосовно професійної орієнтації населення взагалі. Як основний висновок з цього аналізу автори вважають, що в законодавчих актах не конкретизовані шляхи й умови реалізації прав громадян на обґрунтований

професійний вибір. Тому незадовільну роботу з профорієнтації вони бачать як у відсутності норм права прямої дії, так і недосконалості механізмів організації і здійснення тих норм права, які вже закладені у діюче законодавство.

Однак в нашому законодавстві все ж проголошені права громадян, у тому числі незахищених верств населення, до яких відносяться інваліди, на професійне самовизначення. Про це оговорюється у ст. 43 Конституції України, ст. 2 Кодексу законів про працю України та інших нормативно-правових актах про працю визначне право на вільний вибір професії, роду занять і роботи, що забезпечується державою, яка створює умови для підготовки і підвищення трудової кваліфікації, працевлаштування і зайнятості населення. Закон України «Про загальну середню освіту» в ст. 5, 9, 38 послідовно визнано за необхідне підготовка учнів до подальшої освіти і трудової діяльності, забезпечення потреби учнів у профорієнтації і професійній підготовці, формування засад здорового способу життя. В Законі України «Про освіту» також встановлено, що її метою є розвиток талантів, розумових і фізичних здібностей особистості, а в статті 14 вказано, що місцеві органи влади та місцевого самоврядування організовують професійну консультацію та продуктивну працю учнів. Як слідує з раніше наведених понять профорієнтації, профконсультація ще за професійною інформацією. Тому зрозуміло, що профконсультації передують профінформація як обов'язковий елемент профорієнтаційної роботи. Що стосується професійної консультації, в тому числі інваліда, то вона представляє взаємодію профконсультації й інваліда у виборі та зміні професії (спеціальності) з урахуванням всіх його особистісних характеристик.

Про сприяння в обґрунтованому професійному виборі громадянам йдеться в статтях 1, 3, 4, 7, 9, 13, 14, 18, 19, 22 Закону України „Про зайнятість населення”, з останніми доповненнями і змінами. Зокрема, ст. 13 визначено, що організація профорієнтації є одним із засобів регулювання зайнятості населення, ст. 18 – що територіальні центри профорієнтації входять до складу державної служби зайнятості, ст. 22 – державний фонд сприяння зайнятості, але

в ньому відсутня окрема стаття з професійної орієнтації населення й, зокрема, інвалідів [2].

Підкреслимо, що у проекті Трудового кодексу України передбачено можливість встановлювати пільги для інвалідів як цим Кодексом, так й іншими нормативно-правовими актами, угодами, колективними та трудовими договорами. В ст. 26 п. 1 Кодексу записано, що працівник має „право на працю, яку вільно обирає, або на яку вільно погоджується”, п. 11 – „право на отримання інформації щодо умов праці”, кн. 5 (ст. 342-351) – „право працівників на професійну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації”. В проекті Кодексу, гл. 5, ст. 46 „Право осіб на безоплатні послуги державної служби зайнятості”, п. 4 встановлено, що особи мають право на отримання безоплатних послуг з професійної орієнтації.

Крім перелічених нормативно-законодавчих актів, в Україні здійснюється відповідна Концепція та Положення з цього приводу [62]. Але ефективність профорієнтаційної роботи, особливо серед інвалідів, ще низька. Вона зводиться в регіонах до епізодичного проведення заходів інформаційного характеру. Набагато краще профорієнтаційна робота поставлена у майже 400 спеціалізованих навчально-виховних закладах для інвалідів, де вона здійснюється кураторами, викладачами, майстрами виробничого навчання, наставниками, хоча і переважно за інформаційно-консультативним напрямком. Це стосується ПТНЗ, ВНЗ, що підпорядковані різним міністерствам і відомствам, в тому числі у 5 закладах Міністерства праці та соціальної політики: Кам'янець-Подільському планово-економічному технікумі-інтернаті; Харківському обліково-економічному технікумі-інтернаті ім. Р.Т. Ананченка, Житомирському технічному ліцеї-інтернаті, Луганському й Самбірському профтехучилищах.

У Відкритому міжнародному університеті розвитку людини „Україна”, що створений за участю Київської міської державної адміністрації та областей України у 1999 році, із майже 12 тис. осіб, які навчаються в університеті (разом із всіма філіями) майже три тисячі – інваліди. З них: 58,5% – особи із

загальними захворюваннями, 10,6% – з порушенням опорно-рухового апарату, 21,2% – вадами слуху, 6,9% – вадами зору, 2,8% – з полісенсорними порушеннями. Однак через ще недостатнє матеріально-технічне, науково-методичне забезпечення, відсутність посад профконсультантів профорієнтаційна робота в повному обсязі не проводиться. І все ж, при вступі до університету абітурієнтів знайомлять із змістом, умовами праці, вимогами до працівника кожної із 36 спеціальностей, за якими здійснюється професійна підготовка, тривалістю, вартістю навчання за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями.

Найбільшим попитом у абітурієнтів користуються такі спеціальності, як: фізична реабілітація, психологія, соціальна робота, комп'ютерні мережі, програмне забезпечення автоматизованих систем, правознавство, діловодство тощо. Діяльність навчальних закладів з розвитку професійно важливих якостей, вироблення індивідуального стилю діяльності, прогнозування, планування майбутньої кар'єри безперервно шляхом підвищення професійно-кваліфікаційного рівня та ефективної зайнятості ще проводиться слабо. Перш за все через відсутність спеціалістів з професійної орієнтації.

Слід зазначити, що якщо для дітей-інвалідів і молодих інвалідів у відповідних навчальних закладах, створена мережа центрів ранньої реабілітації, і програми спеціалізованих занять, де надають послуги з психологічної підтримки й елементів профорієнтації за профінформаційним і консультативним напрямком, то для дорослих інвалідів, яких в Україні вже більше 2,5 млн. осіб, вона знаходиться на початковій стадії, хоча вже в деяких реабілітаційних центрах передбачені кабінети з профорієнтації. Як приклад, Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, де одночасно проходить реабілітацію до 135 осіб, і в якому створено матеріально-технічне підґрунтя для здійснення психологічної підтримки з профорієнтації, є новітня медична, професійно-психодіагностична апаратура, комп'ютерна техніка. Водночас у центрі ще недостатньо кваліфікованих кадрів, науково-методичних розробок з психологічної підтримки та професійного обслуговування інвалідів.

З наведеного аналітичного огляду стану профорієнтації щодо інвалідів можна зробити висновок, що не дивлячись на незрілість форм професійної орієнтації щодо вибору чи зміни професії інваліда, профорієнтація як обов'язковий компонент системи реабілітації інвалідів не може бути перешкодою у формуванні її цілісності. Але з метою підвищення рівня профорієнтаційної роботи необхідно вжити заходів. Проте, відносно організаційно-методологічного аспекту, необхідна реалізація Положення „Про професійну орієнтацію інвалідів та їх психологічну підтримку”, що розроблено в НДІ праці і зайнятості населення за участю автора дисертації. В ньому сформульовано мету, завдання, принципи й функції психологічної підтримки та професійної орієнтації інвалідів. Визначено, що підсистема психологічної підтримки та професійної орієнтації інвалідів, насамперед повинна бути обов'язковим компонентом цілісної системи реабілітації і містити:

нормативно-правове підґрунтя, стандарти та джерела фінансування;

органи управління й організації на державному, територіальних і базових рівнях, їх взаємодія, координація та субординація;

мережу функціональних підрозділів, де будуть безпосередньо обслуговувати інвалідів, їх кадрове забезпечення.

Вона мусить бути орієнтована на виконання Концепції, державних програм та програм громадських організацій інвалідів щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Слід особливо враховувати, що більшість інвалідів не спроможна виявляти й адекватно оцінювати власні здібності та реальні шанси майбутнього працевлаштування за вибраною професією чи спеціальністю. Професійний вибір здійснюється під впливом засобів масової інформації, батьків, друзів, які не враховують кон'юнктуру ринку праці, перспективні потреби в робочій силі за професіями (спеціальностями). У підсумку професійний вибір здійснюється необґрунтовано, під впливом випадкових чинників, оточення, престижності на даний момент професії. Тому реституція у новій якості профорієнтаційної

підсистеми у складі цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів є актуальною і невідкладною проблемою.

Розглянута психолого-профорієнтаційна підсистема, як ми бачимо, тісно пов'язана з підсистемою моніторингу та інформаційного забезпечення, що припускає створення державної інформаційно-аналітичної підсистеми на основі сучасних інформаційних технологій, що містили б три банки даних. Перший – про чисельність та характеристики інвалідів (вік, стать, нозологія захворювання, група інвалідності, професія, спеціальність, обдарування, здібності тощо). Другий – про стан реабілітаційного процесу. Третій – про звичайні та спеціалізовані робочі місця, працевлаштування та зайнятість інвалідів. Організація інформаційного забезпечення здійснюється шляхом створення моніторингу стосовно стану інвалідності в Україні, реабілітаційного процесу, робочих місць і зайнятості. Для цього необхідно:

статистичну звітність за формою № 2-ЗНК “Основні показники діяльності вищих закладів освіти України”, де, поряд з чисельністю студентів-інвалідів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, доповнити чисельністю інвалідів, які отримали направлення на роботу після навчання. Подібні зміни повинні відбутися і в статистичній звітності, що подають професійно-технічні навчальні заклади та навчальні заклади системи Міністерства праці та соціальної політики України;

внести зміни в статистичну звітність форми №2-ПН “Звіт про працевлаштування і зайнятість населення, яке звернулося до служби зайнятості України” розділ XII та XIII, де б відбивалася інформація про працевлаштування інвалідів після проходження професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації за направленням державної служби зайнятості в розрізі професій (спеціальностей).

Четвертий і п'ятий блоки будуть проаналізовані окремо.

Шостий блок (моніторинг та інформаційне забезпечення) системи реабілітації найменш відпрацьований, але саме з нього починається відпрацювання системних управлінських рішень. Зрозуміло, що органи

соціального захисту при підборі роботи для інваліда повинні мати дані з віку, статі, групи інвалідності нозології захворювання, висновків МСВК, його особливостей та бажань працювати. Для цього потрібні штатні спеціалісти з цього профілю, яких нині немає. Водночас слід зауважити, що на спеціалістів, які обслуговують інвалідів, покладені обов'язки з охорони праці, заробітної плати, укладання колективних договорів тощо. Тому ефективно займатись працевлаштуванням інвалідів, які до них звертаються, вони, практично, не можуть.

Дані аналізу свідчать, що на загальнодержавному й територіальному рівнях ще не створені банки даних про робочі місця, де, відповідно до вимог МСЕК можуть працювати інваліди. Не поновлені переліки медичних показань і протипоказань за нозологіями і групами інвалідності, за якими можна здійснювати професійне навчання і працевлаштування інвалідів. МСЕК повинна складати індивідуальну програму професійної реабілітації інваліда, завдяки якій можна передбачати форми реабілітаційних заходів, термін їх проведення, умови їх виконання та виконавців. Однак відсутність у складі МСЕК профконсультантів не дозволяє враховувати обдарування, професійно-кваліфікаційний рівень, індивідуальні здібності та бажання інваліда до конкретної праці.

Інформаційне забезпечення процесу реабілітації інвалідів передбачає формування соціального моніторингу, що відстежує необхідні індикатори як загального характеру, так і за спеціальними даними по кожному стану реабілітації, по кожному блоку (компоненту) цілісної системи. Перші кроки у напрямку одержання банку даних по наявності Паспортів реабілітаційних центрів, що зроблені Міністерством праці та соціальної політики свідчать, що на цьому шляху очікуються великі труднощі, які все ж необхідно переборювати. Центрів професійної реабілітації досі немає в Кіровоградській, Житомирській областях. Слід нагадати, що відповідно до Національної програми такі центри мають створюватися на територіях, де мешкає 50 тис інвалідів.

Зараз в системі органів праці та соціальної політики України діють 296 реабілітаційних установ. Створено Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (с. Лютіж Київської обл.), Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв), 208 центрів (відділень) ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, 74 центри (відділення) медичної та соціальної реабілітації, 5 міжрегіональних та 16 обласних центрів професійної реабілітації. На зміцнення матеріально-технічної бази створених центрів надано 253,6 млн. грн. безповоротної фінансової допомоги.

Таким чином, вже кроки створення системи моніторингу дозволили визначити, що мережа реабілітаційних центрів для інвалідів в Україні почала формуватись. Тому важливо, щоб у кожному центрі з моменту створення було передбачено можливість системного підходу, додержання принципів формування й ефективного функціонування всього реабілітаційного процесу.

У загально-методологічному сенсі при організації моніторингу найбільш відпрацьовані підходи, які розроблені О.Г. Осауленко [125, с. 12-74]. Проте, стосовно реабілітації інвалідів при організації моніторингу потрібно одержати відповіді до таких методичних питань, які мають свою специфіку:

найбільш характерні показники реабілітаційного процесу як цілісної системи;

оптимальна частота спостереження;

методи моніторингу за різними напрямками;

контролювання якості одержання даних;

проведення їх економіко-статистичного аналізу та оцінка репрезентативності.

Запровадження моніторингу здійснюється за такими етапами:

1. Формування завдання моніторингу, що включає, по-перше, якомога повніший функціональний опис реабілітаційного процесу, що є об'єктом моніторингу; по-друге, визначення найважливіших (з точки зору змістовного опису) внутрішніх і зовнішніх факторів, що впливають на реабілітаційний процес.

2. Спостереження за обраними показниками і підготовка інформації: встановлення для обраних факторів наявності відповідних даних; формування відповідних динамічних часових рядів обраних показників із використанням наявних баз даних.

3. Оцінювання стану реабілітаційного процесу на основі аналізу, експертних оцінок та спеціальних спостережень.

4. Попередня обробка даних з метою усунення пропусків та аномальних значень.

5. Первинний аналіз даних з метою перевірки однорідності та імовірних характеристик.

6. Багатовимірний аналіз даних (аналіз показників як взаємопов'язаних динамічних рядів) з метою одержання якісних і кількісних характеристик зв'язку цільових показників з факторами впливу.

7. Короткострокове прогнозування контрольованих показників з метою поточного виявлення тенденцій їх розвитку за умов, що склалися. Прогнозування включає, як обов'язковий етап, побудову відповідних моделей, що можуть бути одновимірними (трендовими) або багатовимірними (комплексними).

8. Інтерпретація одержаних результатів, тобто оцінка корисності кожного результату з точки зору задачі моніторингу: висновки щодо оцінки стану досліджуваних показників; оцінка динаміки розвитку досліджуваних процесів; рішення про передачу одержаних оцінок у базу даних.

Метою соціального моніторингу є отримання інформації, яка забезпечує підвищення дієвості реабілітаційного процесу в цілому.

2.2. Стан і місце професійної підготовки інвалідів у системі реабілітації

Підсистема професійної підготовки як блок цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, займає у її складі центральне місце. Вона

здійснюється після медичної і соціальної реабілітації в супроводі психологічної підтримки та профорієнтації. Професійна підготовка включає професійне та фахове навчання, перепідготовку та підвищення кваліфікації інвалідів. Зміст професійної реабілітації вписаний у Всесвітній декларації про права людини 1948 р. і визначається як забезпечення входження осіб з обмеженими можливостями здоров'я у суспільні відносини, що на практиці означає надати їм відповідну загальну освіту, професію чи спеціальність [3].

На 48 сесії Генеральної Асамблеї ООН (1993) були прийняті «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», в яких сформульовані конкретні рекомендації для держав щодо створення в суспільстві атмосфери розуміння проблем інвалідів, їх прав, потреб, усунення перешкод, котрі не дозволяють їм робити свій вклад у розвиток економіки [5]. «Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005», затвердженої Указом Президента України від 13 липня 2001 року № 519/2001 передбачене формування системи професійної реабілітації інвалідів.

Досягнення основної мети реабілітаційного процесу згідно з Програмою відбувається впровадженням комплексу заходів по формуванню професійної зайнятості, досягнення відповідного професійного, освітньо-кваліфікаційного рівня, психологічної готовності до трудової діяльності [44].

Аналіз професійного (фахового) навчання інвалідів включає медичний, правовий, організаційний, соціально-економічний та інший аспекти. Медичний аспект охоплює аналіз складу осіб з обмеженими можливостями здоров'я навчатися, залучати їх як рівних партнерів у суспільні відносини. Організаційна сторона стану професійного навчання інвалідів включає забезпечення санітарно-гігієнічних умов, безбар'єрності архітектури для відвідування аудиторій, адаптацію засобів навчання до інвалідів та ін. Соціально-економічний аспект професійного (фахового) навчання інвалідів охоплює: аналіз існуючих методик соціально-економічної підтримки та навчання, мережі закладів, що здійснюють професійне навчання, склад учнів та студентів-

інвалідів за чисельністю, групами інвалідності у розрізі навчальних закладів різного підпорядкування та регіонів (де дозволяють дані), існуючий перелік професій та спеціальностей, за якими відбувається навчання, соціальну та економічну ефективність професійного навчання.

Професійне навчання інвалідів в Україні об'єднує навчальні заклади Міністерства праці та соціальної політики, спеціалізовані навчальні заклади, професійно-технічні та вищі навчальні заклади загального типу системи Міністерства освіти та науки й інших відомств, недержавні навчальні заклади, спеціалізовані підприємства інвалідів тощо.

Всього по Україні в сфері Міністерства праці та соціальної політики діє 5 спеціалізованих навчальних закладів для інвалідів інтернатного типу, а саме: Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум-інтернат, Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Р.Т. Ананченка, Житомирський технічний ліцей-інтернат, Луганське СПТУ-інтернат, Самбірське СПТУ-інтернат, а також Чернігівський юридичний коледж, куди приймаються, в тому числі, інваліди I – III групи. Щорічно до них вступає понад 1600 дітей-інвалідів, які перебувають на державному забезпеченні.

Стосовно вступу інвалідів до вищих навчальних закладів, довузівська підготовка має за мету адаптувати рівень знань абітурієнта до вимог вступних іспитів у вищих навчальних закладах взагалі та конкретного вищого навчального закладу зокрема. На жаль, саме на цьому етапі існують суттєві бар'єри щодо навчання інвалідів (платна підготовка, відсутність програм та методів підготовки, розрахованих на абітурієнтів з обмеженими фізичними можливостями). Наслідком цього є відмінність рівня вступної підготовки інваліда-абітурієнта від рівня підготовки решти абітурієнтів. Передусім це стосується абітурієнтів-інвалідів із малозабезпечених сімей.

Законом України «Про вищу освіту» передбачено забезпечення «належної підтримки підготовки фахівців з числа інвалідів на основі спеціальних освітніх технологій».

Для здійснення фахової підготовки інвалідів у вищих навчальних закладах, згідно із Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та відповідно до наказу Міністерства освіти і науки № 37 від 29 лютого 2000 року передбачено ряд гарантій і пільг інвалідам у здобутті ними вищої освіти в державних навчальних закладах, а саме:

зарахування інвалідів I – II групи до вищих навчальних закладів здійснюється поза конкурсом за умови отримання ними позитивних оцінок;

за рекомендацією органів охорони здоров'я, праці та соціального захисту населення приймальна комісія розглядає питання про можливість зарахування до вищих навчальних закладів понад державне замовлення за результатами співбесіди з правом навчання за місцем проживання інвалідів, які не спроможні відвідувати навчальний заклад, створення умов для проходження ними курсу навчання екстерном;

відповідно до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» поза конкурсом здійснюється зарахування до вищих навчальних закладів інвалідів, потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи;

відповідно до Закону України «Про відпустки» розроблено індивідуальні програми навчання інвалідів у вищих навчальних закладах з урахуванням використання ними щорічних основних відпусток під час навчального року.

Приймальна комісія вищого навчального закладу за рекомендаціями органів охорони здоров'я та соціального забезпечення розглядає питання про можливість зарахування до вищого навчального закладу поза планом інвалідів, які нездатні відвідувати навчальний заклад, за результатами співбесіди із правом навчання за місцем проживання. Це повинно розширити можливості одержання інвалідами вищої освіти. Але негативною стороною є той факт, що приймальні комісії тільки розглядають питання прийому вказаних інвалідів поза планом з правом навчання інвалідів вдома і вирішують це питання на свій розсуд.

Для того, щоб інвалід навчався у себе вдома необхідно, по-перше, додаткова кількість викладачів у вищому навчальному закладі; по-друге, додаткове фінансування навчання таких інвалідів. А саме фінансування на відрядження вчителів до місця проживання інваліда, оплату індивідуальної науково-методичної літератури, придбання комп'ютерної техніки, оплата за користування Інтернетом тощо. За експертними оцінками підготовка, одного студента-інваліда за місцем його проживання обходиться навчальному закладу близько 4 тис. грн. в рік, тоді як підготовка звичайного студента вищого навчального закладу III-IV рівня акредитації – 1,3 тис. грн. на рік. Крім того, підготовку інвалідів вдома вищі навчальні заклади можуть проводити тільки за рахунок позабюджетних коштів, які є дефіцитними.

Тобто для розвитку дистанційного навчання, необхідно залучати до професійного навчання кошти Фонду соціального захисту інвалідів, кошти громадських організацій інвалідів тощо.

Отже навчання інвалідів в Україні відбувається не в тих обсягах, які потрібні для того, щоб усунути дискримінацію щодо вказаних осіб та включити інвалідів в суспільне життя. Не сприяє цьому і відсутність на державному рівні медичних показань та протипоказань для навчання інвалідів в навчальних закладах України. Внаслідок цього питання про зарахування інваліда на навчання вирішується медичним персоналом того навчального закладу, куди поступає на навчання інвалід. Такий стан справ навряд чи можна назвати придатним.

Протягом 2001-2006 років чисельність інвалідів у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації стабільно збільшувалась та зросла з 6,1 тис. осіб у 2001 році до 10,6 тис. осіб у 2006 році, тобто цей показник виріс на 73,8 %, що є позитивною тенденцією. Проте темпи зростання до попереднього року знизились – з 114,8 % у 2002 році до 108,9 % у 2006 році. Найвищий приріст відбувся у 2004 році – 115,2 %. Стабільною залишається питома вага інвалідів-студентів вищих навчальних закладів у чисельності дорослих інвалідів. За

період 2001-2006 років вона дещо зросла з 0,3 % у 2001 році до 0,5 % у 2007 році (таблиця 2.5).

Окремо слід відмітити єдиний в своєму роді на Україні відкритий міжнародний Університет розвитку людини „Україна” з 26 філіями в інших регіонах країни, де навчаються 1850 студентів з інвалідністю. Особливість його полягає в тому, що із загальної чисельності студентів в місті Києві, які навчаються в університеті „Україна”, 70% становлять інваліди. Підготовка ведеться за 32 спеціальностями, що надають освітньо-кваліфікаційний рівень „молодший спеціаліст” та „бакалавр”, серед яких: фізична реабілітація, комп’ютерні мережі, документознавство та інформаційна робота; програмне забезпечення автоматизованих систем, видавнича справа та редагування;

Таблиця 2.5.

**Рівень охоплення інвалідів вищою освітою I-IV рівнів акредитації
в Україні у 2001-2007 роках**

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Чисельність дорослих інвалідів, тис. осіб	2236,0	2260,7	2229,2	2247,5	2372,6	2363,9	2391,9
2	Чисельність інвалідів у вищих навчальних закладах, тис. осіб**	6,1	7,0	7,9	9,1	9,7	10,6	12,3
3	Темп до попереднього року, %	-	114,8	112,9	115,2	106,6	108,9	116,0
4	Питома вага інвалідів-студентів вищих навчальних закладів у чисельності дорослих інвалідів, %	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5

*Складено за даними Державного комітету статистики України

**На початок навчального року

міжнародна інформація, психологія, соціальна робота, правознавство, екологія, менеджмент організацій та інші. Особливо слід відмітити підготовку за спеціальністю "фізична реабілітація", що надає право випускнику працювати в науково-дослідних інститутах клінічного профілю, лікарнях, лікарсько-фізкультурних диспансерах, закладах професійної освіти, де навчаються інваліди. Крім того, в університеті поряд з денною та заочною формою

навчання застосовується дистанційне навчання, яке вкрай необхідно інвалідам. Так як питома вага останніх в загальній чисельності студентів Університету дуже значна, інваліди I, II та III груп, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю, зараховуються поза конкурсом на основі позитивних оцінок. І незважаючи на те, що навчання в Університеті платне, поряд з оплатою за рахунок фізичних та юридичних осіб можливе навчання за рахунок коштів державного і комунальних (місцевих) бюджетів. Крім того, 10 – 12 % студентів в одній академічній групі можуть навчання за рахунок власних коштів Університету.

Чисельність інвалідів з охоплення професійно-технічною освітою за період 2001-2006 років зростала: з 3,8 тис. осіб у 2001 році до 4,4 тис. осіб у 2006 році, тобто на 15,8 %. Показники темпів росту за цей період коливались від 105,2 % (2003р.) та 107,1% (2005р.), до різкого падіння – 97,7 % (2006р.). Охоплення інвалідів професійно-технічною освітою протягом 2001-2007 років залишається на рівні 0,2 % (табл. 2.6).

Таблиця 2.6.

**Рівень охоплення інвалідів професійно-технічною освітою в Україні
у 2001-2007 роках**

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Чисельність дорослих інвалідів, тис. осіб	2175,2	2236,0	2229,2	2247,5	2372,6	2363,9	2391,9
2	Чисельність інвалідів у професійно-технічних навчальних закладах, тис. осіб**	3,8	3,8	4,0	4,2	4,5	4,4	5,0
3	Темп до попереднього року, %	-	100,0	105,2	105,0	107,1	97,7	113,6
4	Питома вага інвалідів-студентів професійно-технічних навчальних закладів у чисельності дорослих інвалідів, %	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

*Складено за даними Державного комітету статистики України

**На кінець року

У професійно-технічних навчальних закладах МОН навчаються близько 4 тис. дітей з обмеженими можливостями розвитку (0,9 % від загального контингенту). Відстежується тенденція до збільшення цієї категорії учнів: з 1997 по 01.01.2006 року кількість їх зросла майже з 2400 до 4000 осіб.

У тридцяти вищих навчальних закладах різних рівнів акредитації функціонують спеціальні групи для здобуття особами з вадами слуху та зору вищої освіти. МОНОм спільно з Академією педагогічних наук України розроблено та затверджено Програму професійної підготовки інвалідів по слуху і зору у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації на період до 2010 року. Зазначеною програмою визначено невідкладні і перспективні заходи щодо реалізації конституційних прав осіб з фізичними обмеженнями на здобуття неповної, базової та вищої освіти відповідно до Закону України „Про вищу освіту”. За період з 1999 по 01.01.2006 року контингент студентів з фізичними обмеженнями у вищих навчальних закладах I-V рівнів акредитації зріс у 2,5 рази і становить 9,1 тис. осіб.

Протягом 2001-2005 років медико-соціальними експертними комісіями МОЗ визначено близько 100 тис. рекомендацій до навчання у вищих та професійно-технічних навчальних закладах відповідно до попиту регіональних ринків праці з урахуванням особливих потреб людей з обмеженими фізичними можливостями. Щороку цей показник зростає: 2001 р. – 18012; 2002 р. – 18173; 2003 р. – 18776; 2004 р. – 22331 особа. У 2005 році МСЕК визначено рекомендацій з професійного навчання інвалідів 20075 особам, в т.ч. в умовах виробництва – 6155, у спеціалізованих навчальних закладах-інтернатах для дітей-інвалідів – 4066, у вищих навчальних закладах МОН I-II рівнів акредитації – 5787, III-IV рівнів акредитації 4127 осіб. На базі „Відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна” створено науково-методичний центр по розробці методики організації навчання студентів-інвалідів. До роботи в Центрі залучені фахівці з технічних засобів навчання, педагогіки, психології, соціальної роботи, спортивної реабілітації. Розроблена та впроваджується система супроводу навчання студентів з інвалідністю,

видано 2 методичних посібники для викладачів та фахівців, які працюють з інвалідами. Постійно діє науково-методичний семінар для викладачів інтегративних груп. Створено Центр самостійної роботи для студентів з інвалідністю та Центру планування та розвитку кар'єри.

З метою забезпечення здобуття вищої освіти особам з інвалідністю умовами прийому до вищих навчальних закладів України (наказ МОН від 18.03.2005 р., № 164 передбачено пільги щодо позаконкурсного їх зарахування). Під час навчання у вищих навчальних закладах студентам-інвалідам виплачується пенсія і стипендія та додаткова матеріальна допомога. Працюючим інвалідам надається дозвіл навчатися за індивідуальними графіками та за дистанційною формою навчання.

На оплату професійного навчання та навчання у вищих навчальних закладах інвалідів I-III груп за 2001-2005 рр. Фондом соціального захисту інвалідів спрямовано 14,9 млн. грн..

З метою впровадження в Україні модульних програм професійного навчання затверджено наказ Мінпраці від 27.10.2004 р. № 266 "Про заходи щодо впровадження адаптованих модульних навчальних пакетів".

На місцевих рівнях приймальні комісії вищих навчальних закладів розглядають питання про можливість зарахування до числа студентів дітей, не спроможних відвідувати навчальний заклад з правом навчання їх за місцем проживання. Для них створюються умови проходження курсів дистанційного навчання або навчання за екстернатною формою. В організації цього навчального процесу розробляються і впроваджуються блоки дисциплін (модулі), методичні підходи до забезпечення цієї форми навчання. Розроблені навчальні програми, завдання для виконання контрольних робіт. Але слід зауважити, що значною перешкодою для впровадження дистанційного навчання є відсутність у студентів-інвалідів комп'ютерів вдома. У зв'язку з цим, особливої актуальності набувають питання забезпечення дітей-інвалідів домашніми комп'ютерами та підключення до Інтернету.

Стан професійного навчання інвалідів в *системі органів соціального захисту* населення в Україні оцінюється за темпами зростання таких показників: кількості інвалідів, яких направлено на навчання; кількості осіб, яких вперше визнано інвалідами, яких направлено на навчання; кількості інвалідів війни і з числа військовослужбовців, що вперше визнані інвалідами, яких направлено на навчання; кількості інвалідів праці та з дитинства, що вперше визнані інвалідами, яких направлено на навчання.

Структура за категоріями інвалідів, направлених на навчання, та її розвиток в часі дозволяє: оцінити її стабільність, то обумовлюється складом населення, причиною захворювання та характеризується переважною більшістю інвалідів праці та з дитинства – на рівні 97 %. Друге місце посідають інваліди війни та з числа військовослужбовців – до 3%.

Оцінка оперативності роботи з інвалідами, що потребують навчання, здійснюється на основі показника питомої ваги осіб, направлених на навчання, що вперше були визнані інвалідами. Протягом 2000 – 2004 років він впав майже втричі 21,3 % до 7,3 %.

Критерієм оцінки роботи системи соціального захисту щодо навчання інвалідів є питома вага інвалідів, направлених на навчання у заклади системи органів соціального захисту, у розподілі інвалідів за типами навчальних закладів. Зокрема значно знизилась питома вага осіб, вперше визнаних інвалідами, яких направлено на навчання як у навчальні заклади системи органів соціального захисту, так і у навчальні заклади загального типу.

За 2006 рік відбулося зниження кількості інвалідів, яких було направлено на навчання органами соціального захисту населення, що є негативною тенденцією (табл. 2.7.)

Стан професійного навчання інвалідів *Державною службою зайнятості* в Україні оцінюється за темпами, динамікою та структурою показників етапів навчання, зокрема: направлено на професійне навчання з початку року; всього навчалось у звітному періоді; пройшли професійне навчання; залишили навчання.

Таблиця 2.7.

Навчання інвалідів, які перебували на обліку в органах соціального захисту населення в Україні у 2006 році

	Всього, осіб	у тому числі в навчальні заклади	
		системи соціального захисту населення	загального типу
Кількість інвалідів у віці до 39 років, яких направлено на навчання	1881	1287	594
з них вперше визнано інвалідами у 2006 році	119	73	46
Із загальної кількості направлених на навчання:			
інваліди війни та з числа військовослужбовців	23	16	7
інваліди праці та з дитинства	1858	1271	587

*Складено за даними Державного комітету статистики України

Ці показники оцінюються за структурою осіб по групах інвалідності. У 2005 році темпи професійного навчання інвалідів Державною службою зайнятості порівняно з попереднім роком були високими за всім комплексом показників. Позитивним слід вважати високі темпи зростання чисельності тих, хто пройшов професійне навчання, саме такими вони були у 2005 році для інвалідів III групи, що пройшли професійне навчання.

За структурою інвалідності серед тих, хто навчався у 2005 році, та тих, хто пройшли професійне навчання, переважають інваліди III групи. Проте тенденція змін структури інвалідів, що навчаються та пройшли навчання, показує зменшення осіб III групи та збільшення осіб I та II груп.

Що стосується оцінки рівня професійної підготовки завдяки показникам працевлаштування, то вони більше характеризують навіть не стільки сам рівень професійної підготовки, оскільки її фактичний результат, який склався під впливом попиту на дану робочу силу на ринку праці. Враховуючи недосконалість сучасного українського ринку праці, уявлення про існуючий рівень і одночасно порядок підготовки інвалідів (як підсистеми у цілісній системі реабілітаційного процесу), можливо одержати завдяки використанню соціологічних методів у сукупності з аналізом статистичних даних. Цей підхід дозволяє одержати більш-менш об'єктивну картину професійної підготовки, виявити та елімінувати фактори безпосередньо процесу навчання та кон'юнктури ринку праці, які впливають на результати працевлаштування

інвалідів, характеризуючи при цьому вже професійну реабілітацію в цілому, а не тільки професійне навчання.

Без перебільшення можна обґрунтовано стверджувати, що перелічені раніше навчальні заклади, особливо Відкритий міжнародний університет розвитку людини „Україна” та його філіали, Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів у м. Лютяжі та ін., передусім виконують роль гарного зразку та прикладу для наслідування.

Можна зробити висновок, що у спеціалізованих навчальних закладах особи з обмеженими можливостями здоров'я мають змогу навчатися чи специфічним професіям (бджоляр, садівник і ін.), та таким конкурентоспроможним професіям як радіотехнік і електромеханік з ремонту побутових приладів, чоботар, кравець та спеціальностям – соціальна робота, програміст, бухгалтерський облік й ін. За нашими експертними оцінками 65-70% інвалідів-випускників таких навчальних закладів успішно працевлаштовуються.

Аналіз причин, чому після направлення на робочі місця за рахунок 4% квоти, інвалід не був працевлаштований, показує, що основним з них є: "непідходяща робота з медичних показань" – 18%, "непідходяща робота за професійно-кваліфікаційними ознаками" – 62%, інші – 20%. Ця обставина додатково свідчить про необхідність вирішення проблеми профорієнтації, професійного навчання та перенавчання інвалідів.

Як показують соціологічні опитування та матеріали ДСЗ, серед роботодавців найбільш поширені офіційні відмови у працевлаштуванні інвалідів, що пов'язані: з очікуванням реструктурування виробництва та можливого скорочення чисельності працівників (16%), неможливості створення додаткових робочих місць через відсутність фінансових можливостей (57%), шкідливі умови праці (18%), роз'їзний характер роботи (5%), незручний режим праці та відпочинку (4%). Але ці висновки базуються, в основному, на офіційних відповідях наймача, тому характеризують лише верхівку „айсбергу”.

Більш докладно вивчення проблем працевлаштування методами довірчих бесід, анонімного анкетування показує, що половина відмови пов'язана з психологічним фактором невіри роботодавця у можливості людини з особливими потребами, очікування від інваліда непередбачених наслідків, несподівану поведінку інваліда, труднощі спеціальної звітності щодо інвалідів та ін. Друга половина відмов складається з низької оцінки роботодавцями професійно-кваліфікаційної підготовки інваліда і недостатністю грошових коштів для створення робочих місць. Однак ці ж самі роботодавці підтверджують і наводять факт працевлаштування та гідної зайнятості найбільш кваліфікованих, професійно і працездатних осіб з обмеженими можливостями здоров'я, які вже успішно працюють на їхньому підприємстві.

В цьому зв'язку цікавий досвід Японії, де існує система квотування та державного субсидування найму на роботу інвалідів. Підприємствам, які беруть на роботу інвалідів в межах встановленої квоти (1,5% квоти приватного сектору, 1,8% для інноваційних компаній, 1,9% для сфери послуг), держава виплачує 20 тис. ієн в місяць на кожного прийнятого на роботу у великій компанії та по 10 тис. ієн на кожного в місяць – дрібні та середні. Крім того, на професійну підготовку інвалідів держава виплачує підприємствам 18700-19700 ієн на кожного в місяць.

Дані про направлення ДСЗ на професійне навчання інвалідів свідчить про те, що тільки біля 5-6% від їх чисельності на обліку в центрах зайнятості мають їх одержати. З них близько 80% становлять інваліди III групи, 16% – інваліди II групи та біля 4% – I групи. Звісно, такий стан справ з працевлаштування не задовольняє потреби інвалідів у професійному навчанні. У цьому зв'язку головні управління праці та соціального захисту населення повинні більш оперативно надавати центрам зайнятості інформацію про інвалідів, які бажають пройти підготовку, перепідготовку або підвищити свою кваліфікацію. Як відомо, працевлаштування інвалідів відбувається або на заброньовані робочі місця у межах 4% квоти, або на вакантні робочі місця (посади службовців), які має у своєму розпорядженні ДСЗ. Але відділення Фонду соціального захисту

інвалідів тільки один раз на рік надсилає у центр зайнятості списки підприємств, які мають звітувати при виконання встановленого їм нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів. Тобто така інформація містить заплановані дані щодо кількості робочих місць, а не фактичні. Тому вона запізнюється на цілий рік. Крім того, інвалідам пропонується в більшості випадків робота, яка зовсім не потребує професійної підготовки при лише мінімальній заробітній платі.

Для здійснення комплексної оцінки стану системи професійного навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації осіб з обмеженими можливостями здоров'я в регіонах України використаємо середній рейтинговий показник, що розраховується як результат від ділення суми рейтингів за кожною складовою професійного навчання інвалідів на кількість цих складових. Рейтинг серед областей країни та міст Києва і Севастополя певного регіону (їх виділено чотири: Південний, Центральний, Східний та Західний). Звичайно, цей показник має відносний і занадто узагальнений характер. Проте з його допомогою можна оцінити як загальний стан професійного навчання, так і співвідношення розвитку його складових в області, місті, регіоні. Наприклад, в Центральному регіоні профнавчання інвалідів отримало найкраще розвиток в Житомирській області, найгірше – в Сумській, Чернігівській та м. Києві. В Східному регіоні найвища рейтингова оцінка є в Харківській та Донецькій областях, найнижча – в Луганській. В Західному регіоні найкраще розвинута система професійного навчання інвалідів у Львівській області, а найгірше - в Закарпатській. У Південному регіоні найвищу середню рейтингову оцінку стану професійного навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я має Одеська область, найнижчу – м. Севастополь. Для більш об'єктивної оцінки професійного навчання інвалідів в регіонах можна зіставити середню рейтингову оцінку з рівнем інвалідності (число інвалідів на 1000 населення). В результаті такого аналізу видно, що у Південному регіоні Миколаївщина має низький рівень інвалідності, а середня рейтингова оцінка стану професійного навчання - висока, що є позитивним в розвитку трудової реабілітації людей з

обмеженими фізичними можливостями в області. В Центральному регіоні найбільший рівень інвалідності населення має Чернігівщина проте середня рейтингова оцінка її щодо профнавчання тут найнижча, що свідчить про недостатній стан професійного навчання в області. І навпаки, у Східному регіоні Харківщина має найбільшу чисельність інвалідів на 1000 населення і середня рейтингова оцінка її теж найвища. Це дозволяє зробити висновок про відповідну увагу до професійного навчання інвалідів в області.

Загалом по Україні найвищу середню рейтингову оцінку мають Одеська область (6,2%), Донецька (6,7%), Житомирська (7,2%) та Харківська (8,5%) області, які були лідерами і в регіональних групах областей. Особливо слід відзначити Житомирщину, яка має один з найвищих показників інвалідності населення і водночас займає високе (третє) місце серед областей України за станом професійного навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Найменшу рейтингову оцінку мають м. Севастополь та західні області України – Тернопільська, Рівненська та Чернівецька.

Таким чином, середня рейтингова оцінка дає змогу зробити висновок, що найкращий стан професійного навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації осіб з обмеженими можливостями здоров'я є там, де, як правило, знаходяться спеціалізовані навчальні заклади сфери управління Мінпраці та соціальної політики, а також відбувається сприяння навчанню інвалідів у професійно-технічних та вищих навчальних закладах загального типу.

2.3. Працевлаштування та зайнятість в системі соціально-професійної реабілітації інвалідів

Працевлаштування та зайнятість є підсистемою та блоком цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, і водночас, її кінцевим результатом. На сьогодні в Україні створені достатні нормативно-правові та соціально-економічні передумови для практичного вирішення

проблеми реабілітації інвалідів в цілому. В країні було створено підґрунтя для виконання „Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки” [41]. Але, як свідчать результати моніторингу показників зайнятості та працевлаштування інвалідів 2001-2005 років, проведеного співробітниками НДІ праці, окремі її положення не були реалізовані повною мірою.

З метою працевлаштування та зайнятості інвалідів відповідно до статті 19 Закону України „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” з доповненнями і змінами від 31.05.2005 року №2606-IV [19], підприємства (об'єднання), установи й організації незалежно від форм власності й господарювання (далі - підприємства), мають виконувати норматив у розмірі чотирьох відсотків від загальної чисельності працівників, а якщо працівників від 8 до 15 осіб, то виділяється одне робоче місце. Постановою Кабінету Міністрів України „Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів” від 03.05.1995 року №314 [48] із доповненнями і змінами від 10.01.2002 року встановлено, що уряд АР Крим, обласні, Київський і Севастопольський міські державні адміністрації, разом з громадськими організаціями інвалідів, повинні визначати потребу в робочих місцях для працевлаштування інвалідів та створювати необхідну кількість підприємств, в тому числі малих. В Положенні „Про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів” сформульовані самі поняття „звичайного” і „спеціалізованого” робочого місця для інваліда. Робоче місце інваліда вважається створеним, якщо воно відповідає встановленим вимогам робочого місця для інвалідів відповідної нозології, атестоване спеціальною комісією за участю представників МСЕК органів Державного нагляду з охорони праці, громадських організацій інвалідів; введене в дію шляхом працевлаштування на ньому інваліда. Інваліди, які не мають змоги працювати на підприємствах, можуть займатися надомною формою праці [47]. В Положенні окремо визначені завдання для місцевих органів соціального захисту населення, державної служби зайнятості населення, підприємств. Зокрема, підприємства

зобов'язані за власні кошти створювати робочі місця для працевлаштування інвалідів у межах 4-х відсоткового нормативу; визначати види виробництв, цехи та дільниці, де можна використовувати працю інвалідів; інформувати державну службу зайнятості населення та місцеві органи соціального захисту про вільні робочі місця для інвалідів; щорічно до 1 лютого подавати відділенням Фонду соціального захисту інвалідів (далі-Фонду) відомості про заробітну плату, середньооблікову чисельність штатних працівників та чисельність працюючих інвалідів. Положенням „Про робоче місце інвалідів і про порядок працевлаштування інвалідів” визначена низка завдань для служби зайнятості щодо працевлаштування інвалідів. Однак при цьому не враховано, що Законом України „Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття” ці обов'язки не передбачені. Тому для обслуговування інвалідів в державній службі зайнятості до названого Закону й Закону „Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” необхідно внести відповідні доповнення.

Підкреслимо, що чисельність працевлаштованих інвалідів останніми роками, хоча повільно, але зростає. На ситуацію з працевлаштуванням інвалідів прямо впливає створення для них додаткових робочих місць.

За період 2001-2006 роки в Україні за рахунок коштів Фонду соціального захисту населення створено 12272 додаткових робочих місця. (табл. 2.8.)

Таблиця 2.8.

**Створення нових робочих місць для осіб з обмеженими фізичними
можливостями у 2001-2006 роках**

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Всього за період 2001- 2006 рр.
1	Кількість створених нових робочих місць для інвалідів, одиниць	981	1460	1992	2911	3652	1276	12272
2	Темп до попереднього року, %	—	149,4	135,9	146,1	125,5	65,1	

*Складено за даними Державного комітету статистики України

Найбільш інтенсивно створювались нові робочі місця для інвалідів у 2002 році та у 2004 - 2005 роках. Проте темпи росту у 2006 році значно знизились (рис. 2.5.).

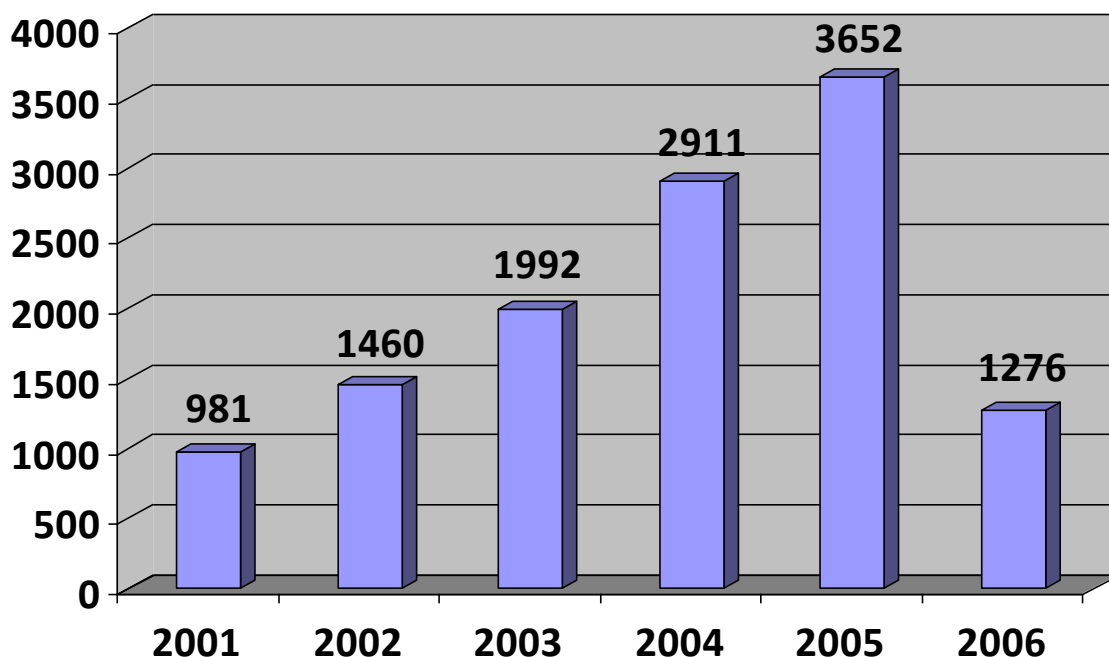


Рис. 2.5. Динаміка створення нових робочих місць для працевлаштування інвалідів в Україні у 2001 – 2006 роках.

Незважаючи на збільшення кожного року кількості новостворених робочих місць для інвалідів, вказана проблема залишається актуальною.

За п'ять років дії Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001 – 2005 роки найбільше нових робочих місць для інвалідів було створено у місті Києві – 1474 робочих місця, або 13,4% таких робочих місць по Україні; Запорізькій області – 1244 робочих місця, або 11,3%; Донецькій області – 1022 робочих місця, або 9,3% (див. Додаток 3).

В 2005 році робота щодо створення робочих місць та працевлаштування інвалідів дещо активізувалась, проте, за період 2001-2005 роки даний захід Національної Програми не виконано:

а) в частині збільшення чисельності працюючих інвалідів до 401,4 тис. осіб – на 13,8 % (фактично 346,0 тис. осіб);

б) в частині створення 12,5 тис. нових робочих місць для працевлаштування інвалідів на 12 % (фактично 10996 одиниць).

Підприємства, де чисельність працюючих інвалідів менша 4% від середньооблікової чисельності працівників, сплачують штрафи відповідним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів. „Порядком сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів”, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.2001 року за №1767 встановлено, що суми штрафів сплачуються підприємствами відповідно до законодавства за рахунок прибутку, котрий залишається після сплати всіх обов'язкових податків і зборів, у розмірі середньорічної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне незайняте інвалідом робоче місце. За відсутності коштів, штрафні санкції здійснюються шляхом звернення стягнення на майно підприємства в порядку, передбаченому чинним законодавством [56].

Починаючи з 2001 року, дозвіл для надання цільових позик, а також користування і пільгами зі сплати податків й обов'язкових платежів (зборів) до страхових фондів видає Комісія з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів, яка створена постановою КМ України від 26.12.2000 №1888. Звернемо увагу на те, що як і раніше права підприємств громадських організацій інвалідів щодо користування пільгами з оподаткування регулюються чинним законодавством, зокрема, Законами України „Про податок на додану вартість”, „Про оподаткування прибутку підприємств”, „Про плату за землю” [33, 34, 35], „Про збір на обов'язкове державне пенсійне страхування” [26], „Про розмір внесків на деякі види загальнообов'язкового соціального страхування” [24]. Тому, фактично, ця Комісія дає дозвіл на користування правами, що вже встановлені чинним законодавством. Але ж утримання Комісії (включаючи її територіальні відділення) фінансується за рахунок коштів Фонду соціального захисту населення, що, призводить до зменшення видатків на створення й збереження

робочих місць для інвалідів. Тому питання доцільності діяльності зазначеної Комісії є предметом постійних дискусій.

Для одержання позики підприємства разом із заявою, кошторисом витрат в договорі про кількість робочих місць для інвалідів і техніко-економічними обґрунтуваннями щодо створення робочих місць для інвалідів та спроможності повернення позики, повинні подавати й довідку від органів Державної податкової служби про відсутність заборгованості зі сплати податків, зборів (обов'язкових платежів). Підприємства, які мають заборгованість, не можуть скористатися цією позикою, наприклад, для модернізації засобів виробництва, навіть якщо й мають ліквідну заставу у вигляді основних фондів. [53] Привабливість зазначених позик полягає в тому, що вони є безвідсотковими, хоча й повинні надаватись під ліквідну заставу терміном до трьох років відповідно до умов договору. Умови надання позик визначаються договором, типова форма якого затверджується Міністерством праці та соціальної політики України. В ньому обумовлюються порядок забезпечення виконання зобов'язань щодо повернення позик; неустойка (штраф, пеня); застava; гарантія; мінімальний термін, протягом якого новостворене робоче місце буде зайняте інвалідом; відповідальність за нецільове використання коштів; термін повернення позики; порядок звітності.

Професійній реабілітації й трудовій зайнятості інвалідів в Україні сприяють підприємства громадських організацій інвалідів: Українського товариства сліпих (УТОС), Українського товариства глухих (УТОГ), Всеукраїнського Союзу організацій інвалідів України (ВО СОІУ), Конфедерація громадських організацій інвалідів України.

В умовах жорсткої економічної конкуренції підприємствам, де більше 50% працівників становлять інваліди, складно виживати. Але попри усі фінансові й виробничі труднощі вони намагаються забезпечити інвалідів роботою й нарощувати обсяги виробництва продукції. Так, із 51,7 тис. інвалідів по зору, які стоять на обліку в УТОС, на 76 навчально-виробничих об'єднаннях, підприємствах і в 25 територіальних цехах працюють понад 9,6 тис. інвалідів.

Основними видами продукції є вироби електротехнічного призначення, господарчі товари, таропакувальні вироби, сувеніри тощо.

З 56,6 тис. інвалідів по слуху, які стоять на обліку в УТОГ на підприємствах, підпорядкованих цій громадській організації, працюють понад 3,7 тис. інвалідів. Вони виробляють досить різноманітний асортимент товарів. Зокрема, 20 підприємств виготовляють швейні, трикотажні, текстильні, галантерейні вироби; 7 підприємств електротехнічні (трансформатори малої потужності, низьковольтну апаратуру, електроустаткування, електрообладнання тощо), 8 – вироби деревообробної промисловості (меблі для житлових кімнат, офісів, кухонь, прихожих, дачні будиночки, столярні вироби тощо); 10 – вироби з металу, пластмаси, дерева. Обсяги виробництва продукції на цих підприємствах хоча повільно, але зростають. Підприємства громадських організацій інвалідів мають низку типових проблем, розв'язати які самотійно вони не можуть. Зокрема, тривалий час не розв'язуються проблеми модернізації засобів виробництва, а наявне обладнання морально застаріле та фізично зношене. Наприклад, на підприємствах УТОГ питома вага обладнання з терміном експлуатації понад 20 років на швейних підприємствах становить 17%, на деревообробних – 30%, а на металообробних – 45%. Модернізація основних фондів потребує значних інвестицій, а на цих підприємствах існує постійний дефіцит обігових коштів. На підприємствах СОІУ, в якому нараховується майже 650 тис. інвалідів, трудовою діяльністю зайнято лише 2,5 тис. інвалідів (0,4 %), хоча бажаних працювати в десятки разів більше.

Найчисленніша громадська організація інвалідів не може забезпечити роботою своїх членів, тому що, на відміну від УТОС і УТОГ, не має власних основних виробничих фондів, приміщень, обігових коштів. Через відсутність ліквідного майна під заставу, їм складно надати гарантії для одержання безвідсоткової позики Фонду. Тому основним напрямом діяльності СОІУ щодо забезпечення зайнятості стало сприяння інвалідам в організації малих підприємств. Вони, в основному, займаються пошиттям одягу, виробництвом меблів, картонної продукції, ремонтом споруд, будівель, верстатів,

виробництвом, переробкою сільськогосподарської продукції, виготовленням виробів із скла, торгівлею тощо.

У мережі УТОГу та УТОСу майже всі підприємства мають власні торгові заклади, через які здійснюється роздрібна торгівля продукцією виробництва підприємств цих товариств. Деякі підприємства ВОІ СОІУ також мають власну мережу магазинів. З метою поліпшення реалізації продукції підприємств громадських організацій інвалідів, а також для забезпечення зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями за ініціативи громадських організацій та за сприянням секретаріатів регіональних Комісій за 2001-2005 роки було створено 145 магазинів та торгових точок, з них: у 2001 році – 17, у 2002 році – 34, у 2003 році – 29, у 2004 році – 40, у 2005 році – 28, де працевлаштовано 399 інвалідів, також було створено 255 малих підприємств, з них: у 2001 році – 35, у 2002 році – 83, у 2003 році – 58, у 2004 році – 47, у 2005 році – 33, на яких працевлаштовано 1328 інвалідів. Щорічно проводиться Всеукраїнська виставка виробів, художніх творів, виготовлених інвалідами, продукції для інвалідів, в якій беруть участь підприємства УТОГ, УТОС, СОІУ та інші. Крім того, УТОС та УТОГ видають каталоги продукції своїх підприємств. У друкованих засобах масової інформації постійно розміщується інформація про товари, що виробляються підприємствами громадських організацій інвалідів.

На розвиток підприємств громадських організацій УТОГ, УТОС, СОІУ Фондом соціального захисту інвалідів на надання поворотної фінансової допомоги спрямовано коштів на загальну суму за 2002 – 2006 роки 250,6 млн. гривень (див. Додаток К).

На жаль, проаналізувати витрати Фонду соціального захисту інвалідів за іншими статтями витрат (наприклад, на цільові позики на створення робочих місць для працевлаштування інвалідів, на надання дотацій роботодавцям на створення спеціальних робочих місць для

працевлаштування інвалідів, які зареєстровані у державній службі зайнятості) не має можливості внаслідок відсутності необхідної статистичної інформації з цих питань. Це негативно позначається на дослідженні проблеми створення робочих місць для працевлаштування інвалідів з метою вирішення проблем їх зайнятості та працевлаштування.

Провідна роль в працевлаштуванні інвалідів протягом останніх років належала *органам соціального захисту населення*. Рівень процесу працевлаштування інвалідів оцінюється на основі аналізу динаміки основних показників наступних етапів роботи: перебування на обліку на початок звітного періоду, звернення з питань працевлаштування за звітний період, працевлаштовано. Динаміка процесу працевлаштування інвалідів відслідковується за групами інвалідності та за умовами праці згідно даних державної статистичної звітності за формою №14 «Звіт про працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення України».

На початок 2006 року на обліку для працевлаштування в органах соціального захисту стояло 10324 особи, або 54,8% від усіх інвалідів, які перебували на обліку. Темпи до 2005 року склали 98,9%. З них інваліди І групи становлять 2,0%, ІІ групи – 14,5%, ІІІ групи – 38,4%.

В цілому за період 2000-2006 років чисельність всіх інвалідів, які *перебували на обліку* в органах соціального захисту населення з метою отримання роботи зазнає значних коливань: різко зменшується з 25,0 тис. осіб у 2000 до 18,2 тис. осіб у 2004 році, підвищується у 2005 році – до 19,3 тис. осіб та знижується у 2006 році до 18,8 тис. осіб. Найбільша кількість інвалідів, бажаючих працювати, спостерігалась у 2002 році, вона складала 28,1 тис. осіб (табл.2.9., рис. 2.6).

В структурі загальної чисельності інвалідів за групами інвалідності переважає ІІІ група, проте вона має тенденцію до зниження (Додаток Л), що є негативним, бо свідчить про зменшення зацікавленості осіб ІІІ групи інвалідності як найбільш потенційної для працевлаштування, у професійному навчанні та посильній праці або про їх небажання звертатися до органів

Таблиця 2.9

**Динаміка працевлаштування інвалідів органами соціального захисту
населення в Україні у 2000-2006 роках**

№ з/п	Показники	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	Чисельність інвалідів, які перебували на обліку в органах соціального захисту населення, осіб	25018	24973	28107	24773	18214	19274	18847
2	Чисельність працевлаштованих органами соціального захисту населення інвалідів, осіб	5317	5464	6069	5758	5297	5031	5019
3	Рівень працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення, %	21,3	21,9	21,6	23,2	29,1	26,1	26,6

*Складено за даними Державного комітету статистики України

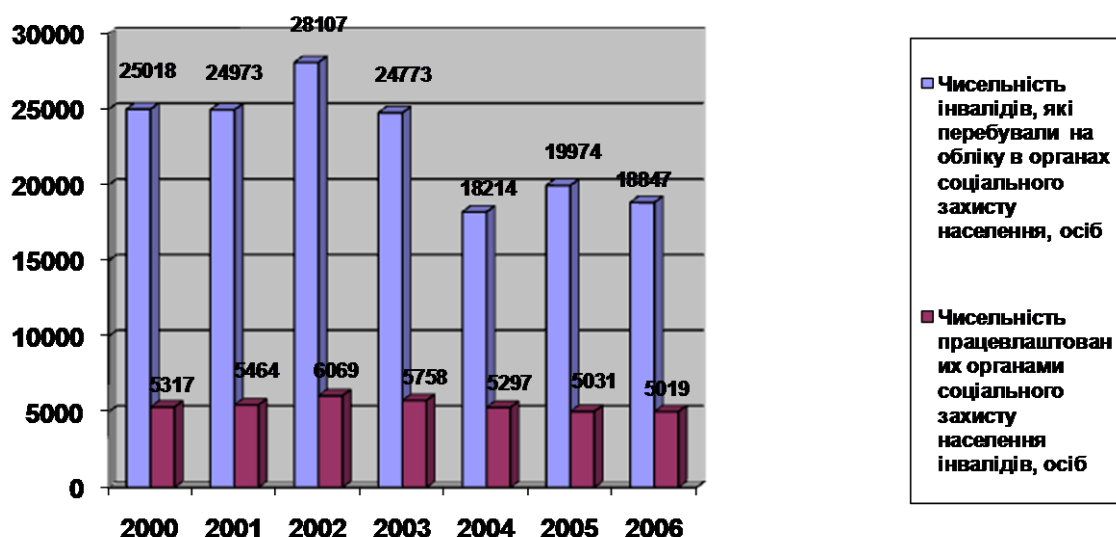


Рис. 2.6. Динаміка працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення

В структурі загальної чисельності інвалідів за групами інвалідності переважає III група, проте вона має тенденцію до зниження (Додаток Л), що є негативним, бо свідчить про зменшення зацікавленості осіб III групи інвалідності як найбільш потенційної для працевлаштування, у професійному навчанні та посильній праці або про їх небажання звертатися до органів соціального захисту. Зростає питома вага інвалідів II групи, стабільною залишається питома вага інвалідів I групи.

У 2006 році до органів соціального захисту *звернулось* 8523 особи, що на 3,6% менше від попереднього року. Кількість звернень інвалідів III групи зменшилась на 151 особу, або на 2,3%, II групи на 216 осіб (9,8%). Позитивним є збільшення чисельності звернень інвалідів I групи: на 46 осіб (37,1%).

Негативною є тенденція до зменшення кількості *працевлаштованих* інвалідів за 2004-2006 роки. Якщо за період з 2001 по 2003 рік відбувалось збільшення чисельності працевлаштованих інвалідів – з 5,5 тис. осіб у 2001 році до 5,8 тис. осіб у 2003 році, то з 2004 року кількість інвалідів зменшується до 5,3 тис. осіб та до 5,0 тис. осіб у 2006 році. Рівень працевлаштування впав відповідно з 29,1% у 2004 році до 26,6 % у 2006 році. Тобто безробіття серед людей з інвалідністю сягає майже 73%. Зазначена тенденція особливо негативно сприймається на фоні збільшення кількості бажаючих працювати у 2005 - 2006 роках.

В структурі працевлаштованих інвалідів з 2001-2006 роки спостерігається загальна тенденція зменшення кількості осіб III групи інвалідності: з 4100 осіб у 2001 році до 3787 осіб у 2006 році, осіб II групи інвалідності: з 1295 осіб у 2001 році до 1157 осіб у 2006 році, при невеликому зростанні кількості працевлаштованих осіб I групи інвалідності – відповідно 69 та 75 осіб.

Причини скорочення кількості працевлаштованих осіб можуть бути як організаційні, адміністративні, так і психологічного характеру. Наприклад, інваліди не почувають себе конкурентоздатними і впевненими на ринку праці внаслідок недостатнього рівня освіти та неможливості здобути певну кваліфікацію. Або, навпаки, інвалідам з освітою пропонують місця доля працевлаштування низької кваліфікації, а відповідно, із низькою оплатою праці, що не дозволяє їм підвищити свій соціальний статус і матеріальний добробут.

На рівень працевлаштування інвалідів суттєво впливає покращення *умов праці* інвалідів, до яких належить збільшення спеціально обладнаних робочих місць, зростання кількості спеціалізованих підприємств, використання гнучкого графіку робочого часу, заохочення інвалідів працювати на умовах надомної

праці та використання їх на посильних громадських роботах, враховуючи їх рівень кваліфікації, працездатність та здібності.

Критерієм оцінки динаміки працевлаштування за умовами праці виступає збільшення частки працевлаштованих інвалідів на спеціалізованих підприємствах та на умовах надомної праці, а також у звичайних умовах виробництва на спеціально обладнаних робочих місцях.

Позитивним можна вважати зростання на 6,8 % протягом 2001-2004 років частки інвалідів, працевлаштованих у звичайних умовах виробництва, проте у 2005 році почалось падіння показника, яке у 2006 році складає 1,2 % до 2001 року. (див. Додаток М).

Негативна тенденція спостерігалась за період з 2001 по 2006 році для інвалідів, працевлаштованих на спеціалізованих підприємствах і на умовах надомної праці. У порівнянні з 2001 роком частка інвалідів, працевлаштованих на спеціалізованих підприємствах у 2006 році зменшилась на 45,3% в тому числі і для інвалідів з вадами слуху і зору, на умовах надомної праці – на 65,3 %.

Структура працевлаштованих інвалідів, бажаючих працювати на різних умовах, оцінюється за співвідношенням часток осіб, які бажають працювати на умовах скороченого робочого тижня, скороченого робочого дня та за тимчасовою трудовою угодою. Протягом 2003–2006 років серед працевлаштованих значно знизилась частка інвалідів, бажаючих працювати на умовах скороченого робочого тижня та за тимчасовою трудовою угодою відповідно з 294 до 160 осіб та з 621 до 144 особи. (Додаток Л) Ці тенденції мають враховуватись при професійній орієнтації та подальшому працевлаштуванні осіб з обмеженими можливостями.

З метою планування створення робочих місць для інвалідів важливим є аналіз питомої ваги інвалідів за категоріями у чисельності інвалідів, які звернулися до органів соціального захисту та працевлаштування у 2006 році як в цілому по Україні, так і в регіональному розрізі. (Додаток Н) Так, за статтю серед інвалідів, які звернулися до органів соціального захисту в цілому по Україні переважають чоловіки – 54.2%, жінок – 45,7%; за групами інвалідності

найбільшу питому вагу має III група – 67,1%, II група – 30,3% та найменшу – III група – 2,4%; найбільше звернулося інвалідів у віці від 18 до 39 років. За освітою 42,9% інвалідів мають середню освіту, 36,2% - професійно-технічну освіту, 12,5% - вищу і 7,5% - початкову. За характером захворювання переважає кількість інвалідів з враженнями опорно-рухового апарату – 27,4%, з серцево-судинними захворюваннями – 23,2%, з враженнями зору – 6,6%, слуху – 4,2%, туберкульозними захворюваннями – 2,7%, з іншими захворюваннями – 31,7%. За місцем проживання – 61,4% інвалідів проживає в міських поселеннях, 35,4% - в сільській місцевості.

У регіональному розрізі найбільш високий рівень працевлаштування у 2006 році органами соціального захисту має Дніпропетровська – 10,0%, Одеська – 9,6%, Донецька – 9,0% області та м. Київ – 7,7% (Додаток Н)

Рівень працевлаштування інвалідів *Державною службою зайнятості* в Україні оцінюється на основі оцінки темпів розвитку наступних етапів роботи: перебувало на обліку на початку звітного періоду, зареєстровано протягом звітного періоду, працевлаштовано всього, працевлаштовано на заброньовані робочі місця, незайняті інваліди на кінець року.

Через Державний центр зайнятості у 2006 році соціальні послуги отримали 17370 інвалідів, з яких за сприяння центрів зайнятості працевлаштовано 6210 осіб, або 35,8 % (у 2004 році – 3595, у 2003 році – 3250, у 2002 році – 3747, у 2001 році – 3371 осіб, що ставило відповідно 43,5 %, 46,2 %, 54,6 % та 48,4 % загальної чисельності інвалідів, які перебували на обліку в держаній службі зайнятості України) (табл.2.11). Збільшенню рівня працевлаштування у 2006 році сприяло надання статусу безробітного інвалідам, які звертаються до державної служби зайнятості згідно Закону України «Про внесення змін і доповнень до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість» від 23.02. 2006 № 3484-IV.

**Рівень працевлаштування інвалідів Державною службою зайнятості
України у 2001 – 2006 роках**

№	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	Чисельність інвалідів, які перебували на обліку в державній службі зайнятості, осіб	6959	6863	7041	8266	10312	17370
2	Чисельність працевлаштованих інвалідів державною службою зайнятості, осіб	3371	3747	3250	3595	4309	6210
3	Рівень працевлаштування інвалідів державною службою зайнятості, %	48,4	54,6	46,2	4,5	41,8	35,8

*Складено за даними Державного комітету статистики України

На виконання Указу Президента України від 11.07.2005 № 1073/2005 „Про вдосконалення державного регулювання у сфері зайнятості населення на ринку праці в Україні" між регіональними центрами зайнятості, головними управліннями праці та соціального захисту населення, територіальними відділеннями Фонду соціального захисту інвалідів та обласними центрами професійної реабілітації інвалідів укладені 4-х сторонні Угоди та проведені спільні наради, створені робочі групи для виявлення і максимального усунення причин, що перешкоджають працевлаштуванню інвалідів. Завдяки налагодженій взаємодії та координації роботи центрів зайнятості, регіональних відділень Фонду соціального захисту інвалідів, органів праці та соціального захисту населення рівень працевлаштування інвалідів зростає. Упродовж останніх 5 років кількість звернень інвалідів за послугами до державної служби зайнятості збільшилась майже у 1,5 рази.

Функції Державної служби зайнятості на сьогодні щодо працевлаштування інвалідів посилюються. Центри зайнятості зобов'язані проводити таку роботу:

ведення обліку інвалідів, які звернулися за допомогою у працевлаштуванні до центру зайнятості;

формування бази даних вільних спеціалізованих робочих місць, на які можуть бути працевлаштовані інваліди;

актуалізацію загальної бази вакансій для сприяння у працевлаштуванні інвалідів (у т.ч. з надомною працею) та з урахуванням побажань роботодавця щодо прийому на роботу осіб з обмеженими фізичними можливостями;

здійснення підбору та пошуку підходящої роботи, сприяння у працевлаштуванні з урахуванням рекомендацій МСЕК та індивідуальних програм професійної реабілітації як у звичайних виробничих умовах, так і у спеціально створених умовах праці;

надання консультації інвалідам з питань працевлаштування, умов оплати праці, професійної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації;

направлення на професійне навчання інвалідів, визнаних безробітними, за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів з урахуванням забезпечення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці і його трудового влаштування;

організацію співпраці з місцевими органами соціального захисту населення, регіональними відділеннями Фонду соціального захисту інвалідів щодо обміну інформацією про інвалідів, які бажають працевлаштуватися, та відомостями про спеціально створені робочі місця для інвалідів, а також місця з наданням дотацій за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

Станом на кінець 2007 року в Україні за даними Державної служби зайнятості було 13783 вільних робочих місця для інвалідів на підприємствах різних форм власності, що більше, ніж у попередньому році, на 2380 одиниць (Додаток П.)

Аналізуючи дані Державного центру зайнятості з кількості вільних робочих місць для інвалідів в динаміці за 2001 – 2007 рр. відмітимо зменшення вільних робочих місць у цілому по країні у 2003 році та значне збільшення у 2005-2007 роках (див. Додаток П). Важливим з практичного погляду є прогноз на 2008 рік (рис.2.7).

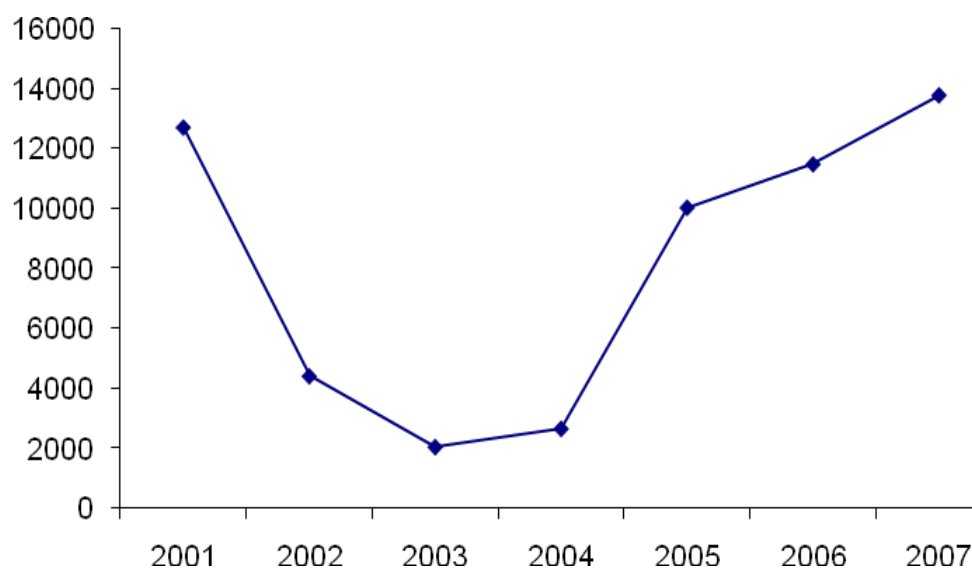


Рис. 2.7. Прогноз зміни чисельності вільних робочих місць для інвалідів

Графік зміни чисельності показує наявність переломної точки у 2004 році. Тому, з метою визначення залежності числа y вільних робочих місць від часу, скористаємось рівнянням:

$$y = \alpha_0 + \alpha_1 t + \alpha_2 z_1 + \alpha_3 z_3 t$$

де z_1, z_2 мають вигляд

$$z_i = \begin{cases} 0, & t \leq 3, \\ 1, & t > 3. \end{cases}$$

В результаті розрахунків отримаємо рівняння

$$y = 17053 - 5333,5 t - 31068,1 Z_1 + 9748,2 Z_2 t.$$

Таким чином:

$$y = \begin{cases} 17053 - 5333,5 t, & t \leq 3. \\ -14672,1 + 3483,7 t, & t > 3. \end{cases}$$

Тоді прогноз на 2008 рік складатиме

$$y = -12672,1 + 3483,7 * 8 = 17197,5 \text{ робочих місць. (Див. додаток Р)}$$

В регіональному розрізі у 2007 році найбільше вільних робочих місць для інвалідів за даними Державної служби зайнятості спостерігалось у Дніпропетровській області – 3183, Донецькій області – 1220, Харківській області – 1117 таких робочих місць по Україні. Найменше вільних робочих місць для інвалідів за даними Державної служби зайнятості спостерігалось у

2007 році у Чернівецькій області – 2 робочих місця, Черкаській – 40, Хмельницькій – 52 робочих місця та Івано-Франківській - 90 вказаних робочих місць.

Основними причинами, які стримують процес створення ефективних робочих місць для інвалідів в Україні є:

недосконалість механізму прогнозування створення нових робочих місць для працевлаштування інвалідів;

відсутність механізму стимулювання роботодавців щодо створення робочих місць для інвалідів;

недосконалість методики формування потреби в робочих місцях для інвалідів в регіональному розрізі;

недосконалість роз'яснювальної роботи з роботодавцями щодо створення робочих місць для інвалідів;

недостатня підтримка підприємств громадських організацій інвалідів як джерела спеціалізованих робочих місць для інвалідів;

порівняно низький рівень освіти інвалідів, внаслідок чого роботодавцями пропонуються робочі місця для інвалідів низької кваліфікації з низьким рівнем оплати праці.

У регіональному розрізі за 2007 рік найбільше працевлаштовано інвалідів у Дніпропетровській (879 осіб), Донецькій (731 особа), Луганській (625 осіб), Харківській (364 особи), Запорізькій областях (302 особи) та АР Крим (323 особи) (Додаток Ц). У 2007 році працевлаштовано 7590 осіб; з них 5740 осіб – інваліди III групи, 1740 осіб – інваліди II групи і 110 осіб – інваліди I групи. Рівень працевлаштування інвалідів, які перебували на обліку в службі зайнятості у 2007 році відображено на рисунку 2.8.

Згідно Державної програми зайнятості населення на 2006-2009 роки очікується збільшення чисельності працюючих осіб з обмеженими фізичними та розумовими можливостями до 420 тис. чол., зокрема шляхом створення 10 тис. робочих місць за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

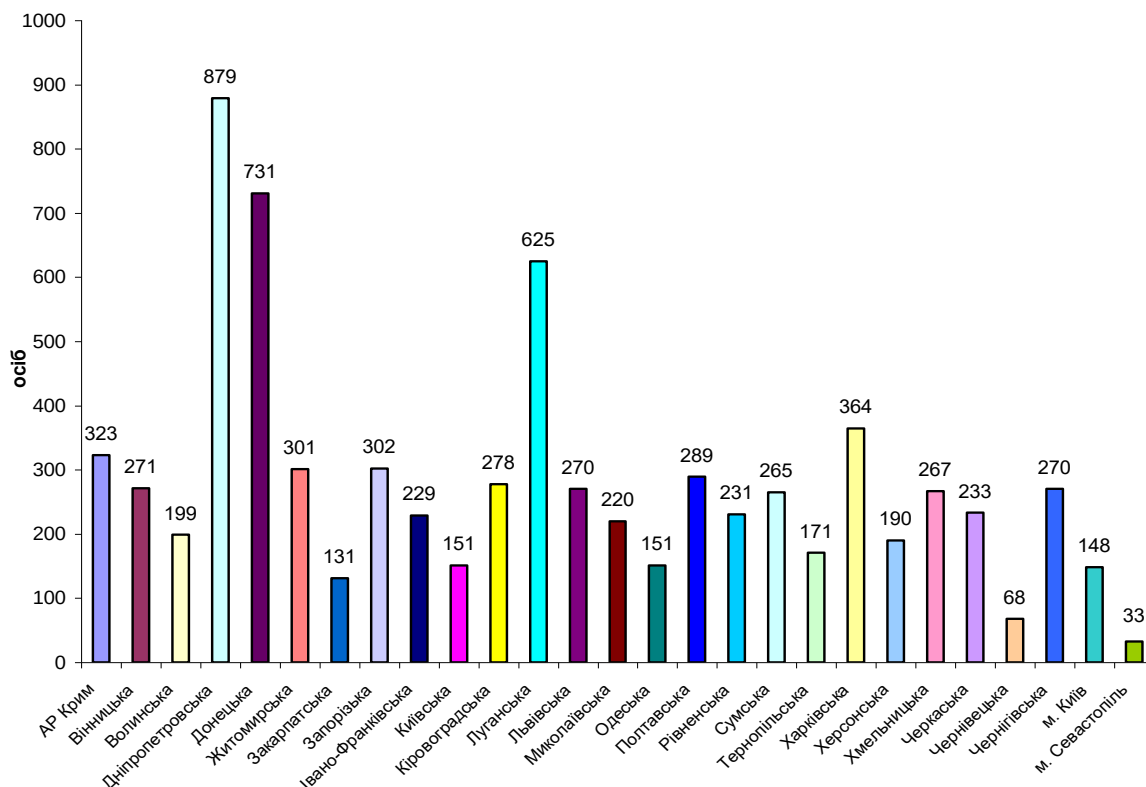


Рис. 2.8. Рівень працевлаштування інвалідів, які перебували на обліку в службі зайнятості, за 2007 рік

Один з головних показників зайнятості інвалідів – *чисельність дорослих інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю*. Протягом 2001 – 2007 років в Україні відбулись значні коливання тенденції щодо збільшення кількості працюючих дорослих інвалідів. За період 2001-2003 спостерігалась позитивна тенденція – чисельність інвалідів в Україні збільшилась з 323,7 тис. осіб у 2001 році до 355,6 тис. осіб у 2003 році, що становило відповідно 14,5 % та 16,0 % чисельності дорослих інвалідів. У 2004 році відбулось суттєве скорочення чисельності інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю – до 326,0 тис. осіб, що становило лише 14,5 % всіх дорослих інвалідів, при чому темпи зростання зменшилися на 8,3 % у порівнянні з попереднім роком (табл. 2.12, рис. 2.9.).

З 2005 року намітилася позитивна тенденція збільшення чисельності зайнятих інвалідів – до 346,7 тис. осіб, що на 6,3% більше, ніж у 2004 році. Проте рівень зайнятості зріс лише на 0,1% та становив 14,6%. У 2006 році

чисельність зайнятих дорослих інвалідів збільшилась до 354,1 тис. осіб, а рівень зайнятості інвалідів – до 15,0 %. У 2007 році чисельність зайнятих інвалідів зберігає тенденцію до збільшення – 368,4 тис. осіб, рівень зайнятості інвалідів складає 15,4%.

Таблиця 2.12.

Рівень зайнятості інвалідів в Україні у 2001-2007 роках

№ з/п	Показники	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Чисельність дорослих інвалідів, тис. осіб	2236,0	2260,7	2229,2	2247,5	2372,6**	2363,9**	2391,9
2	Чисельність дорослих інвалідів, зайнятих трудовою діяльністю, тис. осіб	323,7	354,3	355,6	326,0	346,7	354,1	368,4
3	Питома вага працюючих інвалідів у чисельності дорослих інвалідів, %	14,5	15,7	16,0	14,5	14,6	15,0	15,4

*Складено за даними Державного комітету статистики України

**дані Держкомстату України з урахуванням інвалідів силових структур

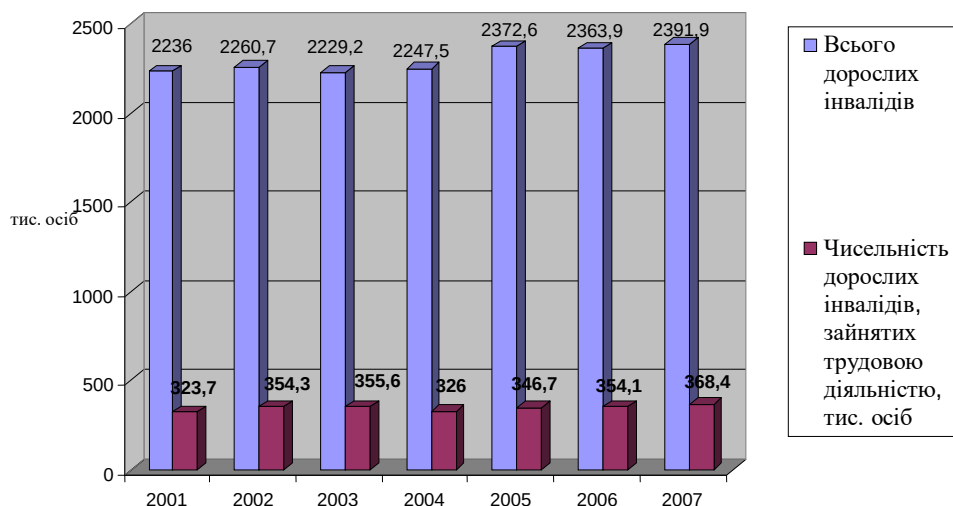


Рис 2.9. Динаміка зайнятості дорослих інвалідів в Україні, тис. осіб

Розглядаючи розподіл зайнятих інвалідів за видами економічної діяльності за 2007 рік, відмітимо, що найбільша кількість інвалідів зайнята у промисловості (122,9 тис. осіб), в сфері охорони здоров'я та надання соціальної

допомоги (45,2 тис. осіб), освіти (36,5 тис. осіб), торгівлі (29,4 тис. осіб), в сільському господарстві (28,7 тис. осіб), транспорту (26,4 тис. осіб) тощо. Облікову кількість штатних працівників, які отримують пенсію по інвалідності, за видами економічної діяльності в динаміці за 2002 – 2006 роки наведено у додатку Т. У зв'язку зі значною пропозицією робочої сили інвалідів на ринку праці та невеликим рівнем їх зайнятості постає проблема необхідності організації закладів професійної реабілітації в тих регіонах, де їх немає, та підвищення ефективності роботи існуючих закладів.

Висновки по розділу 2

У результаті проведеного аналізу виявлено, що на початок 2008 року загальна чисельність пенсіонерів-інвалідів складала 2 млн. 442,6 тис. осіб. Динаміка інвалідності за 1994-2007 роки свідчить про зростання на 12 % чисельності інвалідів в цілому по Україні при 5,3 % таких осіб, відносно всієї чисельності населення. Питома вага дорослих інвалідів у загальній чисельності пенсіонерів-інвалідів постійно зростає з 83,7% у 2000 р. до 97,9% у 2007 р. (2 млн. 391,9 тис. осіб). Найбільшу питому вагу в структурі загальної чисельності дорослих інвалідів має II група – 46,2%, III група складає 42,2%, I група – 11,6%. Зростає питома вага інвалідів III групи. За прогнозами автора чисельність інвалідів буде дещо зменшуватись і складатиме у 2008 році 2 млн. 429 тис. осіб.

Регіональний розріз показує, що у 2006 році більша за середню по Україні (53) питома вага інвалідів на 1000 населення спостерігається по 9 регіонах, зокрема у західних, центральних та північних областях (Вінницькій, Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Львівській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях) та АР Крим. Найбільший цей показник у Чернігівській області – 68 осіб. Найменше значення цього показника по країні мала Херсонська область – 43 інваліди. У динаміці за 2001 – 2006 роки чисельність інвалідів у розрахунку на 1000 населення збільшилась у Донецькій,

Житомирській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Хмельницькій, Чернівецькій областях, м. Києві та Севастополі.

Обов'язкові компоненти існуючої системи реабілітації знаходяться у різному стані свого розвитку. Найменш розвинутий атрибут системи – професійна орієнтація потребує свого відродження і подальшого вдосконалення. Особливе значення для побудови цілісної системи реабілітації інвалідів має створення підсистеми моніторингу та інформаційного забезпечення на шляху якого сьогодні знаходяться багато які міністерства та відомства. Але поки не будуть функціонувати всі підсистеми, тобто компоненти цілісної системи, одержати кінцевий результат у повному обсязі не можливо. Аналіз стану професійної підготовки, як блоку цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів показує, що протягом 2001-2006 років чисельність інвалідів у ВНЗ зросла з 6,1 тис. осіб у 2001 році до 10,6 тис. осіб у 2006 році, темпи зростання до попереднього року збільшились. Питома вага інвалідів-студентів ВНЗ у чисельності дорослих інвалідів у 2007 році складає 0,4 %. Чисельність інвалідів з охоплення професійною освітою зросла з 3,8 тис. осіб у 2001 році до 5,1 тис. осіб у 2005 році, почала спадати до 4,4 тис. осіб у 2006 році та дещо підвищуватись у 2007 році. Рівень охоплення інвалідів професійним навчанням складає 0,2 %.

Для збільшення обсягів охоплення інвалідів професійним навчанням необхідно розширення мережі профільних центрів і навчальних закладів, що включатимуть міжрегіональні реабілітаційні центри та регіональні центри професійної реабілітації інвалідів в кожній області та місті. Необхідно також створити в середніх закладах освіти спеціальні класи для навчання інвалідів. Важливо збільшити кількість спеціальних груп для інвалідів в звичайних навчальних закладах з метою часткової, тимчасової та повної інтеграції інвалідів у систему загальноосвітньої школи. Збільшення обсягів професійного навчання інвалідів обумовлює організацію навчання дітей-інвалідів на дому, якщо інваліди не в змозі відвідувати професійно-технічний чи вищий навчальний заклад. Вирішенню цієї проблеми сприятиме також введення

квотування для навчання інвалідів з конкурентоспроможних спеціальностей у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації у межах держзамовлення. Доцільно збільшити обсяги підготовки інвалідів на підприємствах громадських організацій інвалідів. Це можна досягнути лише підвищуючи життєдіяльність таких підприємств шляхом формування регіонального замовлення на виготовлення товарів та виконання послуг, що виробляються на підприємствах інвалідів та через засоби масової інформації організації реклами товарів народного споживання підприємств інвалідів.

Підвищенню якості професійного навчання інвалідів сприятиме використання у навчальному процесі нових форм і методів професійної підготовки перепідготовки та підвищення кваліфікації інвалідів, зокрема широке впровадження дистанційного навчання. Для розв'язання цієї проблеми необхідно розробити програми підготовки фахівців для роботи з інвалідами за таких спеціальностей, як сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, фізична реабілітація, оліофренопедагогіка та інші. Потрібно також використати роботу щодо оновлення переліку медичних показань та протипоказань для навчання інвалідів в Україні шляхом удосконалення нині діючого переліку.

На ситуацію з працевлаштуванням інвалідів прямо впливає створення для них додаткових робочих місць. За період 2001-2005 років в Україні за рахунок коштів Фонду соціального захисту населення створено 10996 додаткових робочих місць; в регіональному розрізі ситуація має значні коливання. Але «Національною програмою професійної реабілітації і зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки» передбачалось створення 12,5 тис. нових робочих місць, тобто даний захід програми не виконано на 12%. Також в частині збільшення чисельності працюючих інвалідів до 401,4 тис осіб – не виконано на 13% (фактично на кінець 2005 року працювало 346 тис. інвалідів) .

Працевлаштуванню і трудовій зайнятості інвалідів в Україні сприяють підприємства і організації громадських організацій інвалідів, які мають власні торгові заклади, зараз на них працює 15 тис. інвалідів. Зокрема понад 1,7 тис. з

них отримали нові робочі місця на створених за ініціативи громадських організацій інвалідів та фінансової підтримки ФСНЗ майже 400 малих підприємствах.

Аналізуючи динаміку працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення за період 2000 – 2006 років, відмічено зниження чисельності працевлаштованих інвалідів з 2002 року, у 2006 році працевлаштовано 5019 осіб. Найбільше працевлаштованих – у Дніпропетровській, Донецькій, Харківській, Запорізькій областях. Негативною є тенденція до зменшення кількості працевлаштованих інвалідів за 2004-2006 роки. Якщо за період з 2001 по 2003 рік відбувалось збільшення чисельності працевлаштованих інвалідів – з 5,5 тис. осіб у 2001 році до 5,8 тис. осіб у 2003 році, то з 2004 року кількість інвалідів зменшується до 5,3 тис. осіб та до 5,0 тис. осіб у 2006 році. Рівень працевлаштування впав відповідно з 29,1% у 2004 році до 26,6 % у 2006 році. Тобто безробіття серед людей з інвалідністю сягає майже 73%. Зазначена тенденція особливо негативно сприймається на фоні збільшення кількості бажаючих працювати у 2005 - 2006 роках.

В структурі працевлаштованих інвалідів з 2001-2006 роки спостерігається загальна тенденція зменшення кількості осіб III групи інвалідності: з 4100 осіб у 2001 році до 3787 осіб у 2006 році, осіб II групи інвалідності: з 1295 осіб у 2001 році до 1157 осіб у 2006 році, при невеликому зростанні кількості працевлаштованих осіб I групи інвалідності – відповідно 69 та 75 осіб. Причини скорочення кількості працевлаштованих осіб можуть бути як організаційні, адміністративні, так і психологічного характеру.

Позитивним можна вважати зростання на 6,8 % протягом 2001-2004 років частки інвалідів, працевлаштованих у звичайних умовах виробництва, проте у 2005 році почалось падіння показника, яке у 2006 році складає 1,2 % до 2001 року. Негативна тенденція спостерігалась за період з 2001 по 2006 році для інвалідів, працевлаштованих на спеціалізованих підприємствах і на умовах надомної праці. У порівнянні з 2001 роком частка інвалідів, працевлаштованих на спеціалізованих підприємствах у 2006 році зменшилась на 45,3 % в тому

числі і для інвалідів з вадами слуху і зору; на умовах надомної праці – на 65,3 %. Протягом 2003–2006 років серед працевлаштованих значно знизилась частка інвалідів, бажаючих працювати на умовах скороченого робочого тижня та за тимчасовою трудовою угодою відповідно з 294 до 160 осіб та з 621 до 144 особи. Ці тенденції мають враховуватись при професійній орієнтації та подальшому працевлаштуванні осіб з обмеженими можливостями.

Чисельність інвалідів, працевлаштованих Державною службою зайнятості зросла з 3371 особи у 2001 до 6210 осіб у 2006 році. У регіональному розрізі найбільше працевлаштовано інвалідів у Дніпропетровській, Донецькій, Харківській, Сумській, Полтавській областях. Автором зроблено прогноз вільних робочих місць для інвалідів на 2008 рік, він складатиме 17197,5 місць.

Рівень зайнятості трудовою діяльністю інвалідів в Україні залишається низьким: питома вага працюючих інвалідів у чисельності всіх дорослих інвалідів – 15,4 %. Найбільше інвалідів зайнято у промисловості, в сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги, освіті, торгівлі, сільському господарстві, в транспортній сфері.

В результаті аналізу виявлено, що діючий порядок реабілітації інвалідів є недосконалим, про що свідчать невисокі показники рівня охоплення інвалідів професійним і фаховим навчанням, створення для них робочих місць, працевлаштування та зайнятості.

Недосконалість законодавства, різночитання аналогічних норм, скрутне фінансове положення як звичайних, так і підприємств інвалідів, відсутність зацікавленості роботодавців у створенні робочих місць потребує розробки механізму підвищення ефективності системи соціально-професійної реабілітації інвалідів.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМУ СТВОРЕННЯ ЦІЛІСНОЇ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНО-ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

3.1. Інституціональне та фінансове забезпечення системності в соціально-професійній реабілітації інвалідів

Механізм, що пропонується для досягнення цілісності системи та підвищення ефективності соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями, складається з блоків, які будуть розкриті послідовно (рис 3.1). *Координація взаємодії соціальних інститутів щодо реабілітації інвалідів.* Аналіз інституціонального порядку, реструктуризації процесу реабілітації інвалідів в цілісну систему підтверджує теоретичні висновки про основоположну роль в цих перетвореннях *концептуального підходу та єдиного міжвідомчого координаційного органу.* Такий підхід обумовлює на даному етапі розвитку загальної проблеми реабілітації інвалідів необхідність розробки відповідної Концепції хоча б у структурному вигляді. Така Концепція повинна стати основою для розробки всіх програм з інвалідності і є доповненням до Державної типової програми реабілітації інвалідів, що затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 8.12.2006 року №1686. Вона має виконувати роль інституціонального принципу в формуванні цілісної системи реабілітації інвалідів і охоплювати всі підсистеми, всі етапи реабілітації, незалежно від віку, статі, нозології захворювань. Виходячи з необхідності конструювання цілісної реабілітаційної системи, в Концепції необхідно визначитися з її змістом, чітким окресленням місця та ролі кожного відомства, яке повинно брати участь та відповідати за результати реабілітаційного процесу. Метою Концепції є надання всім інвалідам, незалежно від характеру, причин інвалідності й віку інваліда, рівних прав і можливостей: інтеграції в суспільне життя, оволодіння ними необхідними знаннями, вміннями і навиками, розвитку особистості.

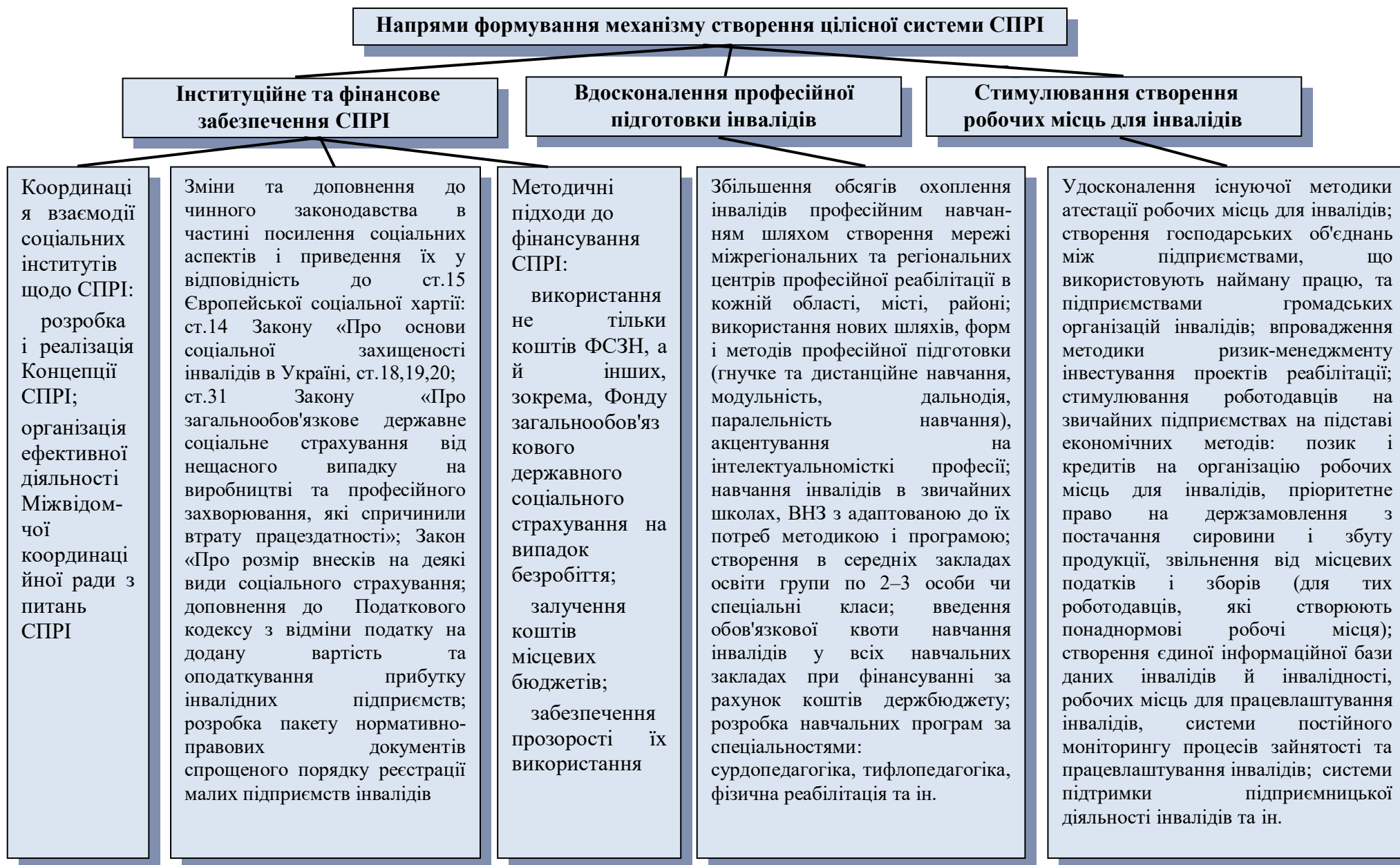


Рис.3.1 Формування структури механізму створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів

Концепція органічно поєднує всі етапи реабілітації: медико-соціальний, педагогічний, організаційно-економічний та інші, а також охоплює всі компоненти цілісної системи. В її структуру повинні увійти:

основні положення з посиланням на міжнародні норми, рекомендації, регламенти та вітчизняні законодавчі акти і норми права щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів;

мета, завдання та напрями реабілітаційної діяльності;

структура та складові цілісності реабілітаційної системи;

форми взаємодій і координації партнерів по реабілітаційному процесу та його супроводу;

шляхи реалізації та правове забезпечення її впровадження;

міжнародне співробітництво.

Концепція реабілітації інвалідів, структура якої тут пропонується, відповідає останнім рішенням Кабінету Міністрів України стосовно інвалідів і інвалідності [153, п. 1.18, 60, 61]. В рамках цієї Концепції, не дивлячись на деякі прописані норми права відносно взаємодії зацікавлених відомств, на даному етапі необхідне створення міжвідомчого координаційного органу як механізму реалізації основних концептуальних положень, що сприяє створенню цілісної системи реабілітації інвалідів. У методологічному розумінні така Концепція визначає основний підхід до аналізу та синтезу діючого порядку реабілітації інвалідів, перетворення його в цілісну систему. Цей підхід базується на реабілітології та понятті процесу соціально-професійної реабілітації як єдиної системи, де кожен вид реабілітації є компонентом структури цієї системи, її складовою.

Узагальнення експертних оцінок й результатів наукових досліджень дають змогу стверджувати про об'єктивність зробленого висновку стосовно створення міжвідомчого координаційного органу на базі вже діючої Міжвідомчої координаційної ради з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів [58]. Цей орган управління повинен об'єднати зусилля та організувати взаємодію між центральними і місцевими органами виконавчої

влади, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями, а також з відповідними міжнародними організаціями та структурами іноземних держав. Тобто йдеться про створення *Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів*. Керівництво радою здійснює голова, яким за посадою повинен бути Віце-прем'єр-міністр України. Голова ради повинен мати чотирьох заступників, якими за посадою є Міністр праці та соціальної політики, Міністр охорони здоров'я, Міністр освіти і науки, Міністр у справах сім'ї, молоді та спорту. За угодою, до складу Координаційної ради має входити голова Комітету Верховної Ради України у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів і президент Всеукраїнського громадського соціально-політичного об'єднання «Національна асамблея інвалідів України».

До складу Ради повинні входити представники Мінфіну, Мінпраці, МОЗ, МОН, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Національної академії наук, Академії педагогічних наук, Академії медичних наук, які за допомогою функціональних обов'язків беруть участь у вирішенні питань, пов'язаних із забезпеченням роботи у сфері соціального захисту інвалідів. Крім того, членами ради можуть бути представники Управління стратегії реформування соціальних відносин та Управління науково-технічного та гуманітарного розвитку, Департаменту внутрішньої політики Секретаріату Кабінету Міністрів України, а також, за угодою, президент Товариства Червоного Хреста та інші (за необхідністю). Основними завданнями Ради можуть бути:

координація діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, спрямованої на забезпечення реабілітації інвалідів і створення цілісної реабілітаційної системи;

підготовка пропозицій щодо формування державної політики та удосконалення законодавства з питань реабілітації інвалідів, забезпечення їм рівних можливостей у суспільстві;

визначення напрямів розвитку та розроблення заходів щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів;

контроль матеріально-технічного, кадрового, фінансового, наукового забезпечення системи реабілітації інвалідів;

сприяння залученню громадських організацій інвалідів до реалізації державної політики у сфері реабілітації;

вивчення світового досвіду роботи, пов'язаної із забезпеченням соціально-професійної реабілітації інвалідів;

залучення міжнародної фінансової допомоги для розв'язання проблем інвалідності.

Рада повинна мати право:

аналізувати стан забезпечення соціально-професійної реабілітації інвалідів;

одержувати від центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій матеріали, необхідні для виконання покладених на неї завдань;

заслуховувати на своїх засіданнях інформацію керівників центральних і місцевих органів виконавчої влади про запровадження та забезпечення соціальної реабілітації інвалідів;

координувати роботу регіональних міжвідомчих рад з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів, одержувати від них матеріали, необхідні для виконання покладених на неї завдань, тощо.

Координаційна Рада є дорадчим органом, який утворюється для координації роботи, пов'язаної із створенням цілісної системи реабілітації інвалідів та забезпечення її ефективності. Вона створює свої відділення в усіх регіонах країни по чисельності адміністративних одиниць. Формою роботи Ради є засідання, які мають проводитися в міру потреби, але не рідше, ніж 1 раз на квартал. Члени Ради беруть участь у її роботі особисто. Засідання Ради вважається правоспроможним, якщо на ньому присутні не менше, ніж половина її складу. Засідання Ради проводить її голова, а у разі його відсутності – один із заступників голови. На ці засідання можуть запрошуватись представники центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого

самоврядування, підприємств, установ і організацій громадських організацій інвалідів та інших захисників прав інвалідів, а також роботодавці.

Порядок координації діяльності всіх суб'єктів реабілітаційного процесу слід закласти у положення про міжвідомчу координаційну раду з визначенням прав та обов'язків всіх його учасників. В Положення про регіональні відділення треба включати представників відповідних управлінь держадміністрацій, ДСЗ, МСЕК, МОЗ, МОН, податкової міліції, роботодавців, захисників інтересів інвалідів з виділенням провідної ланки на кожному етапі реабілітаційного процесу. Для того, щоб створити такий міжвідомчий координаційний орган, необхідно його нову модель пілотного варіанту апробувати на регіональному рівні, особливо в частині, яка пов'язана з розмежуванням повноважень і визначенням провідної ланки. Можна рекомендувати, щоб Міжвідомча рада, перш за все, розробила методiku визначення потреб у конкретних видах реабілітації – медичної, соціальної, професійної.

По-друге, Міжвідомча рада повинна розробити схему системної реабілітації, функцій кожного з її членів, з відповідальністю головних відомств (МОЗ, МОН і Мінпраці) за окремі етапи реабілітації: МОЗ – за ранню медичну реабілітацію (з немовлят до 4 – 5-річного віку) – виявлення патології, передача місцевому педіатру, обстеження, профілактика, повторення обстеження, передача дитячим навчальним закладам, а також медичний супровід; МОН – соціальна реабілітація – дошкільне та шкільне навчання (спецгрупи серед учнів звичайного класу, спецкласи, спецзаклади), середні та вищі навчальні заклади; Мінпраці, ДСЗ – профорієнтація, професійне та фахове навчання (в тому числі спеціалізовані ПТНЗ, технікуми, спецколеджі, вищі навчальні заклади), працевлаштування та зайнятість.

Питання про МСЕК заслуговують на особливу увагу, тому що в їх діяльності в останні роки спостерігається очевидна “відомчість”. Тому на прийняття рішень цієї комісії відіграють значну роль застарілі міжособистісні відносини. Це знаходить своє відображення у високих темпах “зростання” інвалідності за останні роки, приховування лікарських помилок, застарілому

переліку показань і протипоказань, відірваному від державного класифікатору професій. Відсутності достатньої матеріальної бази, особливо транспорту, для здійснення виїзних засідань, віднесення МСЕКів до об'єктів комунальної власності, відірваність від служб працевлаштування й зайнятості та реабілітаційних центрів – ось далеко не повний перелік недоліків у роботі комісії. Крім того, МСЕКи погано співпрацюють з фондами: соціального захисту інвалідів, загальнообов'язкового соціального державного страхування від нещасних випадків, державним пенсійним фондом, благодійними та іншими структурами. Тому є доцільним підпорядкувати МСЕКи Міністерству праці та соціальної політики України, якому притаманне (в силу його міжвідомчого статусу) більш незалежне і об'єктивне керування їхньою роботою з урахуванням державних інтересів. Щодо можливостей безперервного обстеження та бази лікування хворого і професіоналізму членів МСЕКів, то ці переваги Мінздраву можна забезпечити в рамках діяльності Міжвідомчої координаційної ради та її регіональних відділень.

Зміни та доповнення до чинного законодавства. Як походить з проведеного аналізу стану інвалідності, на сьогодні існує необхідність внесення деяких змін та доповнень до чинного законодавства України.

Зокрема, в закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» потрібно внести доповнення про обов'язковість надання послуг з психологічної підтримки, професійної орієнтації, професійного навчання, працевлаштування та зайнятості всім інвалідам, які хочуть і можуть працювати. Статтю 14 цього закону пропонується викласти у редакції: «Вся продукція підприємств, (об'єднань) установ, організацій громадських організацій інвалідів включається в державне замовлення з повним забезпеченням матеріально-технічними ресурсами».

Четвертий абзац статті 31 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» викласти в такій редакції: «...За згодою потерпілого роботодавець повинен надати йому

рекомендовану ЛКК або МСЕК відповідну роботу або створити належне робоче місце». Водночас, слід передбачити недопущення, без згоди потерпілого, звільнення його з роботи під час професійної реабілітації, а також обов'язковість виконання роботодавцем заходів, котрі визначені індивідуальною програмою реабілітації. Необхідно розробити механізм виділення коштів Фондом соціального страхування від нещасних випадків на створення робочих місць для інвалідів, які постраждали на даному виробництві, та компенсації витрат роботодавців на заробітну плату таких інвалідів за рахунок названого фонду.

Статтю 188-1 Кодексу про адміністративні правопорушення доцільно доповнити «...та працевлаштування інвалідів відповідно до ст. 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [19].

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. №70 Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” Міністерство праці і соціальної політики України зобов'язано в своїх нормативно-правових актах визначити:

порядок реєстрації підприємств, установ, організацій та фізичних осіб, що використовують найману працю інвалідів;

порядок подання підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, звітів про зайнятість і працевлаштування інвалідів та інформації, необхідної для організації їх працевлаштування;

порядок нарахування кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів до нормативу таких робочих місць у господарських об'єднаннях, до складу яких входять підприємства громадських організацій інвалідів;

порядок сплати підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів;

порядок використання суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, що надійшли до державного бюджету;

порядок проведення перевірки підприємств, установ, організацій та фізичних осіб, що використовують найману працю.

Доцільно внести зміни до Закону України «Про розмір внесків на деякі види соціального страхування» від 11.01.2001 року № 2213-III, передбачивши зниження відсоткових ставок внесків до Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття тим підприємствам, котрі за останні три роки в повному обсязі виконували встановлені нормативи для працевлаштування інвалідів та забезпечували їм належний рівень заробітної плати. Тому в Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та інші нормативні документи, що регламентують порядок сплати внесків до фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, пропонується внести доповнення, котрим передбачати нарахування страхових внесків на суму фактичних витрат на оплату праці працівників *за винятком суми заробітної плати працюючих інвалідів.*

В порядку надання одноразової фінансової допомоги для організації підприємницької діяльності за рахунок коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття пропонується надання роботодавцю дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних інвалідів з цього фонду. Тому рекомендується доповнити даний Закон пунктом про першочергове право на отримання дотації тим суб'єктам господарювання, котрі створюють робочі місця для інвалідів.

До тієї частини проекту Податкового кодексу України, що стосується зменшення величини податкових платежів, варто включити окремі статті про відміну податків на додану вартість та оподаткування прибутку підприємств і організацій громадських організацій інвалідів, де частка інвалідів, що працюють там за основним місцем роботи, становить не менше 50% від

середньооблікової чисельності працівників, а фонд оплати їх праці – не нижче 25% загальних витрат на оплату праці. Тобто, у Податковий кодекс включити статті, аналогічні статтям 5.2.1. Закону України «Про податок на додану вартість» та 7.12.1. Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств» [35, 36].

На наш погляд, органам виконавчої влади місцевих рівнів доцільно розглянути питання про запровадження зниження податків для підприємств, установ, організацій на 2 – 5% (на прибуток, майно, землю, транспортні засоби тощо) в частині коштів, що направляються до місцевого бюджету, за кожного працевлаштованого інваліда понад встановлений норматив.

Виконання Закону України «Про народні художні промисли» також сприятиме реалізації товарів (послуг), що виготовляються підприємствами інвалідів і окремими особами з функціональними обмеженнями, потрібно, щоб місцеві органи влади сприяли у створенні торгівельної мережі. Необхідно створювати не лише окремі торгівельні підприємства, а й використовувати відділення (секції) у функціонуючих торгівельних організаціях для художніх виробів інвалідів. Залученню інвалідів до підприємництва, різних форм самозайнятості, в тому числі індивідуально-трудової діяльності, сприятиме розробленню відповідного пакету нормативно-правових документів щодо організації, надання їм фінансової допомоги, безвідсоткових позик. У цьому напрямку слід зазначити, що для реалізації положень Закону України «Про народні художні промисли» слід розробити відповідне нормативне підґрунтя, що сприятиме залученню до самозайнятості талановитих інвалідів [30].

Варто внести доповнення в чинне законодавство щодо засобів масової інформації, яким передбачити постійне й оперативне інформування населення, роботодавців по радіо, телебаченню, в періодичних виданнях про законодавчі нормативно-правові акти стосовно порядку встановлення й виконання нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів, умов працевлаштування інвалідів, нарахування та сплати штрафних санкцій за незадовільне виконання або невиконання нормативів, а також про особисту

відповідальність керівників підприємств, суб'єктів господарювання статей 17, 18, 19, 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та заходи, що проводяться відділеннями Фонду України соціального захисту інвалідів з метою забезпечення професійної реабілітації та зайнятості інвалідів.

Прийняті останнім часом законодавчі акти знижують економічний захист підприємств інвалідів. Зокрема, не передбачені права власності на землю підприємств громадських організацій інвалідів в Земельному кодексі України. Починаючи з 2009 року, якщо не будуть внесені відповідні доповнення, підприємства громадських організацій інвалідів повинні будуть платити за землю, що призведе до збільшення витрат на виробництво продукції, її ціни, а відтак – зниження конкурентоздатності самих підприємств. Тому в Земельний кодекс необхідно внести доповнення, які законодавчо звільняли б підприємства громадських організацій інвалідів, котрі мали пільги до сплати земельного податку, від орендної плати за землю та продажу їм земельних ділянок, які нині у їх власності, на пільгових умовах протягом 15 років [33].

З метою залучення інвалідів до підприємництва та власної справи, в тому числі індивідуально-трудової діяльності, необхідно розробити пакет нормативно-правових документів, що передбачатиме спрощений порядок реєстрації спеціалізованих та малих підприємств інвалідів; надання їм безвідсоткових позик та фінансової допомоги; забезпечення замовленнями на виготовлення продукції. Пропонується в Указі Президента України від 28.06.2000 року № 746 «Про внесення змін до Указу Президента України від 3.07.1998 року № 724 «Про спрощену систему оподаткування, обліку та звітності суб'єктів малого підприємництва» (розділ 7, абзац 3) викласти у редакції «...суб'єктів підприємницької діяльності, у статутному доході яких частки, що належать юридичним особам – учасникам та засновникам цих суб'єктів, які не є суб'єктами малого підприємництва, перевищують 25 відсотків, крім суб'єктів підприємницької діяльності (підприємств, організацій) громадських організацій інвалідів».

З метою вдосконалення механізму державного регулювання і підвищення ефективності управління системою соціально-професійної реабілітації інвалідів пропонується впровадження таких заходів:

визначити обсяги професійної реабілітації інвалідів, оптимальну мережу та кількість установ, необхідних для її здійснення;

створити розгалужену мережу установ і організацій, що надають інвалідам послуги з професійної реабілітації на базі центрів професійної реабілітації інвалідів; професійно-технічних навчальних закладів (у спеціалізованих групах для здійснення професійної реабілітації інвалідів з певними видами нозології); підприємств (навчання інвалідів робітничим професіям шляхом підготовки на виробництві) тощо;

сформувати відповідне кадрове забезпечення установ з професійної реабілітації інвалідів;

організувати постійне підвищення кваліфікації фахівців та обслуговуючого персоналу реабілітаційних установ і організацій;

створити окремий структурний підрозділ у службі зайнятості, зорієнтований на сприяння працевлаштуванню інвалідів;

посилити співробітництво всіх зацікавлених сторін шляхом укладання відповідних угод, розвитку соціального партнерства на всіх рівнях, розробки механізму взаємодії органів Міністерства освіти і науки, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, державної служби зайнятості, Фонду соціального захисту інвалідів в питаннях здійснення професійної реабілітації та зайнятості інвалідів для підготовки погоджених рішень;

розробити та включити конкретні заходи щодо професійної реабілітації і зайнятості інвалідів в плани соціально-економічного розвитку держави, регіонів та відповідних програм зайнятості.

Методичні підходи до фінансування. Джерелами фінансування соціального захисту інвалідів слід вважати:

Фонд соціального захисту інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України (ФСЗІ);

Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття;

Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, які спричинили втрату працездатності;

кошти місцевих бюджетів, благодійних організацій, громадських організацій інвалідів;

кошти підприємств, установ, організацій всіх форм власності та окремих громадян (за рахунок їх благодійної діяльності).

Проте основним джерелом фінансування сьогодні та на близьку перспективу залишається Фонд соціального захисту інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України [59]. Динаміка фінансування програм соціального захисту інвалідів наводиться в Додатку М. Розглянемо фінансовий механізм його формування та використання. У зв'язку з цим нагадаємо, що підприємства (об'єднання), установи й організації незалежно від форм власності й господарювання, за статтею 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» з доповненнями і змінами від 31.05.2005 року за № 2602-IV повинні виконувати норматив працевлаштування (квоту) у розмірі чотирьох відсотків від загальної чисельності працюючих [19]. Якщо чисельність працівників складає від 8 до 15 осіб, то для інваліда виділяється одне робоче місце.

Постановою Кабінету Міністерств України «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів» від 03.05.1995 року за № 314 з доповненнями та змінами від 10.01.2002 року встановлено, що уряд АР Крим, облвиконкоми, Київський і Севастопольський міськвиконкоми, Міністерство праці та соціальної політики України разом з громадськими організаціями інвалідів повинні визначити потребу в робочих місцях для працевлаштування інвалідів та створювати необхідну кількість підприємств, в тому числі малих

[48]. Ця потреба визначається згідно з Положенням «Про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів» [46].

Суб'єкти господарювання при невиконанні нормативу сплачують ФСЗІ штраф у розмірі середньорічної заробітної плати за кожне не зайняте інвалідом робоче місце. Суму коштів, що надійшли від підприємств до Державного Казначейства за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів у 2002-2005 роках наведено у додатку У.

При порушенні термінів сплати штрафів нараховується пеня із суми недоїмки за кожний день прострочення, включаючи день сплати. У випадку відсутності коштів штрафні санкції можуть бути застосовані шляхом звернення у суд щодо стягнення на майно суб'єктів господарювання. Що стосується збиткових підприємств, то вони все ж таки зобов'язані сплачувати суми штрафів, не включаючи їх до складу валових витрат. Це не збігається з Положенням (стандартом) про бухгалтерський облік, відповідно до якого не дозволяється сплачувати штрафні санкції за рахунок прибутку (пункт 20 Положення). За названим Положенням необхідно вносити штраф до витрат: «Дебіт 948 «Визнані штрафи, пені, неустойки – Кредит 685 «Розрахунки з іншими кредиторами». Фінансовий механізм формування та розподілу коштів Фонду, встановлений постановою Кабінету Міністрів України від 28.12.2001 р. № 1767 «Про порядок сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів» [56]. Наведений порядок передбачає, що головним розпорядником цих коштів (вони акумулюються на рахунках органів Державного казначейства України) є Міністерство праці та соціальної політики України. Розпорядником позабюджетних коштів є правління ФСЗІ. Використання коштів від штрафних санкцій відповідно до статті 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» спрямовуються за двома основними напрямками. За першим – на фінансування заходів для соціальної, трудової, фізкультурно-спортивної (за поданням Національного комітету спорту інвалідів

України) та професійної реабілітації інвалідів. За другим – з метою надання фінансової безповоротної допомоги та цільових позик на створення та збереження робочих місць для працевлаштування інвалідів підприємствам і організаціям громадських організацій інвалідів.

Аналіз показує, що хоча рівень виконання підприємствами нормативів щодо працевлаштування інвалідів останніми роками зростає, але він не досяг ще й 70%. Зокрема, за 2004 рік він становив по Україні близько 64,4%. Дана ситуація зумовлена низькою інформованістю роботодавців про пільги, які вони одержують при працевлаштуванні інвалідів та про кількість таких, що хочуть і можуть працювати, а також неінформованістю інвалідів щодо можливостей працевлаштування та невідповідним професійно-кваліфікаційним рівнем інвалідів.

Слід зазначити, що за останні роки знизився розмір фінансової допомоги підприємствам і організаціям громадських організацій інвалідів за рахунок коштів, які надходять до Фонду соціального захисту інвалідів. Зокрема, у 2002 році він становив 47168 грн., а у 2005 році – 38859 грн. (Додаток К). Це негативно позначається на виробничій діяльності підприємств громадських організацій інвалідів, так як вони постійно відчують дефіцит інвестиційних коштів, що призводить, як вже зазначалось, до скорочення чисельності працюючих інвалідів. Особливі труднощі мають підприємства СОІУ, оскільки через відсутність основних виробничих фондів для ліквідної застави їм складно одержати цільові позики та фінансову допомогу з Фонду. Тому ст. 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» потрібно не лише доповнити окремим пунктом, яким встановити мінімальний рівень видатків Фонду (не менше ніж 50% надходжень), які мають спрямовуватимуться виключно на створення та збереження робочих місць для інвалідів. Необхідно також більш детально конкретизувати напрямки фінансування, що здійснює ФСЗІ. До них, крім витрат на створення матеріально-технічної реабілітаційної бази та надання безповоротної фінансової допомоги та безвідсоткових позик спеціалізованим підприємствам

інвалідів на створення і збереження звичайних та спеціалізованих робочих місць для інвалідів, слід включити:

надання фінансової допомоги і безвідсоткових позик окремим інвалідам для організації власної справи, індивідуально-трудової діяльності;

компенсацію витрат підприємствам, установам, організаціям різних форм власності та господарювання, які працевлаштовують інвалідів понад встановлений норматив, на заробітну плату цих інвалідів, податки й страхові внески (збори), що за них, відповідно до чинного законодавства, сплачують роботодавці;

фінансування окремих підсистем цілісної системи реабілітації, а саме психологічної підтримки, профорієнтації, професійного навчання та працевлаштування інвалідів;

фінансування наукових досліджень і методичних розробок з питань створення системи реабілітації;

фінансування підготовки спеціалістів для роботи з інвалідами (реабілітологів, соціологів, психологів, психофізіологів, профконсультантів) тощо.

Завдяки цьому можна буде збільшити обсяги джерела видатків для професійної реабілітації та сприяння зайнятості інвалідів. Тобто кошти Фонду будуть виділятися не лише на матеріально-технічне забезпечення, як нині практикується, а й на кадрове, науково-методичне забезпечення навчально-виховних, реабілітаційних закладів для інвалідів. Вкрай необхідно передбачати фінансування наукових досліджень, методичних розробок з проблем професійної реабілітації, працевлаштування та зайнятості інвалідів різних вікових груп, нозології захворювання, груп інвалідності.

Як показує аналіз, виживати в конкурентному середовищі підприємствам інвалідів, засновниками яких є громадські організації інвалідів, сприяють податкові пільги. На теперішній час вони звільнені від оподаткування прибутку, для них встановлена нульова ставка податку на додану вартість, знижені відсоткові ставки обов'язкових платежів (зборів) в пенсійній, страховій

фонди. За статтею 5.2.1 Закону України «Про податок на додану вартість» [35] від оподаткування звільняються операції з: продажу товарів (робіт, послуг) за винятком підакцизних товарів, грального бізнесу, куплених товарів підприємствами й організаціями громадських організацій інвалідів, майно яких є їх власністю, де чисельність інвалідів, які мають там основне місце роботи, становить протягом попереднього звітного періоду не менше 50% від загальної чисельності працюючих і за умови, що фонд оплати їх праці не нижчий 25% у сумі загальних витрат на оплату праці, котрі відносяться до складу валових витрат виробництва (обігу).

Статтею 7.12.1 Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств» за аналогічних умов, викладених в попередньому абзаці, звільняється від оподаткування прибуток підприємств і організацій громадських організацій інвалідів [36]. В статті 4 Закону України «Про збір на обов'язкове державне пенсійне ст. рахування» [26] вказано, що: «Для підприємств всеукраїнських громадських організацій інвалідів, де чисельність інвалідів становить не менше 50% від загальної чисельності працюючих, збір на обов'язкове державне пенсійне страхування визначається за ставкою 4 відсотки від об'єкта оподаткування для всіх працівників цих підприємств» [26]. Статтею 4 Закону України «Про збір на обов'язкове соціальне страхування» ставка збору для таких підприємств знижена до одного відсотка [25]. В пункті 3 статті 12 Закону України «Про плату за землю» вказано, що від земельного податку звільняються громадські організації інвалідів України, підприємства і організації громадських організацій інвалідів, майно яких є їх повною власністю, а чисельність інвалідів, котрі мали там основне місце роботи протягом попереднього звітного періоду, становить не менше 50% від загальної чисельності працівників, при умові, що Фонд оплати праці таких інвалідів не нижчий 25% від суми загальних витрат на оплату праці [33].

Застосовувати зазначені пільги такі підприємства та організації можуть лише за наявності дозволу на право користування пільгами з оподаткування, який надається міжвідомчою Комісією (далі – Комісія). Комісія має регіональні

(територіальні) органи – комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів (далі – регіональні комісії).

Повноваження Комісії в частині надання цільової позики з терміном повернення до трьох років підтверджено також ст. 20 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 05.07.2001 р. № 2606-III.

Комісія є спеціальним уповноваженим міжвідомчим державним органом. Вона визначає доцільність надання державної допомоги громадським організаціям інвалідів, їх підприємствам і організаціям у формі пільг з оподаткування, фінансової допомоги, кредитування, визначення пріоритетів під час розміщення державного замовлення та в інших формах, а також ведення обліку та здійснення контролю за цільовим використанням такої допомоги.

Положення про Комісію та Типове положення про її регіональну комісію затверджено відповідними постановами Кабінету Міністрів України «Про утворення Комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів» від 26.12.2000 р. за № 1888 та «Про затвердження Типового положення про регіональну комісію з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів в Автономній Республіці Крим, областях, м. Києві і Севастополі» від 06.06.2001 р. за № 637. До складу Комісії входить по одному представнику від: Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду України соціального захисту інвалідів, Державної податкової адміністрації України, Державної митної служби України, Міністерства транспорту України, Міністерства фінансів України, Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України, Державного комітету України по земельних ресурсах, народних депутатів України – представник профільного Комітету Верховної Ради України у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів та представник, делегований громадськими організаціями інвалідів. Співголовами Комісії за посадою є Міністр праці та соціальної політики України та Голова Комітету Верховної Ради України у справах пенсіонерів,

ветеранів та інвалідів. Склад регіональних комісій визначається розпорядженням місцевої держадміністрації згідно з Типовим положенням.

Необхідно відмітити, що за останні роки Фонд соціального захисту інвалідів все більше втрачає право контролю за виконанням ст. 12 Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», що зводить нанівець його зусилля щодо створення робочих місць для інвалідів. В усьому світі встановлено норматив працевлаштування інвалідів на підприємствах всіх форм власності та господарювання. Цей Фонд повинен відповідати своїй суті, природі, що має право хоча б пасивного відтворення цих коштів, незатребуваних за цільовим призначенням у даний час. Таке право було визначене Постановою Кабінету Міністрів про Фонд, реально втілювалось у життя і вже давало в кількох областях додаткову доважку до місцевих програм соціального захисту інвалідів, рівну за сумою фінансуванню з Держбюджету. Нині це були б великі суми. Безумовно, було б послаблення і на держбюджет.

Враховуючи, що Україна розпочала рух до Європейського співтовариства і на цьому шляху вона може скористатись перевіреним європейським досвідом у вирішенні проблем інвалідів. Заслуговує на увагу досвід Польщі щодо діяльності і структури такого ж, як наш, фонду [141]. Існує він як банківська система і має потужний фінансовий потенціал, який складає понад 500 млн. доларів. Працює чітка система відтворення коштів і структура їх видатків наглядовими радами. Забезпечує надходження коштів до Фонду за невиконання нормативів працевлаштування інвалідів податкова поліція. Сам фонд є справді можновладним. Він наділений справді сильними повноваженнями у захисті інвалідів. Саме положення про фонд, його структуру, мету, обов'язки, напрями роботи, фінанси складає окремий великий розділ закону про захист інвалідів. Це дає можливість уникнути спроб невиконання вимог фонду, як це має місце у нас. Адже всі статті мають силу закону. В Україні ці проблеми щойно назрілі. Це надає особливої принадності, а водночас і відповідальності за розвиток і діяльність Фонду.

Проблему фінансування, раніше всього, слід врегулювати на законодавчому рівні, урахувавши пропозиції багатьох наукових співробітників в Законі України «Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності». Цими пропозиціями передбачена розробка окремого розділу з фінансування реабілітаційного процесу. В ньому слід відобразити основні вимоги як до суб'єктів господарювання, тобто роботодавців, так і до інвалідів, які можуть за висновками МСЕК працювати. Окремим пунктом необхідно передбачити відповідальність органів виконавчої влади, роботодавців та самих інвалідів за невиконання встановлених норм законодавства з цього приводу.

Важливою складовою механізму фінансування є бюджетні асигнування на реалізацію державної програми соціального захисту інвалідів. Від стану доходної частини державного та місцевих бюджетів залежить надання інвалідам пільг та компенсацій, передбачених законодавством України, а також рішеннями місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. У видатках Державного бюджету України на 2006 рік було заплановано коштів фонду соціального захисту населення на суму 493002,5 тис. грн. Інформацію щодо фінансування видатків Державного бюджету України по програмах соціального захисту інвалідів наведено у додатку Ф.

Однак розглянуті джерела не дозволяють вирішувати реабілітаційні програми в повному обсязі. Тому при формуванні фінансового механізму слід по оцінкам експертів, які збігаються з результатами наших досліджень, використовувати кошти інших фондів, зокрема, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття з його відділеннями в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі. Це можна обґрунтувати тим, що платниками до названого Фонду є всі роботодавці та майже всі працюючі, як застраховані особи, з яких далеко не всі бувають

безробітними. Водночас нагадаємо, що майже 80% інвалідів – це інваліди праці, котрі під час трудової діяльності постійно сплачували страхові внески до названого Фонду. Тому вони мають право, як колишні платники страхових внесків, на одержання всіх без виключення послуг і допомоги нарівні зі здоровими, але безробітними громадянами. Тобто, на одержання психологічної підтримки, послуг з професійної орієнтації на професійне та фахове навчання, перепідготовку, підвищення кваліфікації та працевлаштування, шляхом створення для них робочих місць саме за рахунок коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття.

Слід передбачити порядок надання роботодавцеві дотації на створення додаткових робочих місць для працевлаштування безробітних із названого Фонду. Для цього потрібно доповнити пунктом про першочергове право на одержання дотації тим суб'єктам господарювання, котрі постійно виконують нормативи з працевлаштування інвалідів.

Фінансове забезпечення заходів щодо сприяння зайнятості інвалідів має передбачати:

координацію дій Фонду соціального захисту інвалідів, державних органів виконавчої влади, органів виконавчої влади на місцях, громадських організацій по залученню фінансових ресурсів, що виділяються на здійснення заходів, пов'язаних з професійною реабілітацією інвалідів і сприянням їх зайнятості;

консолідацію благодійних коштів та надходжень з усіх можливих джерел, а також від підприємств (об'єднань), установ, організації на створення робочих місць для працевлаштування інвалідів;

розробку механізму виділення коштів на всіх рівнях управління на реалізацію заходів щодо професійної реабілітації інвалідів та сприянню їх зайнятості, виходячи з прогнозованої чисельності інвалідів, які потребують професійної реабілітації та подальшою їх працевлаштування;

підвищення ефективності використання коштів по створенню робочих місць і сприянню зайнятості інвалідів на основі оцінки ефективності заходів, що реалізуються як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях;

вдосконалення механізму використання та перерозподілу коштів Фонду соціальною захисту інвалідів з урахуванням ситуації з працевлаштуванням інвалідів у регіонах;

кошти ФСЗІ потрібно виділяти не лише на матеріально-технічне, як нині практикується, а й кадрове, науково-методичне забезпечення навчально-виховних, реабілітаційних закладів для інвалідів, фінансування наукових досліджень, методичних розробок з проблем професійної реабілітації, працевлаштування та зайнятості інвалідів;

для фінансування системи психологічної підтримки, професійної орієнтації, професійного навчання, працевлаштування та зайнятості інвалідів потрібно залучити кошти Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття та його відділень в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, місцевих бюджетів, благодійних організацій, громадських організацій інвалідів тощо;

залучення коштів місцевих бюджетів для реалізації заходів щодо сприяння зайнятості людей з інвалідністю;

щорічне фінансування для забезпечення реалізації Концепції соціально-професійної реабілітації інвалідів за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів; фінансування наукових досліджень, методичних розробок з проблем професійної реабілітації і зайнятості інвалідів;

розробку та здійснення заходів щодо забезпечення прозорості використання коштів, що виділяються на професійну реабілітацію, професійне навчання, працевлаштування осіб з інвалідністю, зокрема, коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

На підставі пропозицій автора дисертації, узагальнення думок науковців, соціальних працівників та експертів рекомендується використовувати більш широке коло джерел фінансування за певним призначенням на реабілітацію, соціальний захист та створення робочих місць для інвалідів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Систематизація реабілітаційних заходів, що фінансуються за рахунок ФСЗІ і бюджетних коштів

№	Джерела фінансування	Заходи, що фінансуються
1	2	3
1	Фонд соціального захисту інвалідів (кошти, що передаються до Фонду з Державного бюджету)	забезпечення інвалідів протезно-ортопедичними виробами, технічними засобами реабілітації, санаторно-курортним лікуванням; компенсаційні виплати на бензин, ремонт, техобслуговування автотранспорту; встановлення квартирних телефонів, надання матеріальної допомоги інвалідам тощо
2	Фонд соціального захисту інвалідів (суми штрафних санкцій, що надійшли до Фонду за невиконання підприємствами нормативів працевлаштування)	соціально-трудова й професійна реабілітація та забезпечення додаткових гарантій зайнятості інвалідів; створення робочих місць та фінансування реабілітаційних центрів тощо
3	Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття	психологічна підтримка, професійна орієнтація, професійне та фахове навчання, перепідготовка, підвищення кваліфікації та працевлаштування
4	Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності	щомісячне та одноразове страхування сум потерпілих (членів їх сімей) від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань; відшкодування витрат, пов'язаних з ушкодженням здоров'я потерпілого; перерахування в Фонд безробіття на профнавчання і реабілітацію

5	Бюджетні кошти, передбачені для виконання реабілітаційних програм Мінпраці України	утримання медичних стаціонарів при протезно-ортопедичних підприємствах; програма протезування (розробка та організація виготовлення виробів та комплектуючих виробів до протезів, ортопедичного взуття, засобів пересування); фінансова підтримка всеукраїнських громадських організацій інвалідів; освіта (технікуми-інтернати для інвалідів); охорона здоров'я (санаторії для інвалідів і ветеранів та клініка при НДІ складного протезування)
6	Кошти державного бюджету на пенсійне забезпечення	соціальні пенсії; пенсії по інвалідності внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС; пенсії інвалідам з числа військовослужбовців
7	Державний бюджет (у вигляді субвенцій місцевим бюджетам)	виплата державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, малозабезпеченим сім'ям з дітьми; надання субсидій на оплату житлово-комунальних послуг інвалідам
8	Місцеві бюджети	пільги інвалідам згідно із законодавством України та нормативними актами, що приймаються місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування; фінансування громадських організацій інвалідів

В таблиці 3.1 наведені як діючі, так і потенційно можливі джерела фінансування реабілітаційних програм з боку державних фінансових структур. Але сьогодні для вирішення довгострокових, крупномасштабних реабілітаційних програм слід використовувати всі можливі джерела фінансування, класифікація яких приведена в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Уточнена класифікація фінансових джерел реалізації реабілітаційних програм інвалідів

Фінансові джерела		
Власні	Залучені	Позикові
1. Чистий прибуток, який направляється на розвиток виробництва 2. Частина зайвих зворотних активів 3. Амортизаційні відрахування 4. Кошти від продажу частини основних фондів 5. Страхові відшкодування 6. Депозити термінові і поточні, реінвестування 7. Статутний фонд (емісія акцій, дивіденди акціонерів та ін.)	1. Безоплатно надані кошти добродійними фондами, спонсорами, юридичними та фізичними особами 2. Податкові пільги 3. Субсидії, субвенції, дотації 4. Гранти, тендери, транші та ін. 5. Емісія акцій венчурної або іншої впроваджу вальної компанії	1. Цільові безвідсоткові кредити і позички з державного і місцевого бюджетів, а також державних спеціальних фондів 2. Кредити під відсоткові ставки інвестиційно-комерційних структур, банків і страхових компаній 3. Кредити іноземного інвестора 4. Податковий і іпотечний кредит 5. Лізинг і оренда 6. Емісія власних цінних паперів

Однак реалізація цих програм і проектів у повному обсязі вимагає вирішення цілого ряду інших питань, окремі з котрих будуть розглянуті у подальшому.

3.2. Вдосконалення професійної підготовки інвалідів

Професійна підготовка інвалідів знаходиться в центрі цілісної системи їх реабілітації, обумовлюючи працевлаштування і гідну зайнятість. Вдосконалення професійного та фахового навчання, перепідготовки й підвищення кваліфікації осіб з обмеженими фізичними можливостями слід розглядати як необхідність подолання існуючих недоліків у контексті цілісної системи їх реабілітації. Це передбачає розробку важелів, що обумовлюють

підготовку конкурентоздатного працівника, його успішне працевлаштування та зайнятість на ринку праці.

Перш за все, необхідно забезпечити збільшення обсягів охоплення інвалідів професійним навчанням. У зв'язку з цим, актуальним є створення мережі міжрегіональних та регіональних реабілітаційних центрів професійної реабілітації інвалідів в кожній області, місті, районі. За експертними оцінками, необхідно створити понад сто таких центрів. Але сьогодні вирішити таке завдання у повному обсязі неможливо тому, що для цього потрібен час і достатнє фінансування. Підкреслимо, що при всій доцільності вже функціонуючих навчальних закладів, вони ще не можуть нести на собі повне навантаження через малу кількість та відсутність достатніх фінансових джерел. Так, обсяги охоплення інвалідів професійною підготовкою ПТНЗ України становить 0,2 %, у ВНЗ I-IV рівнів акредитації – 0,5 %. Серйозним недоліком існуючих закладів професійної підготовки є їх віддаленість від культурних центрів, що створює великі труднощі як для педагогів, так і для учнів. Часто ця причина є головною у пошуках викладачів для спеціалізованих навчальних закладів. Все це характеризує стан професійного навчання як такий, що не відповідає масовому охопленню і рівним можливостям навчання, інтегруванню інваліда у суспільство.

У розвинених країнах світу існує тенденція навчати інвалідів у звичайних школах, вищих навчальних закладах з адаптованою до їх потреб і можливостей методикою і програмою, що відображає процес інтеграції та сприяє демістифікації інвалідності в очах здорового населення. Сьогодні в Україні спостерігається переважання професійного навчання у спеціалізованих навчальних закладах, що в цілому відповідає спрямованості на високоякісну, конкурентоспроможну професійну підготовку інвалідів, але потрібно шукати додаткові шляхи не тільки в спеціалізованих закладах, а й нові форми масової професійної підготовки. Тому необхідно визначитися щодо основних шляхів і форм удосконалення професійного навчання. Узагальнюючі результати

проведеного дослідження та існуючі напрацювання, автором дисертації пропонуються такі основні напрямки удосконалення професійного навчання.

Перший напрямок пов'язаний з інтенсифікацією використання вже існуючих установ для ефективної реабілітації та професійного навчання. У цьому напрямку пропонується:

організація належного рівня моніторингу, що дозволяє визначитися і реалізувати засади з формування цілісної системи реабілітації, визначення потреб інвалідів у професійному навчанні та реабілітації, всіх можливих закладів і функціональних зв'язків між ними для створеної цілісної системи реабілітації і профпідготовки;

перепрофілювання або реструктуризація діючих установ та навчальних закладів, визначення лімітів під навчання та освіти.

Другий напрямок припускає пошук і використання нових шляхів, форм і методів професійної підготовки. Насамперед, виходячи з поступової інтеграції інвалідів у суспільство: дитячий садок – школа – навчальний заклад, створити в середніх закладах освіти групи по 2-3 особи (за прикладом університету “Україна”) чи спеціальні класи для навчання сучасним конкурентоспроможним профілям і спеціальностям.

Третій напрямок обумовлений необхідністю розробки навчальних програм для роботи з інвалідами за такими спеціальностями, як: сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, фізична реабілітація, оліофренопедагогіка і таке інше.

Доцільність досліджень в цих напрямках співпадає з думками багатьох експертів. Своєчасним постає введення обов'язкової квоти навчання інвалідів у всіх навчальних закладах: ПТНЗ, технікумах, коледжах, ВНЗ I –IV рівнів акредитації у розмірі питомої ваги чисельності інвалідів серед молоді 17 – 23-річного віку, якщо абітурієнти з числа інвалідів витримали вступні екзамени. Розмір цієї квоти повинен відповідати питомій вазі інвалідів у чисельності працездатної молоді у віці 15 – 23 років. Так, якщо чисельність працездатної молоді у 2003 році становила 1089,8 тис. осіб, а непрацездатної – 18,9 тис. осіб,

то квота мусить бути в розмірі не менш, ніж 1,8 %. Тому прийом, наприклад, до ВНЗ повинен складати 1,8 % від чисельності студентів, які навчаються сьогодні як за рахунок держбюджету, так і за рахунок фізичних та юридичних осіб. Коли прийом студентів до ВНЗ III – IV рівнів акредитації становив близько 350 тис. осіб, то чисельність інвалідів у них мусить становити 6,3 тис. осіб, що набагато більше за фактичну чисельність студентів-інвалідів. При цьому фінансування щодо навчання інвалідів повинне бути за рахунок коштів держбюджету, в тому числі Фонду соціального захисту інвалідів, центрів зайнятості, управління праці й соціального захисту населення за умов отримання абітурієнтом-інвалідом задовільних оцінок на вступних іспитах чи проходження співбесід.

Крім цього, для збільшення обсягів професійної підготовки, необхідно:

створювати в середніх закладах освіти, в тому числі й спеціалізованих, спеціальні класи для навчання інвалідів за сучасними конкурентоспроможними професіями та спеціальностями для отримання основ професії у школі;

збільшити кількість спеціальних груп для інвалідів у звичайних навчальних закладах з метою часткової тимчасової та повної інтеграції інвалідів у систему загальноосвітньої, професійно-технічної та вищої освіти;

збільшити обсяги підготовки інвалідів у навчальних закладах різних типів за професіями, необхідними для самозайнятості та індивідуальної трудової діяльності;

розширити обсяги професійної підготовки дітей-інвалідів на дому, якщо інваліди не в змозі відвідувати школу, професійно-технічний та вищий навчальний заклад;

збільшити обсяги підготовки інвалідів на підприємствах громадських організацій інвалідів.

Проведені дослідження переконують, що у психологічному сенсі найбільш сприятлива обставина склалася не в малочисельних інвалідних підприємствах громадських організацій інвалідів, де завдяки інвалідам підприємства одержують відповідні податкові пільги. Психологічний “стереотип здорового інваліда” об’єктивно формується, а точніше –

автоматично існує, коли інвалідність на підприємстві набуває модальну ознаку. А це має місце, перш за все, на спеціалізованих підприємствах, особливо глухих і сліпих, хоча на них працюють, зокрема, і зовсім здорові люди. Така модальність може бути досягнута і на звичайних підприємствах, де працюють інваліди. Але, насамперед, до цього ще не дозріло суспільство та свідомість здорової людини. Тому сьогодні професійне навчання є ефективним на спеціалізованих підприємствах, де вже склався відповідний психологічний клімат, існують школи навчання і саме підприємство стає такою професійною школою. Раніше такі підприємства були розповсюджені у місцевій промисловості, але у процесі приватизації вони зникли.

Заслуговує на увагу підготовка зміни в діюче законодавство про зайнятість, згідно з яким засновниками та організаторами спеціалізованих інвалідних підприємств, на яких обов'язковою умовою їх функціонування є робота шкіл професійного навчання, здійснюється із залученням коштів Фонду соціального захисту інвалідів. До спеціалізованих підприємств слід віднести й комбінати надомної праці, які створюються громадськими організаціями інвалідів і ДСЗ. У цих комбінатах повинні працювати служби, які навчають інвалідів надомній праці чи зайнятості малим бізнесом. Створення інституту державного «засновництва», на нашу думку, полегшує вирішення питань плати за оренду приміщення, держзамовлення на продукцію інвалідів та її збут, підвищення кваліфікації шляхом співпраці з навчальними закладами, в тому числі, з вищою школою. Тому заслуговує на увагу пропозиція співробітників НДІ праці і зайнятості населення про розгляд Положення „Про створення спеціалізованих підприємств, які забезпечують працевлаштування інвалідів та інших малозахищених категорій громадян на ринку праці”. В цьому положенні потрібно передбачити розділ, присвячений професійному навчанню й перенавчанню. Життєдіяльність таких підприємств можна підвищити завдяки формуванню регіонального замовлення виключно на виготовлення товарів та використання послуг, які виробляються на підприємствах інвалідів, сприяння через засоби масової інформації реклами продукції цих підприємств.

Підвищення якості професійного та фахового навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації осіб з обмеженими фізичними можливостями передбачає заходи, що стосуються як поліпшення безпосередньо процесу навчання, так і заходи, спрямовані на збільшення економічної доцільності цього процесу, про що мова буде йти нижче. Основними, щодо поліпшення процесу навчання, мають бути заходи, які направлені на трансформацію існуючої системи освіти інвалідів в бік її більшої відкритості та прозорості для людей з послабленими функціями здоров'я, зокрема, забезпеченість безбар'єрності архітектури (щоб інваліди з порушенням опорно-рухового апарату мали можливість відвідувати аудиторії), відповідних санітарно-гігієнічних умов у вузах та школах, належної медичної підтримки студентів, на забезпеченість психологами та соціальними працівниками, які покликані адаптувати учня-інваліда до навчального процесу, студентського та викладацького колективу, новим умовам проживання та праці.

Назріла проблема удосконалення нині діючого переліку медичних показань та протипоказань для навчання інвалідів. Важливою формою є адаптація типових та розробка спеціальних програм для професійної підготовки інвалідів з орієнтацією на самозайнятість та підприємницьку діяльність, надання інформаційно-консультативної допомоги інвалідам щодо можливостей професійної підготовки.

Ефективність державної програми квотування робочих місць і квотування учнівських місць у навчальних закладах для інвалідів у більшості залежить від рівня підготовленості самого інваліда до ринку праці, який складається не тільки з його кваліфікаційного рівня підготовки, але й суб'єктивної самооцінки інвалідом: по-перше, бажанням працевлаштуватись взагалі; по-друге, своєю підготовленістю до праці з конкретної професії, у конкретних умовах при одержанні гарантованої, згідно з колективним договором, заробітної плати. Практика свідчить про те, що психологічна підтримка потрібна інвалідові упродовж всього реабілітаційного процесу. Сьогодні інвалід повинен бути

психологічно та професійно готовим до праці. Але для цього він має одержувати кваліфікацію вищу, ніж здорова людина.

У подальшому розглянемо використання нових форм та методів професійного навчання, які найбільш пристосовані до осіб з інвалідністю. Як показує вивчення наукових досліджень у цьому напрямку [124], гнучке та дистанційне навчання – це поняття, властиві сучасній тенденції розвитку освіти і для осіб з обмеженими фізичними можливостями вони набувають особливої актуальності. Зокрема, дистанційне навчання передбачає використання таких нових технологій, як інформаційні, комп'ютерні, що є ефективними для інвалідів. До складу апаратного та програмного забезпечення цього навчання входять: голосові синтезатори, брайлевські термінали й принтери, програми, що озвучують екран та збільшують фрагмент екрану, програми для розпізнавання мови тощо. Існують різноманітні спеціалізовані пристрої вводу, якими можуть користуватися люди з фізичними вадами: це педалі-замінники клавіш Alt, Shift, Ctrl, миші у формі ручки та альтернативні клавіатури. Наприклад, компанія Intell Tools випускає плоскі клавіатури Intel Keys. Для вводу інформації користувач торкається до намальованих на ній піктограм, літерних та цифрових клавіш, котрі можна програмувати на виконання певних дій.

Дистанційне навчання – це синтетична, інтегральна, гуманістична форма навчання, що базується на використанні широкого спектра традиційних і нових інформаційних технологій та інших технічних засобів, що залучаються для доставки навчального матеріалу, його самостійного вивчення, організації діалогового обміну між викладачем та учнем. Наступні особливості дистанційного навчання дозволяють стверджувати, що у зв'язку з його появою у вирішенні проблем освіти інвалідів можна очікувати суттєвий прорив, який знаходить своє відображення у конкретних перевагах:

гнучкість, коли учні не відвідують регулярних занять у вигляді лекцій, семінарів. Кожний учень може навчатися стільки, скільки йому особисто

необхідно для засвоєння курсу, дисципліни та отримання необхідних знань за обраною спеціальністю;

модульність, покладена в основу програм дистанційного навчання, коли кожна окрема дисципліна, що засвоєна учнем, є цілісним уявленням про певну предметну галузь. Це дозволяє з набору незалежних навчальних курсів формувати навчальний план, який відповідатиме індивідуальним або груповим потребам;

дальнодія, коли відстань від місця знаходження учня до освітньої установи не є перешкодою для освітнього процесу;

паралельність навчання, яка може здійснюватись при сумісництві праці з навчанням;

вільний режим у процесі навчання, що дозволяє реалізувати свою технологію навчання, незалежно у часі і у зручному темпі.

З метою впровадження кредитно-модульної системи навчання необхідно розробити відповідні навчальні програми для професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації осіб з обмеженою працездатністю за вказаними далі професіями та спеціальностями, якщо вони не протипоказані МСЕКом та схвалені спеціалістами з профорієнтації.

Невід'ємною складовою підвищення якості професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації інвалідів є збільшення її ефективності. Це означає не лише підвищення здатності інваліда самостійно забезпечити собі та своїй родині матеріальне існування і посідання відповідного місця у суспільстві, але й збільшити через працю свою користь суспільству. Необхідним заходом для цього є відповідність професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації інвалідів потребам ринку праці. Враховуючи цей фактор, рекомендованими професіями та спеціальностями, які, за нашими даними, є найбільш затребуваними на ринку праці, можуть бути такі: швачка з пошиття жіночого та чоловічого одягу; ремонт радіо-телеапаратури, взуття, одягу та спеціальних пристроїв для інвалідів (ремонт колясок, костилів та ін.); в'язання на спицях трикотажних

виробів, макраме, мережив гачком, сіток господарських та рибальських, бджолярство, садівництво, різьба по дереву, соломоплетіння, лозоплетіння, виготовлення художніх та меблевих виробів із лози, сувенірів; масажист; настроювач музичних інструментів, палітурник; навчання гри на музичних інструментах, виготовлення біжутерії з дерева тощо.

При цьому логічно допустити, що у перспективі профорієнтаційну роботу серед інвалідів слід акцентувати на інтелектуаломістських професіях. З них перш за все слід поширювати серед інвалідів ті, що є найбільш перспективними, високооплачуваними і що мають стійкий попит на ринку праці. Наприклад, дійсно перспективним напрямком соціальної реабілітації та інтеграції інваліда у сучасне суспільство є його навчання і працевлаштування в галузі інформаційних технологій.

Завдання демократичного суспільства полягає у збереженні та примноженні людського капіталу, у забезпеченні рівних можливостей для всіх громадян, і зокрема, для осіб з обмеженими фізичними можливостями. Освіта є необхідною умовою прогресу суспільства, засобом духовного і культурного розвитку його. Водночас це процес, для отримання результатів якого потрібні вкладення, інвестиції. Залучення інваліда як рівного партнера у суспільні відносини передбачає надання йому освіти і професії, тобто слід зробити певні інвестиції в людський капітал, частиною якого вони є. Для визначення ефективності професійної підготовки інвалідів пропонується застосувати показник *економічної доцільності (ефективності)* цього процесу.

Доцільність професійного навчання людей з обмеженими фізичними можливостями визначається як різниця між дисконтованими величинами витрат і зисків (вигод) для суспільства. Соціальні витрати включають як загальні витрати на професійну освіту, так і повні втрачені заробітки (за період навчання), якщо такі є. При оцінці ефективності інвестування в професійному навчання зіставляються всі види інвестиційних витрат з довгостроковими вигодами у майбутньому. Для розрахунків зисків від вкладень в людський капітал (майбутніх вигод у порівнянні з поточними витратами) вводиться їх

професійне дисконтування, тобто визначення еквівалентності вартості капіталу в різні періоди через ставку банківського відсотку. Чим менша ставка дисконтування, тим більша майбутня вигода. Інвестиції в професійне навчання інвалідів як складову людського капіталу є ефективними, якщо поточна вартість майбутніх грошових вигод більша, ніж витрати. Треба підкреслити, що, не дивлячись на очевидні аналогії з інвестуванням у фізичний капітал, необхідно обов'язково враховувати такі особливості людського капіталу: права власності на людський капітал не можуть бути передані іншій особі, крім самого інваліда; витрати на професійне навчання та освіту пов'язані із зменшенням вільного часу інваліда, що є важливим благом людини; зміни людського капіталу в залежності від витрат не піддаються точним розрахункам, як, наприклад, для обладнання.

Дійсно, саме продуктивна праця інваліда, який за висновком МСЕК може працювати і хоче цього, визначає для нього найкоротший шлях інтеграції у суспільство, підвищення рівня його матеріального забезпечення. Ось чому один з останніх етапів реабілітації, яким є працевлаштування – це нагальна і в той же час найбільш складна проблема в системі реабілітації інвалідів, і не тільки в практико-економічному чи то методологічному плані. Ця проблема знаходиться, насамперед, в етично-правових площинах життя громадянського суспільства та держави. Це одночасно і важлива проблема самого індивіда – знайти максимально відповідне власним потребам і можливостям місце в суспільній ієрархії, зробити все, залежне від нього, щоб досягти процесі своєї життєдіяльності життєвого оптимуму. Для більшості індивідів з обмеженою працездатністю професійна реабілітація є не тільки значущою метою, але й способом життя. Однак самореалізація, самоствердження і соціальний статус інваліда сьогодні дедалі більшою мірою залежить від зовнішніх обставин. НТР, глобалізаційні процеси в економіці, неусталені норми, соціальні стандарти і правила існування особистості в соціумі перехідного періоду вимагають від держави додаткової більшої уваги до індивідів, що частково (або тимчасово) втратили працездатність і, тим самим, звичні орієнтири в принципах побудови

своїх взаємовідносин з іншими людьми, групою, суспільством в цілому. Тому пошук засад відновлення втраченого трудового і соціального статусу стає одним з домінантних явищ життєдіяльності самого індивіда. Відповідною мірою на це мають відреагувати соціальні інститути і соціум в цілому.

В цьому контексті принцип гідної зайнятості дозволяє враховувати особливості й специфіку системи соціально-професійної реабілітації, які, з точки зору кінцевого результату, полягають в її орієнтації на забезпечення гідної зайнятості та соціальної інтеграції інвалідів.

Зауважимо, що ринкові відносини й інноваційна специфіка сучасного економічного зростання потребують якісно нової робочої сили, яка має інші параметри фізичного, психічного і соціального здоров'я, високий інтелектуальний та освітньо-фаховий потенціал, що характеризується особливими моральними цінностями та орієнтаціями. Соціальна парадигма розвитку ґрунтується на тому, що основним рушієм економічного розвитку є соціальні групи, які володіють кваліфікаційними і трудовими можливостями, соціальною активністю і мобільністю, спроможністю адаптуватися до сформованих умов і активно реалізувати свої можливості. Враховуючи складність у прогнозуванні сучасного українського ринку праці на специфіку підготовки та працевлаштування інвалідів і недостатнє опрацювання суб'єктивних чинників проблеми, автором констатується необхідність більш широкого залучення соціологічних методів для розробки критеріїв рівня професійної підготовки і кількісних показників гідної зайнятості та ефективності працевлаштування вказаної категорії громадян.

Для створення необхідних правових, соціально-економічних, матеріально-технічних, інформаційно-методичних і фінансових засад щодо подальшого розвитку державної системи професійної реабілітації інвалідів необхідно:

забезпечити розробку нових проектів, перегляд і адаптацію чинних законодавчих і нормативних актів і міжнародних договорів з питань

професійної реабілітації та зайнятості інвалідів з метою приведення національного законодавства у відповідність з міжнародними нормами;

внести відповідні зміни й доповнення до "Кодексу законів про працю України", Законів України "Про зайнятість населення", "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" та інші, зокрема в розширенні фінансового впливу на розвиток професійної реабілітації та зайнятості інвалідів;

прискорити реалізацію Закону України "Про реабілітацію інвалідів в Україні";

здійснити моніторинг стану професійної реабілітації та зайнятості інвалідів, їх можливостей і потреб у галузі професійної реабілітації в ринкових економічних умовах господарювання;

визначити коло осіб з числа інвалідів, які потребують професійної реабілітації за нозологіями та іншими показниками, особливу увагу приділивши молодим інвалідам, жінкам-інвалідам, інвалідам з тяжкими вадами здоров'я, а також інвалідам в сільській місцевості;

включити систему професійної реабілітації інвалідів, як складову частину, до господарського механізму ринкової економіки;

розробити та затвердити в установленому порядку положення про порядок організації професійної реабілітації інвалідів в Україні; про республіканський, міжрегіональний, регіональний, міський та районний центри професійної реабілітації інвалідів; визначити приблизний перелік професій і спеціальностей для працевлаштування інвалідів з різною патологією;

розробити та реалізувати довгострокові та короткострокові державні та регіональні програми (плани) щодо професійної реабілітації та зайнятості інвалідів на підприємствах і в організаціях незалежно від форм власності й виду діяльності;

вжити заходи щодо поліпшення організації та здійснення професійної реабілітації інвалідів на регіональному й місцевому рівнях з посиленням її соціально-економічної спрямованості;

підвищити відповідальність Фонду соціального захисту інвалідів за створення в повному обсязі роботодавцями робочих місць згідно квоти, встановленої чинним законодавством для інвалідів, та їх працевлаштування посилити державний контро за використання коштів Фонду;

удосконалити механізм ведення державного обліку інвалідів з метою об'єктивного визначення кількості інвалідів, які потребують професійної реабілітації та працевлаштування, проведення державної реєстрації організацій, що її здійснюють, а також відповідного інформаційного забезпечення зацікавлених сторін.

Державна політика у сфері професійної підготовки інвалідів включає розробку та впровадження Концепції рівних можливостей для інвалідів у всіх сферах, в тому числі у сфері трудових відносин через здійснення низки активних заходів, які сприятимуть підвищенню статусу інвалідів, освітнього та професійного рівня та рівня їх конкурентоспроможності на ринку праці.

Реалізація поставлених завдань передбачає розробку та здійснення таких заходів:

забезпечити на законодавчому рівні підвищення конкурентоспроможності осіб з інвалідністю на основі розвитку механізму підготовки кадрів за державним замовленням у вищих та професійно-технічних закладах; адекватного вимогам ринку праці;

збільшити рівень охоплення інвалідів професійним навчанням у спеціалізованих навчальних закладах шляхом розширення їх мережі, зокрема, за рахунок центрів професійної реабілітації для навчання тих інвалідів, вад яких перешкоджають їм навчатися у звичайних умовах;

створити ефективно діючу систему безперервного навчання інвалідів з метою підвищення їх соціального захисту та забезпечення професійного навчання;

розробити та впровадити спеціальні програми професійного навчання інвалідів, в тому числі орієнтовані на підприємницьку діяльність, самозайнятість;

збільшити використання в процесі професійного навчання інвалідів нових форм та методів навчання, зокрема модульного, дистанційного, які розширюють можливості отримання професійної освіти громадянам з інвалідністю;

розширити перелік професій та спеціальностей для навчання інвалідів відповідно до потреб регіональних ринків праці та можливостей інвалідів;

забезпечити збалансованість професійно-кваліфікаційної структури професійної підготовки інвалідів на основі аналізу і прогнозу потреб ринку праці у відповідних категоріях працівників та коригування структури професійного навчання з урахуванням потреб роботодавців;

удосконалити співпрацю між усіма інституціями системи професійного навчання, органами соціального захисту інвалідів та органами праці, службою зайнятості, громадськими організаціями інвалідів, Фондом соціального захисту інвалідів;

запровадити систему постійного моніторингу розвитку системи професійного навчання інвалідів та їх подальшого працевлаштування, удосконалити державну статистичну звітність з питань професійної реабілітації та зайнятості інвалідів;

підвищити ефективність професійного навчання інвалідів шляхом стажування на спеціалізованих робочих місцях та за індивідуальною формою навчання;

підвищити рівень інформаційного забезпечення інвалідів щодо можливостей одержання вищої та професійно-технічної освіти;

розвивати професійну орієнтацію осіб з обмеженими фізичними можливостями з метою підвищення їх мотивації до трудової діяльності за професіями, спеціальностями, що користуються попитом на регіональних ринках праці. Проведення такої роботи серед інвалідів має бути покладено на Міністерство охорони здоров'я. Міністерство освіти й науки та Міністерство праці та соціальної політики України, Державну службу зайнятості, в системі яких мають бути працівники, відповідальні за цю роботу;

запровадити постійну практику надання МСЕК розширених рекомендацій щодо професійної реабілітації інвалідам, які бажають і можуть працювати, в тому числі щодо умов праці та характеру роботи, яку здатен виконувати кожен інвалід, з урахуванням нозології його захворювання у розділі "Професійна реабілітація" індивідуальної програми соціальної професійної реабілітації інваліда.

3.3. Стимулювання створення робочих місць для інвалідів.

Робочим місцем інваліда слід вважати окреме робоче місце або ділянку виробничої площі на підприємстві (об'єднанні), в установі та організації (далі – підприємство) незалежно від форм власності та господарювання, де створено необхідні умови для праці інвалідів. Робочим місцем інваліда може бути:

- звичайне робоче місце, яке за умовами праці та з урахуванням фізичних можливостей інваліда може бути використано для його працевлаштування;
- спеціалізоване робоче місце інваліда – робоче місце, обладнане спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інваліда залежно від фізичних вад чи нозологічних форм захворювання та з урахуванням рекомендації медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), професійних навичок і знань інваліда. Таке робоче місце може бути створено як на виробництві, так і вдома.

Робоче місце інваліда вважається створеним, якщо воно відповідає встановленим вимогам робочого місця для інвалідів відповідної нозології, атестовано спеціальною комісією за участю представників МСЕК, органів Держнагляду охорони праці України, громадських організацій інвалідів і введено в дію шляхом працевлаштування на ньому інваліда.

Виконанню суб'єктами господарювання встановлених нормативів щодо працевлаштування інвалідів сприятиме, на наш погляд, розроблення та розглядання у встановленому порядку Закону України «Про порядок виконання

нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів та внесення обов'язкових платежів за їх невиконання».

Слід враховувати, що наказом Держкомстату від 6.07.1998 р. № 244, який зареєстровано в Мінюсті 11 17.07.1998 р. за № 464 / 2904, стверджено державну статистичну звітність форма № 3-ПН „Звіт про наявність вільних робочих місць (вакантних посад) та потребу в працівниках”. Вказана вище форма містить відомості про наявність на підприємствах вільних робочих місць (вакантних посад), в тому числі для працевлаштування інвалідів. Наказом Мінпраці від 25.03.2002 р. № 169, який зареєстровано в Мінюсті 19.04.2002 р. за № 378 / 6666, затверджено Порядок видачі довідки про чисельність працюючих інвалідів та загальну чисельність працюючих на підприємстві та в організації громадської організації інвалідів.

Стратегія забезпечення рівних можливостей для працевлаштування інвалідів, по-перше, не повинна суперечити основним положенням національної політики та законодавства України. По-друге, має сповідувати принцип провідної ролі, що стверджувало б норми відповідних конвенцій МОП, зокрема Конвенції № 159. Але не виключена можливість внесення обґрунтованих на практиці та сформульованих у загальному контексті змін і доповнень до окремих законодавчих та нормативних актів.

Створення робочих місць для інвалідів в Україні регламентується відповідним законодавством, в якому провідне значення мають Закон “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”[19] та Положення «Про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів» від 03.05.1995 року за № 314 із змінами й доповненнями від 10.01.2002 року [48]. В положенні сформульоване поняття робочого місця для інваліда, виділене звичайне і спеціалізоване робоче місце.

Місцеві органи соціального захисту населення разом із громадськими організаціями інвалідів з урахуванням рекомендацій МСЕК, побажань інвалідів, їхніх професійних навичок і знань готують пропозиції щодо створення нових робочих місць, в тому числі для роботи з гнучкими формами

зайнятості, і передають їх відділенням Фонду соціального захисту інвалідів і центрам зайнятості. Підприємства розробляють заходи щодо створення робочих місць для інвалідів, включають їх до колективного договору, інформують центри зайнятості, місцеві органи соціального захисту населення та відділення Фонду соціального захисту інвалідів про створення (пристосування) робочих місць для працевлаштування інвалідів. Центри зайнятості та відділення Фонду соціального захисту інвалідів ведуть облік призначених для працевлаштування інвалідів робочих місць, створюваних понад встановлений норматив, за термінами введення їх у дію, виробничим профілем, умовами та характером роботи.

Атестація робочих місць. Як показують проведені дослідження, атестація робочого місця інваліда проводиться безсистемно, методичні підходи до оцінки робочого місця з точки зору його пристосування до роботи інваліда принципово різні, більшість з них не відображає специфіки працевлаштування інваліда. Для звичайного робочого місця інваліда особливих вимог до його оснащення не виникає і воно вважається обладнаним відповідно до типової посадової інструкції і режиму роботи (включаючи гнучкі умови праці), встановленими для інших робітників. У випадку працевлаштування інваліда на спеціалізоване робоче місце необхідний особливий порядок його атестації. Найбільш близьким до нього є механізм атестації робочих місць для професій із шкідливими і важкими умовами роботи, що дають право на пільгові пенсії за списками № 1 і № 2. Однак ця схема на практиці не зовсім підходить для атестації спеціалізованих робочих місць для інвалідів тому, що ці робочі місця розраховані на робітників без обмежень фізичних можливостей; вони не передбачають створення спеціальних умов, пристосувань і т.п., що враховують психофізичні вади робітників-інвалідів. Крім того, висока вартість атестації робочого місця інваліда найчастіше ставить роботодавця перед вибором: або створювати таке робоче місце, або сплачувати штраф за невиконання встановленого законом нормативу працевлаштування інвалідів.

Удосконалення механізму атестації робочих місць для інвалідів як у межах нормативу, що передбачається відповідно до законодавства України, так і додатково до нормативу, потребує єдиного методичного підходу. При цьому юридичні й економічні підходи до атестації робочих місць для працевлаштування інвалідів у межах і понад норматив повинні бути різноманітними, особливо з огляду на те, що створення таких робочих місць понад норматив варто заохочувати. Так, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 314 підприємства в межах нормативу повинні обладнувати робочі місця для інвалідів власними коштами. Також за власні кошти вони повинні атестувати такі робочі місця. Для матеріального заохочення роботодавців при створенні понаднормативних робочих місць для інвалідів, їхні витрати в розмірах, визначених органами виконавчої влади (Мінекономіки, Держкомстатом) варто компенсувати за рахунок цільових асигнувань Фонду. Це повинне покривати видатки роботодавців не тільки на створення спеціалізованих робочих місць, але і на їхню атестацію.

Підприємства і організації громадських організацій інвалідів. До підприємств цієї групи віднесено ті, роботодавці яких згідно з чинним законодавством мають право одержувати відповідні пільги, безвідсоткові позики та інші види допомоги. Це підприємства та організації громадських організацій інвалідів, де чисельність інвалідів становить не менше 50% загальної чисельності працюючих і за умови, що фонд оплати праці таких інвалідів становить не менше 25% суми витрат на оплату праці. До них відносяться також і спеціалізовані підприємства всеукраїнських товариств сліпих і глухих (УТОС, УТОГ).

Рішення про надання дозволу стосовно підприємств і організацій громадських організацій інвалідів приймається Комісією на основі переліку необхідних затверджених документів, які подаються на її розгляд. При обсязі, меншому 8400 мінімальних заробітних плат та загальній чисельності працюючих не більше 25 чоловік, висновок щодо обґрунтованості надання пільг приймає регіональна комісія. Вивчення змісту цих документів і методики

прийняття рішень про надання дозволу свідчить про те, що висновки комісії можливо враховувати як попередню експертизу і не більше, але тільки з поправками.

Практика роботи Комісії та її регіональних структур з липня 2001 р. по теперішній час свідчить про те, що діючий механізм стимулювання роботодавця носить демократичний і адаптований до ринку характер, оскільки заявник бере участь у розгляді своїх прав на пільгове оподаткування і цільове зворотне фінансування. Його представляє будь-яка громадська організація інвалідів, яка заснувала інвалідне підприємство (не обов'язково, як було раніше, зі статусом всеукраїнської організації), а розгляд заяв має здійснюватись на конкурсній основі. Цей механізм стимулювання функціонує з дотриманням чітких норм, правил і вимог до заявника. Комісії можуть прийняти зважене об'єктивне рішення завдяки розширеному складу і компетентності своїх членів. Разом з тим, комісії приймають за однією схемою два принципово різних рішення: надання пільг з оподаткування і право на отримання у Фонді України соціального захисту інвалідів (далі – Фонд) цільового фінансування.

Що стосується отримання права на пільги з оподаткування, на наш погляд, воно надто зарегламентоване і бюрократичне. На нашу думку, право автоматично отримувати пільги з оподаткування в перспективі повинно мати будь-яке підприємство, що відповідає статусу інвалідного, після узгодження з податковою адміністрацією по місцезнаходженню його юридичної особи. Природно, передбачається відповідальність за користування пільгами згідно з законодавством України. Тим більше, що така норма вже діє по обов'язковим платежам з фонду заробітної плати. Так, збір на обов'язкове державне пенсійне страхування визначається за ставкою 4% суми фактичних витрат на оплату праці для всіх працівників цих підприємств замість 32%. Збір на обов'язкове соціальне страхування: окремо 0,7% суми фактичних витрат на оплату праці працівників – інвалідів та 2,9% суми фактичних витрат на оплату праці інших

працівників; для роботодавців (УТОГ і УТОС) – 0,5% суми фактичних витрат на оплату праці всіх найманих працівників.

Зовсім інший підхід має бути щодо права отримання цільової фінансової допомоги. Практика діяльності Фонду України соціального захисту інвалідів та інших державних фондів переконливо засвідчує, що неповернення, несвочасне повернення та нецільове використання грошових коштів, скоріше, є правилом, ніж винятком. Сьогодні порядок надання фінансової допомоги не визначає персональної відповідальності за її цільове використання й повернення в установлені строки і повному обсязі. Якість бізнес-планів заявника розглядається в «загальних рисах». Гарантіям повернення коштів з боку власника ліквідного і застрахованого майна чи іншого заставодавця належної уваги не приділяється і не може приділятися при сьогоднішньому порядку обговорювання проектів з організації робочих місць для інвалідів. Незалежних спеціалістів-експертів Комісія та її регіональні відділення не мають і до роботи вони не залучаються. Тобто діючий сьогодні порядок надання фінансової допомоги практично не змінився.

По-перше, тому що регіональні та державна комісії займаються, переважно, наданням дозволів на пільги. В офіційних Положеннях про Комісію (регіональні комісії) основними їхніми завданнями є визначення доцільності надання державної допомоги, але не контроль та відповідальність стосовно її використання.

По-друге, як і раніше, Фонд за рекомендаціями Комісії надає позики і контролює їхнє цільове використання згідно з пунктом 4.8 нового Положення про Фонд соціального захисту інвалідів, який затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 26.09.02 р. № 1434.

По-третє, діючий «Порядок надання цільової фінансової позики (на зворотній основі) на створення робочих місць підприємствам громадських організацій інвалідів» (для державної Комісії), та «Порядок надання висновку – пропозиції регіональної (територіальної) Комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів щодо

обґрунтованості пільг» можна розцінювати як попередню експертизу і не більше. Така експертиза дозволяє лише рекомендувати, а не відповідати за використання коштів.

По-четверте, сьогодні, коли можливості одержання фінансової допомоги та позики у великих розмірах стає реальністю, від якісної експертизи залежить успіх реалізації багатомасштабних проектів. Тим паче, що діючі регламенти зобов'язують Фонд проводити експертизу. Однак Фонд її не проводить не може проводити через відсутність не тільки методичної бази, а й експертів, які не в змозі зробити якісні висновки на рівні комплексної експертизи.

Врешті-решт відповідальність за використання державних коштів несе Фонд, але знеособлено, тому зобов'язання з позичальника списуються систематично. Методичний недолік в цьому питанні полягає в тому що функціональні обов'язки експертів виконують члени державної (територіальної) комісії, які не мають сертифікату експерта. Якість висновків при цьому залежить від кваліфікації особи, яка докладає на Комісії про доцільність відкриття фінансування або видачі кредиту. Тому під час прийняття рішення щодо доцільності фінансування конкретного проекту необхідно враховувати наступне:

1. Методи, що застосовуються, орієнтують на повернення інвестицій за рахунок чистого прибутку заявника проекту. Але його формування в справжніх податкових умовах України ускладнено. Тому необхідним є використання механізму прискореної амортизації, який не знижує конкурентоспроможності інноваційної продукції у зв'язку зі зростанням її собівартості, а звідси й ціни.

2. Проблема оцінки ризиків проектного рішення, на відміну від фінансової допомоги з боку Фонду соціального захисту інвалідів настає в разі одержання інвалідним підприємством кредиту з будь-якого джерела за своєю суттю безпосередньо пов'язана з ідентифікацією проектної документації. Це потребує вивчення місцевих вимог реалізації проекту, вивчення характеристики інвалідного підприємства. Подібна робота проводиться експертами неякісно. Тому ризикові події можуть наступити через

невивченість об'єкта впровадження, який може бути неплатоспроможний. Особливо це властиво для випадків коли підприємство одержує фінансову допомогу, що не потребує застави. Але в випадках неповернення кредиту настає матеріальна відповідальність одержувача кредиту.

3. Експерти під час оцінки втрат за ризиковими подіями недостатньо враховують такі помилки, що допускаються проектантами в бізнес-планах та супроводжувальних розрахунках: справжня вартість інвестицій та очікуваний прибуток не дисконтуються за фактором часу; не враховуються наслідки інфляції, хоча навіть у країнах зі стійкою економікою закладаються інфляційні коефіцієнти; фізичне й моральне старіння інноваційної продукції встановлюється без порівняння з міжнародними аналогами і стандартами; супутні витрати, особливо на узгодження проекту із різноманітними службами, занижені в 2-3 рази; маркетингові й соціологічні дослідження примітивні; питання патентного захисту, сертифікації і ліцензування в бізнес-планах найчастіше відсутні; атестація запроектованих робочих місць не відповідає рекомендаціям МОП і Державного Комітету України по охороні праці.

4. Нині все більшого значення отримує оцінка ризику неповернення коштів, що інвестуються, на основі всього грошового потоку (амортизаційний фонд плюс прибуток від усіх видів діяльності інвестора), а також інших можливих грошових надходжень від реалізації проекту, що повинні знайти юридичне обґрунтування в документах позичальника. Інвестор також може вимагати документи з аналізу фінансової стійкості підприємства – заявника. Для порівняння розрахунків грошовий потік у будь-якому варіанті розрахунків повинен дисконтуватись за фактором часу відповідно до загальновідомих алгоритмів.

5. Вади діючого механізму посилюються тим, що згідно зі ст. 7 Закону України «Про власність» власник не відповідає по зобов'язанням створених ним юридичних осіб. Тобто, засновник інвалідного підприємства, яким є громадська організація інвалідів, відповідає по зобов'язанням заснованого нею інвалідного підприємства тільки в розмірі свого внеску до статутного фонду цього

підприємства. Водночас, громадські організації інвалідів, як правило, не роблять внесків до статутного фонду створених ними підприємств. Ігнорується і ст. 9 Закону України «Про підприємства в Україні» [31], згідно з якою в статуті підприємства має бути зазначено, хто є власником підприємства і кому належить його майно.

6. Практика свідчить, що найбільш ефективною схемою захисту інвестицій від ризиків є нотаріально оформлені гарантії повернення кредиту під заставу застрахованого ліквідного майна заявника проекту, або гарантії резидентів-власників, до яких, до речі, належать і Ради всіх рівнів. Наприклад, гарантії повернення кредиту органів виконавчої влади знаходяться поза правовим полем.

Підприємства у звичайному режимі. Не менш важливим, з точки зору вдосконалення механізму стимулювання роботодавця, є аналіз практики функціонування звичайних (які не мають статусу інвалідного) підприємств. Чисельність працюючих інвалідів на цих підприємствах визначено раніше згаданим Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Акцентуємо увагу на тому, що на підприємствах звичайного режиму працевлаштовані інваліди становлять більш як 80% усіх працюючих інвалідів. Тому це положення заслуговує на увагу.

Відповідно до цього Закону встановлено новий «Порядок сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів», затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2001 р. № 1767. Згідно з новим порядком взаємовідносин відділення Фонду можуть здійснювати перевірку відповідності рекомендаціям МСЕК посади, яку займає інвалід; установити документальне підтвердження інвалідності штатного працівника; визначити фактичну тривалість роботи інвалідів на означеному підприємстві (організації) та ступінь виконання нормативу працевлаштування інвалідів і розрахувати середньорічну заробітну плату штатного працівника; встановити суми штрафних санкцій по відношенню

до тих підприємств (організацій), в яких чисельність штатних працівників-інвалідів була меншою за розрахунковий норматив.

На відміну від раніше розглянутих законодавчих актів, які разом створюють механізм стимулювання роботодавця та створення робочих місць на інвалідних підприємствах, цей Закон встановлює норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів у розмірі 4% загальної чисельності штатних працівників підприємства будь-якої форми власності (при чисельності 8-15 осіб на одне робоче місце). Цим самим законом, як це було відмічено раніше, передбачено обов'язкові штрафні санкції для підприємств, які не виконали норматив працевлаштування інвалідів. Сума штрафів визначається в розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом. Порушення строків виплати штрафних санкцій викликає в законодавчому порядку нарахування пені з суми недоплати за кожен прострочений день.

Нагадаємо, що наше законодавство по відношенню до роботодавця на звичайному (не інвалідному) підприємстві орієнтовано, переважно, на адміністративно-силові методи впливу. На практиці це призвело до того, що взаємовідносини підприємства з Фондом (особливо, коли воно не має чи не показує прибутку) проходять довгий ланцюг (підприємство – Фонд, Арбітражний суд, органи юстиції, знову Арбітраж і повернення права Фонду на утримання, частини вартості майна чи керування ним). Реалізувати цю норму права на практиці важко. У більш вигідному становищі опиняються підприємства, які про виконання нормативу не звітують перед Фондом, оскільки зробити детальну перевірку і вплинути на них працівники Фонду практично не в змозі. Якщо при цьому врахувати, що створення спеціалізованого робочого місця для інваліда і його наступна атестація пов'язані з додатковими витратами, то на практиці керівник згоден перераховувати штрафні санкції (якщо він є законослухняним) чи взагалі не звітувати перед Фондом.

Характерна сьогодні й інша негативна тенденція, коли окремі відомства свідомо занижують середньоспискову чисельність працівників за рахунок виключення окремих категорій під час розрахунку нормативу працевлаштування інвалідів (енергетики, поштове відомство, автомобілісти і залізничники). Ця практика стає великомасштабною, що суттєво знизить надходження грошових коштів Фонду. Великі труднощі методичного та практичного характеру виникають у зв'язку з тим, що у формі державної статистичної звітності про зайнятість і працевлаштування інвалідів (Форма № 10-П, затверджена наказом Держкомстату України від 10.01.2002 р. № 49) відображається чисельність штатних працівників-інвалідів, яким, за висновками МСЕК, встановлена інвалідність, можуть займати робочі місця згідно зі штатним розписом або знову створені та атестовані у відповідному порядку робочі місця.

Створення господарських об'єднань за участю підприємств і організацій громадських організацій інвалідів. До виконання нормативу робочих місць інвалідів підприємствами (об'єднаннями), установами, організаціями, фізичними особами, які використовують найману працю, може бути зараховано забезпечення роботою інвалідів на підприємствах, в організаціях громадських організацій інвалідів шляхом створення *господарських об'єднань*. Вони створюються згідно з Господарським Кодексом України з метою координації виробничої, наукової та іншої діяльності, для вирішення спільних економічних та соціальних завдань підприємствами, установами, організаціями, фізичними особами, які використовують найману працю, та підприємствами громадських організацій інвалідів.

У разі створення господарських об'єднань виконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів для підприємств (об'єднань), установ, організацій, що використовують найману працю, пропонується наступна методика.

Виконання розрахункового нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів стосовно новоствореного господарського об'єднання визначаються за рівнянням

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^i + \mathcal{C}_{\Delta i}^3 \geq 0, \quad (1)$$

де: $\mathcal{C}_{\Delta i}^i$ – чисельність інвалідів понад 50% середньо облікової чисельності штатних працівників на інвалідному підприємстві (організації) громадських організацій інвалідів;

$\mathcal{C}_{\Delta i}^3$ – чисельність, якої не вистачає стосовно нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів для звичайних підприємств (організацій), фізичної особи, що використовують найману працю. Наприклад:

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^i = 3; \mathcal{C}_{\Delta i}^3 = -2; 3 + (-2) = 1 > 0$$

У наведеному рівнянні (1) $\mathcal{C}_{\Delta i}^i$ обчислюється за формулою

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^i = \mathcal{C}_{iП}^i - \frac{\mathcal{C}_{3П}^i \times 50}{100}, \quad (2)$$

де $\mathcal{C}_{iП}^i$ – чисельність працюючих інвалідів на підприємстві (організації) громадської організації інвалідів;

$\mathcal{C}_{3П}^i$ – загальна середньооблікова чисельність працівників на звичайному підприємстві (організації). Наприклад:

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^i = 23 - \frac{40 \times 50}{100} = 23 - 20 = 3$$

У цьому рівнянні (3. 1)

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^H = \mathcal{C}_{iП}^H - \mathcal{C}_{iН}^H \quad (3.3)$$

де $\mathcal{C}_{iП}^3$ – чисельність працюючих інвалідів на підприємстві (організації), фізичної особи, використовують найману працю;

$\mathcal{C}_{iН}^3$ – чисельність інвалідів, необхідна для виконання нормативу робочих місць з працевлаштування інвалідів для підприємств (організацій), фізичної особи, що використовують найману працю. Наприклад:

$$\mathcal{C}_{\Delta i}^H = 10 - 12 = -2$$

При створенні робочих місць слід враховувати, що основні труднощі в процесі працевлаштування інвалідів стосовно робочих місць зумовлені:

недостатністю інформації для інвалідів про робочі місця для їх працевлаштування;

недостатньою кількістю спеціалізованих робочих місць для інвалідів;

низьким рівнем зацікавленості роботодавців створювати робочі місця для інвалідів понад встановлений норматив;

відсутністю в інвалідів професії, спеціальності або її невідповідність потребам до конкретного робочого місця;

відсутністю методики атестації робочих місць для інвалідів.

Методика ризик-менеджменту. Враховуючи перелічені недоліки в інвестуванні програм реабілітації та якщо брати до уваги стан експертної роботи, то її поліпшенню має сприяти розробка і впровадження універсальної методики ризик-менеджменту інвестування реабілітаційних програм. Надалі нами пропонуються її основні положення. Важливо, щоб у такій методиці додержувалась послідовність оцінки ризиків відповідно до трьох етапів реалізації проекту: передінвестиційного, впроваджувального та експлуатаційного.

На передінвестиційному етапі проводиться ідентифікація поданих матеріалів із реальним положенням справ по проекту, обґрунтовується вибір критеріїв ефективності інвестиційного рішення. На нашу думку, при укрупнених розрахунках можна орієнтуватись на два основних критерії: відношення середньорічного прибутку та обсягу інвестицій та термін окупності проекту, їхнє застосування дасть змогу зробити оцінку: мінімального обсягу інвестицій для реалізації проекту; граничне допустимих термінів реалізації проекту; реальності графіка повернення кредиту; конкурентоспроможності проекту за показниками собівартості, рентабельності і відпускнуої ціни продукції. Розрахунок показників дозволить інвестору оцінити загальну ризикову ситуацію, крім погрози форс-мажорних обставин.

Впроваджувальний етап пов'язаний із вивченням проектно-технічної документації, що містить матеріали з науково-дослідної роботи і проектно-конструкторських робіт, патентної ситуації, Держстандартів, ТУ, вимог МОП і Держкомпраці України до робочого місця інваліда. Проводиться оцінка можливостей постачання технологічної лінії, устаткування і комплектуючих вузлів у встановлені контрактами терміни, їхньої реальної вартості, включаючи супутні витрати; власних або орендованих виробничих площ, необхідних енергетичних потужностей і комунікацій. Експерт вивчає можливість атестації робочого місця інваліда та його узгодження зі службами: санітарно-епідеміологічної, енергетичної, охорони праці і пожежної безпеки. На закінчення на даному етапі оцінюється реальність календарного плану впровадження проекту робочого місця, графіка освоєння інвестиційних коштів, терміну працевлаштування інваліда.

Експлуатаційний етап реалізації проекту визначає процес виробництва, що має знайти відображення в документації по створенню нових робочих місць, реальності розрахунку собівартості продукції відповідно до нормативів або аналогів, її рентабельності й ціни. Документація повинна містити договори про наміри або угоди на постачання сировини, матеріалів, комплектуючих, а також збут продукції, що підтверджуються результатами маркетингових і соціологічних досліджень. Крім ідентифікації цих матеріалів, експерт вивчає розгорнутий бізнес-план заявника проекту, аналізує реальність працевлаштування інваліда та графіка повернення позикових коштів. На завершення експерт знову повертається до вивчення правової основи укладеного сторонами контракту або інвестиційного договору зі створення робочих місць для інвалідів. Особлива увага приділяється оцінці вартості майна, що закладається під кредит, ліквідності фінансової стійкості підприємства-заявника і можливості покриття боргу з інших джерел.

У зв'язку з викладеним необхідно застосування принципово іншого підходу до механізму створення робочих місць, а саме шляхом стимулювання роботодавця на звичайному підприємстві, переважно на підставі використання

економічних методів. До них, насамперед, відносяться *позики і кредити* на організацію робочих місць для інвалідів, *пріоритетне право на держзамовлення* по постачанню сировини і збут продукції, *звільнення від місцевих податків і зборів* тощо. Ці пільги потрібно поширити лише на тих роботодавців, які створюють понаднормативні робочі місця для інвалідів. Реалізації цієї пропозиції сприяє ст. 20 згаданого Закону України, якою визначено, що суми штрафних санкцій, які надійшли до Фонду, слід використовувати, в тому числі, на цільові позики, на створення робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів на підприємствах у звичайному режимі. Тим більше, що ця норма права вже прописана у діючому законодавстві.

У контексті системності надалі слід також провести дослідження взаємодії Фонду та Комісії з метою ліквідації дублюючих функцій, посилення експертної роботи та підвищення відповідальності цих державних служб за використання бюджетних коштів. Згадані обставини, на нашу думку, вимагають внесення відповідних змін та доповнень до Положень про Комісію, її регіональні відділення та Фонд, а також доопрацювання діючого законодавства, що підвищувало б ефективність дії розглянутого механізму і знижувало ризик «розбазарювання» державних коштів.

Що стосується термінових заходів, то, перш за все, слід захистити ті норми права, які сьогодні закладені в чинне законодавство України. Передовсім необхідна розробка та введення в дію: оновленого положення про МСЕК; методичних рекомендацій з атестації робочих місць інвалідів; методичних положень з проведення поточних і комплексних експертиз проектів і програм з працевлаштування інвалідів; використання під час реалізації цих проектів найменш ризикового лізингового способу оновлення виробництва. Держава, по відношенню до роботодавця всіх форм власності, має проводити протекціоністську політику, поєднуючи економічні важелі з заходами морального заохочення створення робочих місць для інвалідів. Завдання щодо створення робочих місць шляхом стимулювання суб'єктів господарювання

необхідно розробляти й включати окремими розділами в цільові програми професійної реабілітації та зайнятості інвалідів, і особливо в програми соціально-економічного розвитку, програми зайнятості населення державного, територіальних й базових рівнів. Для реалізації програм повинні бути виписані конкретні заходи в щорічних планах. Але крім економічного стимулювання щодо створення робочих місць інвалідів варто використовувати й моральні важелі заохочення. Зокрема, при проведенні Всеукраїнського конкурсу на звання «Кращий роботодавець року» до переліку показників, за якими здійснюватимуться проведення підсумків, рекомендуємо включати такий показник, як рівень (відсоток) виконання встановлених нормативів з працевлаштуванням інвалідів. При організації й проведенні Міжнародного дня інвалідів необхідно відзначати ті підприємства, що постійно виконують встановлені нормативи з працевлаштування інвалідів, протягом не менш як трьох попередніх звітних років, а їх керівників нагороджувати почесними грамотами, подарунками тощо.

Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації спільно з представниками органами місцевої виконавчої влади, роботодавців, громадських організації інвалідів повинні систематично проводити «Круглі столи» з питань виконання підприємствами, установами організаціями різних форм власності й господарювання, відомчого підпорядкування, встановлених нормативів з працевлаштування інвалідів.

Інформаційна база інвалідів та інвалідності. З метою підвищення рівня зайнятості й рівня працевлаштування інвалідів та скорочення масштабів безробіття серед інвалідів передбачається створити Єдину інформаційну базу даних інвалідів, яка складається з трьох взаємопов'язаних складових:

- а) єдиного банку даних інвалідів, який містить кількісні та якісні характеристики інвалідів, які бажають працювати;

- б) банку даних робочих місць для працевлаштування інвалідів, який акумулює інформацію про кількісний та якісний склад робочих місць, на яких можна використовувати працю інвалідів;
- в) системи постійного моніторингу процесів зайнятості та працевлаштування інвалідів з метою інформаційного та аналітичного обслуговування основних напрямів процесів зайнятості й працевлаштування інвалідів;

підвищити роль та відповідальність Державної служби зайнятості у працевлаштуванні інвалідів, створивши при центрах зайнятості структурний підрозділ, який має займатися питаннями професійної орієнтації, професійного навчання та працевлаштування інвалідів;

посилити співпрацю при вирішенні питань професійної реабілітації інвалідів та їх працевлаштування між МСЕК, органами праці та соціального захисту населення, Фондом соціального захисту інвалідів, службою зайнятості, громадськими організаціями інвалідів, роботодавцями з метою координації та консолідування спільних зусиль на вирішення завдань щодо створення дієвої системи сприяння працевлаштуванню інвалідів, особливо випускників навчальних закладів з числа інвалідів:

створити ефективну систему підтримки підприємницької ініціативи інвалідів, в тому числі шляхом доступності кредитів;

узгоджувати заходи з професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів з місцевими (річною та п'ятирічною) програмами зайнятості населення;

розробити цільові місцеві програми щодо забезпечення зайнятості інвалідів із залученням різних джерел фінансування;

збільшити за рахунок встановленого нормативу кількість робочих місць фахівців з вищою освітою та кваліфікованих робітників для працевлаштування інвалідів;

розробити та запровадити для кожного інваліда розширену редакцію індивідуальної програми професійної реабілітації, яка включатиме профорієнтацію та рекомендації з урахуванням професійної орієнтації інвалідів

на здобуття професії та потреб ринку праці, із залученням лікарів, педагогів, соціальних працівників;

розробити методику атестації робочого місця інваліда та типових документів, які видаються в ході атестації робочого місця, призначеного для працевлаштування інваліда;

розробити та запровадити податково-кредитний механізм, спрямований на стимулювання створення (роботодавцями) робочих місць для осіб з обмеженими фізичними можливостями, в тому числі додаткових, понад встановлений норматив;

реалізувати політику ефективної підтримки надомної праці та самозайнятості інвалідів;

розмежувати розмір встановленого нормативу для працевлаштування інвалідів окремо для державних підприємств та приватного бізнесу;

надавати інвалідам, які бажають відкрити власну справу, консультативну, організаційну, фінансово-економічну допомогу з питань відкриття та підтримки власного бізнесу, розробити механізм надання інвалідам безпроцентних позик з Фонду соціального захисту інвалідів на відкриття ними власної справи та підтримку власного бізнесу; передбачати в подальшому створення та збереження робочих місць для працевлаштування інвалідів на спеціалізованих підприємствах, збільшивши їх кількість, удосконалити механізм державної підтримки підприємств громадських організацій інвалідів шляхом збільшення державної допомоги у вигляді кредитування та розміщення державного замовлення;

здійснити комплекс заходів зі сприяння трудовій зайнятості інвалідів, зокрема в західних областях України, створити умови для розвитку малого бізнесу, зокрема національних промислів і ремісництва;

вдосконалити систему професійної орієнтації інвалідів з урахуванням потреб місцевих ринків праці;

розвивати підприємництво і малий бізнес у сфері послуг (з урахуванням регіональної специфіки) з метою розширення сфери прикладання праці інвалідів;

розширити регіональні банки вакансій за рахунок більш повного надання роботодавцями даних про вільні робочі місця для інвалідів в територіальні служби зайнятості.

Висновки до розділу 3

В результаті проведеного дослідження і узагальнення отриманих результатів запропоновано *напрямки формування структури механізму створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів (СППІ)*. Підтверджено необхідність розробки єдиної, незалежно від вікових ознак, Концепції соціально-професійної реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я та використання її як основи розбудови цілісної реабілітаційної системи.

Запропоновано створення *Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів* під патронатом Міністерства праці та соціальної політики України, яка має стати дорадчим органом, що утворюється для координації роботи зі створення цілісної системи реабілітації інвалідів та забезпечення її результативності; визначено *завдання та права* діяльності Ради.

Обґрунтовано необхідність внесення окремих змін та доповнень в законодавчі акти, що стосуються соціально-професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів. Зокрема, обґрунтовано необхідність внесення змін до Законів України «Про розмір внесків на деякі види соціального страхування», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», Указу Президента України «Про внесення змін до Указу Президента України від 03.07.1998 р. «Про спрощену систему оподаткування, обліку та звітності суб'єктів малого підприємництва», до податкового кодексу України тощо. Зокрема, запропоновано впровадження системи пільг для підприємств, що перевищують

встановлені нормативи працевлаштування інвалідів; скасування податку на додану вартість та зміни щодо оподаткування прибутку підприємств інвалідів; обґрунтовано необхідність розробки пакету нормативно-правових документів щодо спрощеного порядку реєстрації малих підприємств інвалідів та ін. Запропоновано розробку та впровадження Закону України «Про порядок виконання нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів та внесення обов'язкових платежів за їх невиконання».

Систематизовано шляхи фінансування заходів соціально-професійної реабілітації інвалідів за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, коштів державного і місцевих бюджетів, коштів підприємств громадських організацій інвалідів.

Запропоновано напрямки удосконалення професійної підготовки інвалідів: інтенсифікація використання існуючих установ для ефективної реабілітації та професійного навчання; пошук і використання нових шляхів, форм і методів професійної підготовки; розробка навчальних програм для роботи з інвалідами за такими спеціальностями, як сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, фізична реабілітація, оліофренопедагогіка і т.п.

Обґрунтовано доцільність використання обов'язкової квоти професійної та фахової підготовки інвалідів у навчальних закладах всіх рівнів, з орієнтацією на сучасні форми навчання (відкрите, гнучке та дистанційне навчання); з адаптацією освітніх програм на самозайнятість та підприємницьку діяльність; орієнтацією на інформаційно-консультативну допомогу й професійну орієнтацію у виборі професії (спеціальності). Пропонується розширити обсяги професійної підготовки інвалідів на дому, якщо вони не в змозі відвідувати школу чи навчальний заклад, збільшити обсяги підготовки на спеціалізованих підприємствах громадських організацій інвалідів з орієнтацією на найбільш затребувані професії (спеціальності) на ринку праці, які визначено в роботі.

Запропоновано напрямки удосконалення методики атестації робочих місць інвалідів. Апробовано методику ризик-менеджменту для оцінки ризиків

на передінвестиційному, впроваджувальному та експлуатаційному етапах реалізації проектів створення робочих місць для інвалідів. Рекомендовано створення господарських об'єднань на базі звичайних підприємств і підприємств громадських організацій інвалідів з метою виконання нормативу працевлаштування інвалідів та покращення їх професійної підготовки. Запропоновано стимулювання роботодавців зі створення робочих місць для інвалідів на підставі переважно економічних методів: позики і кредити на організацію робочих місць для інвалідів, пріоритетне право на держзамовлення з постачання сировини і збуту продукції, звільнення від місцевих податків і зборів (для тих роботодавців, які створюють понаднормові робочі місця) та ін. Враховуючи складну ситуацію, яка сьогодні панує стосовно інвалідів на ринку праці, в дисертації обґрунтована необхідність регулювання їх зайнятості шляхом постійного розв'язання комплексу визначених в роботі завдань, котрі повинні включатися в окремі розділи в програми соціально-економічного розвитку зайнятості та соціально-професійної реабілітації інвалідів.

Оскільки особливого значення для розбудови цілісної системи реабілітації інвалідів має створення підсистеми моніторингу та інформаційного забезпечення як передумови забезпечення дієвості реабілітаційного процесу в цілому, з метою підвищення рівня зайнятості й працевлаштування інвалідів та скорочення масштабів безробіття серед даної категорії запропоновано створення Єдиної бази даних інвалідів, яка складається з трьох взаємопов'язаних складових: єдиного банку даних інвалідів, якій містить кількісні та якісні характеристики інвалідів, що бажають працювати; банку даних робочих місць для працевлаштування інвалідів; системи постійного моніторингу процесів зайнятості та працевлаштування інвалідів.

Отже, наведений механізм сприятиме створенню цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів з метою їх інтеграції до суспільного життя та гідної трудової зайнятості.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено вирішення важливої наукової задачі розробки концептуальних основ соціально-професійної реабілітації інвалідів і визначення основних напрямків і організаційно-економічних засад розробки механізму СПРІ.

У результаті проведеного дослідження зроблено такі висновки.

1. На основі дослідження соціально-економічних та інституціональних основ інтеграції інвалідів у суспільне життя зроблено висновок щодо необхідності удосконалення соціально-реабілітаційного процесу даної категорії громадян, що вимагає розробки відповідного *системного наукового підходу* до побудови *цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів* засадах принципів концептуальності, єдності компонентів системи, керованості, міжвідомчої координації та взаємодії.

2. Розроблено *функціонально-компонентну структуру і структурно-функціональну схему цілісної системи реабілітації інвалідів* шляхом їх соціально-професійної реабілітації та розширення зайнятості, що складають основу системного підходу до визначення змісту процесу соціально-професійної реабілітації інвалідів. В дисертації вперше реабілітаційний процес представлений як цілісна керована система із своїми об'єктами й суб'єктами управління. На вході системи знаходяться притаманні інвалідові загальні характеристики, пов'язані зі станом його здоров'я, віком, статтю, особистісними властивостями. На виході системи – характеристики конкретного інваліда, які відповідають, з одного боку, рекомендаціям МСЕК, з іншого, вимогам ринку праці стосовно конкретного робочого місця чи посади. Акцентовано увагу на ознаках цілісності системи реабілітації інвалідів у вигляді відповідних атрибутів: цільова функція (кінцевий результат реабілітаційного процесу – гідна трудова зайнятість); системно-компонентний атрибут (склад основних етапів реабілітаційного процесу); структурно-функціональний атрибут (внутрішня організація процесу реабілітації та функції

окремих компонентів відносно цільової функції); атрибут комунікативності, який визначає зовнішні та зворотні зв'язки.

3. Визначено *методологічні принципи результативного функціонування системи соціально-професійної реабілітації інвалідів*: науковості та використання правил і стандартів реабілітації; дотримання рекомендації МСЕК, в сфері психологічної підтримки та профорієнтації; врахування особистісних рис інваліда та використання індивідуального підходу до нього; раннього початку реабілітаційних заходів і комплексності реабілітаційних програм; поетапності, послідовності та безперервності у реабілітаційному процесі; гідної зайнятості; економічності.

4. Аналіз діючої системи реабілітації інвалідів в Україні свідчить про наявність тенденції до скорочення загальної кількості пенсіонерів - інвалідів при збільшенні питомої ваги дорослих інвалідів за рахунок збільшення кількості інвалідів III групи, яка є найбільш потенційно придатною для працевлаштування. Зазначена тенденція спостерігалась у переважній більшості регіонів України, за винятком Запорізької, Полтавської, Сумської, Харківської та Чернігівської областей, для яких є характерною тенденція до зменшення чисельності дорослих інвалідів. За кількістю дорослих інвалідів лідирують Донецька, Дніпропетровська, Львівська, Харківська, Одеська області та м. Київ. Встановлено, що серед складових існуючої системи реабілітації інвалідів в Україні найменш розвинутою є підсистема «професійна орієнтація».

5. Зроблено висновок, що обов'язковою умовою результативності системи реабілітації інвалідів є її *цілісність* як обов'язковість наявності всіх підсистем реабілітаційного процесу (реабілітаційної індустрії; ранньої медичної соціальної та допрофесійної реабілітації дітей-інвалідів; психологічної підтримки та професійної орієнтації; професійної підготовки; працевлаштування та зайнятості; моніторингу та інформаційного забезпечення). Обґрунтовано, що особливого значення для розбудови цілісної системи реабілітації інвалідів має створення *підсистеми моніторингу та інформаційного забезпечення* як передумови забезпечення дієвості реабілітаційного процесу в цілому.

6. Результати дослідження свідчать, що професійна підготовка відбувається в обсягах, недостатніх для усунення дискримінації щодо даної категорії громадян та їх включення до суспільного життя: рівень охоплення інвалідів професійним навчанням складає 0,2 %. Виявлено пріоритетні напрямки у впровадженні профорієнтаційних послуг та подальшого працевлаштування інвалідів. Засвідчено безумовний зв'язок росту рівня зайнятості інвалідів зі зростанням рівня фахової підготовки та конкурентоздатності інвалідів на ринку праці.

7. В результаті аналізу стану професійної підготовки як основної складової системи соціально-професійної реабілітації інвалідів, динаміки працевлаштування та зайнятості інвалідів в системі їх соціально-професійної реабілітації зроблено висновок щодо недосконалості діючого порядку реабілітації інвалідів, про що свідчать низькі показники рівня охоплення інвалідів професійним і фаховим навчанням (0,2% та 0,5%), створення для даної категорії робочих місць (недовиконання «Національної програми професійної реабілітації і зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки» в частині створення нових робочих місць – на 12%, в частині збільшення чисельності працюючих інвалідів – на 13%), працевлаштування та зайнятості (питома вага працюючих інвалідів у чисельності дорослих інвалідів становить 15,4%, питома вага безробітних серед осіб з інвалідністю становить майже 73%), причинами чого виступають недосконалість законодавства, різночитання правових норм, скрутний фінансовий стан як звичайних підприємств, так і підприємств громадських організацій інвалідів, відсутність зацікавленості роботодавців у створенні робочих місць.

8. Зроблено висновок щодо необхідності розробки *механізму створення цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів*, напрямками формування структури якого визначено такі: інституційне та фінансове забезпечення СПРІ; удосконалення професійної підготовки інвалідів; стимулювання створення робочих місць для інвалідів. З метою координації роботи зі створення цілісної системи реабілітації інвалідів та забезпечення

результативності її дії запропоновано створення *Міжвідомчої координаційної ради з питань соціально-професійної реабілітації інвалідів* під патронатом Міністерства праці та соціальної політики України.

9. Обґрунтовано необхідність розробки та впровадження Закону України «Про порядок виконання нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів та внесення обов'язкових платежів за їх невиконання», необхідність внесення змін до Законів України «Про розмір внесків на деякі види соціального страхування», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», Указу Президента України «Про внесення змін до Указу Президента України від 03.07.1998 р. «Про спрощену систему оподаткування, обліку та звітності суб'єктів малого підприємництва», до податкового кодексу України тощо. Зокрема, запропоновано впровадження системи пільг для підприємств, що перевищують встановлені нормативи працевлаштування інвалідів; скасування податку на додану вартість та зміни щодо оподаткування прибутку підприємств інвалідів; обґрунтовано необхідність розробки пакету нормативно-правових документів щодо спрощеного порядку реєстрації малих підприємств інвалідів та ін.

10. Систематизовано шляхи фінансування заходів соціально-професійної реабілітації інвалідів за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття, коштів державного і місцевих бюджетів, коштів підприємств громадських організацій інвалідів.

11. У якості *напрямків удосконалення професійної підготовки інвалідів* визначено такі: інтенсифікація використання існуючих установ для ефективної реабілітації та професійного навчання; пошук і використання нових шляхів, форм і методів професійної підготовки; розробка навчальних програм для роботи з інвалідами за спеціальностями сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, фізична реабілітація, оліофренопедагогіка і т.п. Обґрунтовано, що підвищення конкурентоздатності інваліда на ринку праці, ефективність та стабільність трудової діяльності інваліда прямо залежить від вільного, усвідомленого і

цілеспрямованого вибору інвалідом професії та сфери зайнятості. За необхідне вбачається досягнення інвалідами того професійно-кваліфікаційного рівня, який забезпечуватиме вимоги роботодавців, що в значній мірі залежить від своєчасного і обґрунтованого вибору або зміни інвалідами професії, спеціальності, виду діяльності, а також психологічної готовності до праці. Розглянуто впровадження повноцінного моніторингу та інформаційного забезпечення як обов'язкової компоненти (підсистеми) у цілісній реабілітаційній системі. Обґрунтовано необхідність в отриманні вже на початковому етапі професійної реабілітації якісної і професійно проаналізованої інформації «зворотного зв'язку», що дозволяє не тільки детальніше і об'єктивніше оцінювати ефективність задіяного механізму профорієнтації, а і досягати максимальної стабільності трудової діяльності вже працевлаштованого інваліда.

12. Запропоновано стимулювання роботодавців зі створення робочих місць для інвалідів на підставі переважно економічних методів, а також створення системи підтримки підприємницької ініціативи самих інвалідів. З метою стимулювання створення робочих місць для працевлаштування інвалідів рекомендовано утворення господарських об'єднань на базі звичайних підприємств і підприємств громадських організацій інвалідів з метою виконання нормативу працевлаштування інвалідів та покращення їх професійної підготовки; створення *Єдиної бази даних інвалідів* (єдиного банку даних інвалідів, якій містить кількісні та якісні характеристики інвалідів, що бажають працювати; банку даних робочих місць для працевлаштування інвалідів; системи постійного моніторингу процесів зайнятості та працевлаштування інвалідів) як передумови забезпечення дієвості реабілітаційного процесу в цілому, з метою підвищення рівня зайнятості й працевлаштування інвалідів та скорочення масштабів безробіття серед даної категорії громадян.

Додатки

Додаток Б

Зростання чисельності інвалідів в динаміці за 1994-2005 роки

Територія	1994 рік	1995 рік	1996 рік	1997 рік	1998 рік	1999 рік	2000 рік	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік	Темп зростання гр.12 до гр.1, одиниць
	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	Чисельність інвалідів, тис. осіб	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Україна, всього	2179,0	2260,6	2318,9	2375,4	2430,7	2471,6	2509,5	2571,0	2675,0	2594,4	2462,2	2495,2	1,15
АР Крим	86,9	94,5	93,5	109,8	108,7	112,7	116,9	125,1	132,4	127,8	116,0	116,3	1,33
Вінницька	91,9	91,9	94,0	95,5	97,4	100,6	104,4	108,6	114,4	108,4	101,0	103,8	1,12
Волинська	56,4	59,1	61,1	63,0	64,2	65,3	66,1	67,3	67,6	65,8	66,5	66,4	1,17
Дніпропетровська	141,3	141,1	143,0	146,4	153,8	160,8	163,3	168,1	172,8	168,6	156,3	157,8	1,11
Донецька	214,8	229,5	233,2	235,9	242,6	246,6	244,1	248,2	250,4	244,3	235,6	239,7	1,11
Житомирська	73,7	75,4	76,7	78,1	80,8	81,5	82,3	86,4	90,3	85,2	82,5	85,9	1,16
Закарпатська	42,7	43,3	45,2	46,4	47,8	49,4	51,0	51,3	53,1	53,5	52,7	55,0	1,28
Запорізька	89,2	90,8	97,5	96,1	98,0	98,1	98,3	98,2	99,8	96,6	89,9	89,5	1,00
Івано-Франківськ	66,5	66,7	68,6	66,9	70,1	71,6	73,1	74,9	76,9	77,6	75,9	77,8	1,16
Київська	82,6	84,6	88,5	91,8	94,8	95,3	96,6	98,2	103,3	99,5	91,7	93,1	1,12
Кіровоградська	46,9	48,6	50,6	51,7	54,2	53,0	53,8	55,8	58,7	55,5	51,8	52,5	1,11
Луганська	140,5	140,5	135,2	135,0	131,8	130,4	127,7	127,8	127,8	120,9	108,8	109,5	0,77
Львівська	102,0	108,7	118,8	127,1	136,4	138,7	143,6	139,9	148,6	150,6	149,7	153,2	1,50
Миколаївська	47,2	47,9	48,2	49,3	50,9	52,1	55,3	58,1	60,3	60,0	57,8	59,5	1,26
Одеська	95,1	101,7	103,2	108,2	111,8	117,2	121,5	126,4	133,6	129,4	123,5	129,0	1,35
Полтавська	80,5	82,5	84,4	83,8	84,5	84,4	88,3	89,2	90,6	84,0	81,0	80,8	1,00
Рівненська	45,8	48,7	51,1	54,3	57,0	59,3	61,0	63,3	65,5	63,7	61,9	62,1	1,35
Сумська	79,6	76,7	75,7	76,4	75,5	74,2	73,4	75,1	75,2	69,5	63,6	62,5	0,78
Тернопільська	50,9	50,5	52,1	51,4	49,6	50,1	50,5	52,1	52,8	51,7	49,6	51,0	1,00
Харківська	126,6	144,5	152,0	148,2	148,7	150,1	150,8	152,8	162,0	157,3	145,6	145,4	1,14
Херсонська	50,7	53,3	53,6	54,6	54,8	55,1	55,4	55,9	58,1	55,6	51,2	50,1	1,98
Хмельницька	63,5	64,7	67,6	71,9	76,0	76,2	79,2	85,6	90,0	87,9	87,6	91,2	1,43
Черкаська	73,5	76,1	77,6	79,0	80,8	82,2	83,3	85,3	91,2	88,0	83,9	83,5	1,13
Чернівецька	32,4	32,8	33,1	33,3	34,4	37,0	38,3	40,2	41,9	40,7	39,3	40,7	1,25
Чернігівська	92,3	94,2	96,2	98,4	97,7	97,0	94,6	93,2	97,1	91,1	84,8	81,8	0,88
м. Київ	96,0	102,3	107,5	111,6	116,4	120,0	123,5	129,9	145,3	145,2	137,8	140,6	1,46
м. Севастополь	9,5	10,0	10,7	11,3	12,0	12,7	13,2	14,1	15,3	16,2	15,8	16,5	1,73

Додаток В

Розподіл вперше визнаних інвалідами у 2007 році за причинами інвалідності

	всього осіб	у тому числі		в % до підсумку		
		в міських поселеннях	в сільській місцевості		у тому числі:	
				всього	в міських поселеннях	в сільській місцевості
Визнано інвалідами	202973	142389	60584	100,0	100,0	100,0
у тому числі від нещасного випадку на виробництві та профзахворювання	6755	5759	996	3,3	4,0	1,6
від загального захворювання	176737	123465	53272	87,1	86,7	87,9
інваліди з числа військовослужбовців	4023	3307	716	2,0	2,3	1,2
інваліди з дитинства	15458	9858	5600	7,6	7,0	9,3

Додаток Д

Динаміка чисельності пенсіонерів-інвалідів в регіонах за 2001-2007 роки

Області	Чисельність пенсіонерів-інвалідів, всього осіб							Темпи зростання (до попереднього року, %)					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Україна	2659081	2676018	2594377	2462244	2495241	2449489	2442597	100,6	96,9	101,3	101,3	98,2	99,7
АР Крим	130934	132380	127844	116035	116337	116927	117354	101,1	96,6	90,8	100,3	100,5	100,4
Вінницька	112044	114432	108415	101342	103765	100121	101811	102,1	94,7	93,5	102,4	96,5	101,7
Волинська	68488	67590	65838	66505	66439	65099	65669	98,7	97,4	101,0	99,9	98,0	100,9
Дніпропетровська	173487	172755	168623	156298	157795	154152	154327	99,6	97,6	92,7	101,0	97,7	100,1
Донецька	252982	250355	244327	235636	239706	242056	240210	99,0	97,6	96,4	101,7	101,0	99,2
Житомирська	89556	90326	85155	82536	85852	82581	82514	100,9	94,3	96,9	104,0	96,2	99,9
Закарпатська	52099	53125	53468	52677	54989	53997	53215	102,0	100,6	98,5	104,4	98,2	98,5
Запорізька	101177	99777	96564	89928	89499	87180	86127	98,6	96,8	93,1	99,5	97,4	98,8
Івано-Франківська	75945	76860	77596	75909	77842	77417	76187	101,2	101,0	97,8	102,5	99,5	98,4
Київська	101130	103285	99539	91730	93106	92708	92821	102,1	96,4	92,2	101,5	99,6	100,1
Кіровоградська	57231	58727	55492	51821	52535	50157	49800	102,6	94,5	93,4	101,4	95,5	99,3
Луганська	131303	127786	120913	108752	109509	107672	106761	97,3	94,6	89,9	100,7	98,3	99,1
Львівська	144442	148609	150614	149725	153149	152635	151779	102,9	101,3	99,4	102,3	99,7	99,4
Миколаївська	59685	60321	60003	57819	59531	57085	56189	101,1	99,5	96,4	103,0	95,9	98,4
Одеська	132575	133604	129360	123532	129013	127907	128256	100,8	96,8	95,5	104,4	98,2	100,3
Полтавська	92458	90559	84017	81017	80780	77568	76219	97,9	92,8	96,4	99,7	96,0	98,3
Рівненська	64636	65532	63739	61898	62106	60859	59391	101,4	97,3	97,1	100,3	98,0	97,6
Сумська	78263	76226	69463	63582	62469	58193	57970	97,4	91,1	91,5	98,2	93,2	99,1
Тернопільська	52760	52845	51649	49626	50962	50009	50166	100,2	97,7	96,1	102,7	98,1	100,3
Харківська	158889	162046	157247	145619	145397	140285	138119	102,0	97,0	92,6	99,8	96,5	98,4
Херсонська	57609	58117	55572	51211	50074	47510	47378	100,9	95,6	92,2	97,8	94,9	99,7
Хмельницька	88068	89996	87849	87602	91174	90933	97880	102,2	97,6	99,7	104,1	100,3	107,6
Черкаська	87910	91196	97966	83858	83525	80600	80868	103,7	96,5	95,3	99,6	96,5	100,3
Чернівецька	41054	41891	40649	39247	40743	39313	39500	102,0	97,0	96,6	103,8	96,5	100,5
Чернігівська	97806	97092	91062	84751	81842	78063	77020	99,3	93,8	93,1	96,6	95,4	98,7
м. Київ	141212	145334	145243	137816	140624	141920	138552	102,9	99,9	94,9	102,0	98,4	97,6
м. Севастополь	15338	15252	16161	15772	16478	16542	16514	99,4	106,0	97,6	104,5	100,4	99,8

Додаток Е

**Динаміка чисельності інвалідів у розрахунку на
1000 населення за 2001 – 2007 роки**

	Чисельність інвалідів у розрахунку на 1000 населення						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Україна	55	56	55	52	53	53	53
Автономна Республіка Крим	65	66	64	58	59	59	60
Вінницька	64	66	63	59	61	60	61
Волинська	65	64	63	64	64	63	64
Дніпропетровська	49	49	48	45	46	45	45
Донецька	52	53	52	51	52	53	53
Житомирська	65	66	63	61	65	63	63
Закарпатська	42	42	43	42	44	44	43
Запорізька	53	52	51	48	48	47	47
Івано-Франківська	54	55	56	55	56	56	55
Київська	56	57	56	52	53	53	54
Кіровоградська	51	53	51	48	50	48	48
Луганська	52	51	49	45	46	45	45
Львівська	55	57	58	58	60	60	60
Миколаївська	47	48	48	47	49	47	47
Одеська	54	55	53	51	54	54	54
Полтавська	57	57	53	52	52	51	50
Рівненська	55	56	55	53	54	53	52
Сумська	60	60	55	51	51	48	49
Тернопільська	46	47	46	44	46	45	46
Харківська	55	56	55	51	52	50	50
Херсонська	49	50	48	45	45	43	43
Хмельницька	62	64	63	63	67	67	73
Черкаська	63	66	64	62	62	61	62
Чернівецька	45	46	45	43	45	44	44
Чернігівська	79	80	76	72	71	68	68
м. Київ	55	56	56	52	53	53	51
м. Севастополь	41	41	43	42	44	44	44

Додаток Ж

ВЫВОД ИТОГОВ								
<i>Регрессионная статистика</i>								
Множественный R	0,804834452							
R-квадрат	0,647758495							
Нормированный R-квадрат	0,61573654							
Стандартная ошибка	93,22317172							
Наблюдения	13							
Дисперсионный анализ								
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Значимость F</i>			
Регрессия	1	175797,6336	175797,6336	20,2285743	0,000905			
Остаток	11	95596,15721	8690,559746					
Итого	12	271393,7908						
	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>P-Значение</i>	<i>Нижние 95%</i>	<i>Верхние 95%</i>	<i>Нижние 95,0%</i>	<i>Верхние 95,0%</i>
Y-пересечение	2184,923567	66,24517911	32,98237844	2,37553E-12	2039,119	2330,728	2039,119	2330,728
Переменная X 1	158,1264506	35,15781569	4,497618737	0,000904749	80,74458	235,5083	80,74458	235,5083

Додаток 3

Створення робочих місць за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів для працевлаштування за 2001-2006 р.р. в регіонах

	План загальний 2001-2005 роки		План створення робочих місць			Скорегований план			Виконання плану по створенню робочих місць для працевлаштування інвалідів протягом 2001-2006 рр.								Всього ство- рено робо- чих місць для праце- влаштуван- ня інвалідів у 2001-2005	%	Виконан я плану у відсот- ках 2001- 2005 (гр.15/ гр.1), %
	одиниць	%	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2001	2002	2003	2004	2005	%	2006	%			
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Україна	12425	100,0	1998	2395	2504	3277	4715	1152	981	1460	1992	2911	3652	100,0	1276	100,0	10996	100,0	88,5
АР Крим	600	4,8	118	118	121	122	301	94	17	82	78	172	135	3,7	96	7,5	484	4,4	80,7
Вінницька	350	2,8	30	60	90	53	86	24	51	70	90	53	86	2,4	24	1,9	350	3,2	100,0
Волинська	75	0,6	15	15	15	18	14	22	15	11	17	19	20	0,5	22	1,7	82	0,7	109,3
Дніпропетр-ка	912	7,3	104	150	194	295	401	88	3	12	201	334	349	9,6	108	8,5	899	8,2	98,6
Донецька	1130	9,1	160	230	240	275	524	46	59	170	102	51	640	17,5	46	3,6	1022	9,3	90,4
Житомирська	300	2,4	50	60	70	79	49	13	52	46	74	80	49	1,3	14	1,1	301	2,7	100,3
Закарпатська	60	0,5	16	10	12	7	14	14	16	11	12	14	12	0,3	14	1,1	65	0,6	108,3
Запорізька	1240	10,0	211	226	251	435	458	159	52	59	236	520	377	10,3	159	12,5	1244	11,3	100,3
Ів.-Франківська	225	1,8	25	50	50	36	74	12	0	65	50	39	66	1,8	12	0,9	220	2,0	97,8
Київська	435	3,5	60	80	110	162	200	49	12	14	47	108	159	4,4	53	4,2	340	3,1	78,2
Кіровоградська	150	1,2	10	80	20	4	8	11	10	108	20	7	10	0,3	11	0,9	155	1,4	103,3
Луганська	375	3,0	62	64	64	75	128	35	5	103	64	95	149	4,1	35	2,7	416	3,8	110,9
Львівська	750	6,0	50	150	150	193	252	45	30	73	202	193	252	6,9	45	3,5	750	6,8	100,0
Миколаївська	225	1,8	30	60	45	52	92	21	8	13	60	30	87	2,4	21	1,6	198	1,8	88,0
Одеська	291	2,3	58	58	58	32	49	13	91	61	58	54	31	0,8	13	1,0	295	2,7	101,4
Полтавська	450	3,6	90	90	90	92	100	51	0	151	107	120	110	3,0	51	4,0	488	4,4	108,4
Рівненська	250	2,0	70	80	100	69	115	6	1	14	51	57	68	1,9	6	0,5	191	1,7	76,4
Сумська	285	2,3	109	41	44	106	80	73	46	8	45	137	93	2,5	73	5,7	329	3,0	115,4
Тернопільська	175	1,4	34	47	47	42	74	3	10	36	13	29	146	4,0	3	0,2	234	2,1	133,7
Харківська	320	2,6	60	60	60	72	111	49	0	69	68	95	73	2,0	49	3,8	305	2,8	95,3
Херсонська	200	1,6	27	24	67	41	39	11	28	25	67	41	39	1,1	11	0,9	200	1,8	100,0
Хмельницька	150	1,2	30	30	30	19	33	10	31	37	30	19	33	0,9	13	1,0	150	1,4	100,0
Черкаська	266	2,1	72	85	51	78	41	21	41	22	84	84	46	1,3	21	1,6	277	2,5	104,1
Чернівецька	96	0,8	22	16	18	18	22	12	21	17	18	18	22	0,6	14	1,1	96	0,9	100,0
Чернігівська	350	2,8	70	92	80	95	190	10	28	20	17	95	190	5,2	10	0,8	350	3,2	100,0
м. Київ	2690	21,6	400	404	412	780	1230	257	345	163	172	415	379	10,4	348	27,3	1474	13,4	54,8
м. Севастополь	75	0,6	15	15	15	27	30	3	9	0	9	32	31	0,8	4	0,3	81	0,7	108,0

Додаток К

**Фінансова допомога
підприємствам та організаціям за рахунок коштів, які надходять до Фонду
соціального захисту інвалідів**

Підприємства ГОІ	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік	2006 рік
УТОГ	16578,4	6858	10098	6736	--
УТОС	12762,8	6969	10208	14841	--
СОІУ	642,1	1500	5350	854	--
Інші	35668,3	22776	17957	9359	--
Всього	47168,3	44431	47947	38859	72168,6

**Інформація
щодо державної допомоги підприємствам та організаціям громадських
організацій інвалідів у вигляді пільгового оподаткування
за 2001-2005 рр., тис. грн.**

Назва податку	2001 рік	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік
Податок на прибуток	31808,9	24265,6	34989,7	42596,4	28100
Податок на додану вартість	43416,4	75572,2	69068,5	60278,7	49542,0
Відшкодовано ПДВ	5118,0	3327,6	2969,5	40623,2	39369,4
Інші плата за землю	2178,0	2696,0	2884,0	6622,7	3077,4
Всього	82521,3	105861,4	109911,7	150121	120088,8

**Інформація
щодо використання підприємствам громадських організацій інвалідів
коштів, отриманих від застосування пільг з оподаткування,
у 2002-2005 рр., млн. грн.**

Назва податку	2002 рік	2003 рік	2004 рік	2005 рік
Сума пільг з оподаткування	71,77	94,49	153,26	101,93
Напрямки спрямування коштів, отриманих від застосування пільг:				
- модернізація виробництва	13,52	13,28	14,08	30,34
- освоєння нових видів продукції	20,71	30,14	61,26	17,91
- інше (поповнення обігових коштів, надання матеріальної допомоги інвалідам тощо)	37,54	51,07	77,92	53,68

Додаток Л

**Працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення
у 2003 – 2006 роках**

	Перебувало на обліку для працевлаштування на початок року				Звернулось з питань працевлаштування протягом року				Працевлаштовано інвалідів протягом року			
	Всього	у т. ч. інваліди			Всього	у т. ч. інваліди			Всього	у т. ч. інваліди		
		I групи	II групи	III групи		I групи	II групи	III групи		I групи	II групи	III групи
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2003 рік												
Кількість інвалідів, які виявили бажання працювати – всього	16284	430	3627	12227	8489	140	2116	6233	5758	74	1314	4370
у тому числі: у звичайних умовах виробництва	12851	170	2273	10408	7492	83	1702	5707	5105	46	1038	4021
на спеціальних підприємствах	973	156	382	435	386	32	147	207	331	25	91	215
з них для сліпих	585	142	194	249	179	24	64	91	158	24	43	91
для глухих	388	14	188	186	207	8	83	116	173	1	48	124
на умовах надомної праці	2460	104	972	1384	611	25	267	319	322	3	185	134
Із загальної кількості бажали працювати	8106	117	1607	6382	1426	21	554	851	1185	3	250	932
на умовах скороченого робочого тижня	2716	57	667	1992	474	9	199	266	294	2	56	236
Скороченого робочого дня	2441	19	451	1971	375	5	175	195	270	1	86	183
За тимчасовою трудовою угодою	2949	41	489	2419	577	7	180	390	621	–	108	513
2004 рік												
Кількість інвалідів, які виявили бажання працювати – всього	9967	491	2499	6977	8247	128	2107	6012	5297	75	1381	3841
у тому числі: у звичайних умовах виробництва	8556	251	1958	6347	7815	86	1952	5777	5013	57	1263	3693
на спеціальних	698	144	257	297	188	13	71	104	109	9	57	43

підприємствах												
з них для сліпих	440	131	149	160	102	11	32	59	64	9	31	24
для глухих	258	13	108	137	86	2	39	45	45	–	26	19
на умовах надомної праці	713	96	284	333	244	29	84	131	175	9	61	105
Із загальної кількості бажали працювати	1640	63	521	1056	1050	25	320	705	733	5	211	517
на умовах скороченого робочого тижня	639	20	203	416	350	10	85	255	160	–	54	106
Скороченого робочого дня	602	9	164	429	311	6	124	181	264	2	87	175
За тимчасовою трудою угодою	399	34	154	211	389	9	111	269	309	3	70	236
2005 рік												
Кількість інвалідів, які виявили бажання працювати	10430	404	2758	7268	8844	124	2217	6503	5031	52	1421	3558
у тому числі: у звичайних умовах виробництва	9088	185	2240	6663	8411	88	2029	6294	4733	31	1277	3425
на спеціальних підприємствах	664	125	218	321	202	15	87	100	140	11	66	63
з них для сліпих	379	107	110	162	99	11	40	48	61	8	27	26
для глухих	285	18	108	159	103	4	47	52	79	3	39	37
на умовах надомної праці	678	94	300	284	231	21	101	109	158	10	78	70
Із загальної кількості бажали працювати	1723	53	568	1102	1086	20	381	685	662	7	236	419
на умовах скороченого робочого тижня	589	17	204	368	397	3	136	258	195	–	62	133
Скороченого робочого дня	615	8	182	465	382	7	139	236	214	–	74	140
За тимчасовою трудою угодою	479	28	182	269	307	10	106	191	253	7	100	146
2006 рік												
Кількість інвалідів, які виявили бажання працювати	10324	370	2725	7229	8523	170	1981	6372	5019	75	1157	3787
у тому числі: у звичайних	9179	219	2290	6670	8147	134	1842	6171	4739	56	1065	3618

умовах виробництва												
на спеціальних підприємствах	464	89	137	238	143	10	57	76	133	10	50	73
з них для сліпих	261	82	54	125	71	9	32	30	69	10	33	26
для глухих	203	7	83	113	72	1	25	46	64	-	17	47
на умовах надомної праці	681	62	298	321	233	26	82	125	147	9	42	96
Із загальної кількості бажали працювати	1373	38	482	853	786	10	190	586	557	4	137	416
на умовах скороченого робочого тижня	521	11	218	292	376	3	72	301	160	2	32	126
Скороченого робочого дня	676	9	164	503	220	1	71	148	253	—	69	184
За тимчасовою трудовою угодою	176	18	100	58	190	6	47	137	144	2	36	106

За даними Міністерства праці та соціальної політики України

**Динаміка працевлаштування інвалідів органами
соціального захисту населення в Україні за умовами праці**

	Працевлаштовано, всього осіб					Структура працевлаштування, %				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Всього стояло на обліку для працевлаштування	24973	28107	24773	18214	19274					
З них:										
Працевлаштовано за звітний період	5464	6069	5758	5297	5031	100	100	100	100	100
1) у звичайних умовах виробництва	4797	5259	5105	5013	4733	87,8	86,7	88,7	94,6	94,1
в тому числі										
на спеціально обладнаних робочих місцях	47	195	169	26	76	0,9	3,2	2,9	0,5	1,5
з них:										
- для інвалідів без верхніх кінцівок або з їх ураженням	18	92	76	12	25	0,3	1,5	1,3	0,2	0,5
- для інвалідів без нижніх кінцівок або з їх ураженням	24	100	93	14	51	0,4	1,6	1,6	0,3	1,0
2) на спеціалізованих підприємствах	243	338	331	109	140	4,4	5,6	5,7	2,1	2,8
- для сліпих	92	127	158	64	61	1,7	2,1	2,7	1,2	1,2
- для глухих	151	211	173	45	79	2,8	3,5	3,0	0,8	1,6
3) на умовах надомної праці	424	472	322	175	158	7,8	7,8	5,6	3,3	3,1
із рядка 01										
бажають працювати на умовах:	819	898	1185	733	662	15,0	14,8	20,6	13,8	13,2
- скороченого робочого тижня	265	267	294	160	195	4,8	4,4	5,1	3,0	3,9
- скорочення робочого дня	268	262	270	264	214	4,9	4,3	4,7	5,0	4,3
- за тимчасовою трудовою угодою	286	369	621	309	253	5,2	6,1	10,8	5,8	5,0

Структура інвалідів, які перебували на обліку в органах праці та соціального захисту населення з бажанням працювати у 2006 році (за даними управлінь праці та соціального захисту)

	Питома вага кожної категорії інвалідів у чисельності інвалідів, які звернулися до органів соціального захисту з питань працевлаштування, %																	% у чисельності інвалідів, які звертаються до органів соціально-го захисту	Рівень працевлаштування інвалідів, які перебували на обліку органів соціально-го захисту	
	за статтю		за групами інвалідності			за віком	за освітою				за характером захворювання						за місцем проживання			
	жінки	чоловіки	I група	II група	III група	від 18 до 39 років	початкова	середня	професійно-технічна	вища	з враженням опорно-рухового апарату	з враженням зору	з враженням слуху	серцево-судинними захворюваннями	туберкульозними захворюваннями	іншими захворюваннями	місто			село
Україна	45.7	54,2	2,4	30,3	67,1	59,7	7,5	42,9	36,2	12,5	27,4	6.6	4,2	23,2	2,7	31,7	61,4	35,4	34,2	100,0
АР Крим	50,6	49,4	4,1	25,3	70.7	56,7	5,7	36,6	45,2	12,5	11,3	15,4	5,7	27,9	0,8	38,9	80,4	19,6	48,9	6,2
Вінницька	66,1	33.9	2,5	24,3	73.2	76,4	0.0	30,5	60,0	34,2	38,6	6,1	6.9	48,4	0,0	0,0	52,3	47,7	24,3	2,0
Волинська	44,8	55,2	4,2	35,8	60,1	69,4	2.4	37,2	49,0	11.5	31,3	4,5	2.4	30,6	0,0	31,3	67,4	32,6	38,2	2,3
Дніпропетровська	43,2	56,8	0,6	13,8	85,6	59,7	4,4	51.2	33,6	10,8	24,9	2.0	1,5	22,4	10,2	39,0	71,3	28,7	43,3	10,0
Донецька	46,1	53,9	1,6	22,4	76.0	53,7	4,6	34.7	44,3	16,4	24.3	4,3	5,0	25,1	1,6	39,7	78,9	21,1	35,0	9,0
Житомирська	42,9	57,1	2,4	33,0	64,7	0,0	12,3	57,3	25,4	5,0	42,4	6,3	2,4	12.3	0,8	35,9	0,0	0,0	66,0	5,2
Закарпатська	40,3	59,7	1,7	34,1	64.2	56,2	3.5	69,9	21,2	5,4	24,1	6.9	7,5	26,3	6,5	28,8	27,3	72,7	19,2	2,4
Запорізька	36,8	63,2	0,9	19,2	79,9	60,7	4,7	44,2	44,6	6,5	20,5	5,3	3,6	30,1	2,4	2,4	62,7	37,3	34,4	3,9
Івано-Франківська	43,0	57,0	2,0	27,9	70,2	33,0	0,0	72,6	23,0	4,4	4,2	16,9	0,7	52.8	0,0	25,4	52,1	47,9	49,6	4,2
Київська	32,8	47.5	1,6	35,2	43,4	48,4	0,0	33,6	29,5	14,8	27,9	2,5	0,8	24,6	0,0	24,6	51,6	28,7	35,2	0,9
Кіровоградська	42,1	57,9	2,0	27,9	70,2	52.8	22,1	31,8	33,6	12,5	20,0	2,8	1,6	13,1	1,0	61,5	72,6	27,4	25,6	3,2
Луганська	80,2	19,8	3,5	23,6	72.7	76,9	0,0	13,3	28.6	34,9	0,3	20,3	2,0	24,0	4,0	45,4	79,2	20,8	37,3	4,6
Львівська	40,4	59,6	1,5	26,0	72,5	72,5	2,2	40,6	33,9	23,2	31,6	10,9	21.7	27,3	2,2	6,2	56,6	43,4	18,0	2,0
Миколаївська	38,8	61,2	1,7	13,3	85.0	52,9	12,3	60,6	19,1	7.9	20,2	5,2	3,3	14,5	1,8	55,0	46,3	53,7	25,0	4,5
Одеська	52,8	47,2	2,2	39,1	58,6	45,9	6,7	45,0	41,4	6,9	13,6	10,1	2,1	44,9	1,4	27,8	77,9	22,1	52,2	9,6
Полтавська	39,6	60,4	2,1	24,9	73,0	56,2	3,9	42,0	38,1	16,0	39,9	12,1	6,0	1,0	1,0	39,9	69,6	30,4	5,0	0,4
Рівненська	36,1	63,9	0,0	13.6	86,4	60,8	0,0	35,2	31,0	14,8	0,0	1,4	6,0	0,0	0,0	0,0	33,2	66,8	33,0	2,4
Сумська	46,7	53,3	2,8	26,8	70,3	64,7	1,3	37,9	51,7	9,1	37,9	8,2	8,2	27,1	0,6	18,0	89,6	10,4	45,1	2,9
Тернопільська	39,7	60,3	2,8	16,6	80.6	34,2	5,8	52,3	29,5	12,0	35,1	3,1	4,6	16,6	2,5	38,2	46,8	53,2	22,8	1,5
Харківська	53,9	46,1	3,8	26,1	70,2	85,9	31,5	43,4	20,9	4,1	15.9	2,7	1,5	19,2	1,5	59,4	24,8	75,2	20,9	5,6
Херсонська	34,3	65,7	0,0	22,5	77,5	49,0	2,0	72,5	19,6	5,9	61,8	3,9	4,9	23,5	2,9	2,9	51,0	49,0	50,0	1,0
Хмельницька	44,6	55,4	4,9	36,7	58,4	77,4	3,5	31,3	51,1	14,1	35,9	6,8	5,4	17,4	10,9	12,8	60,6	39,4	35,9	2,7
Черкаська	40,1	59,9	3,4	33.5	63,1	56,5	2,6	35,8	51,1	10,5	27,0	7,1	3,4	25,9	0,6	38,9	67,6	32,4	46,3	3,3
Чернівецька	50,8	49,2	0,0	16,7	83,3	72,2	13,5	42,1	34,1	10,3	42,9	10,3	4,0	19,0	1,6	22,2	40,5	59,5	11,9	0,3
Чернігівська	38,7	61,3	6,3	33,0	60,7	65,4	2,6	56,0	33,0	8,4	35,1	2,6	3,7	49,2	0,0	9,4	63,9	36,1	47,6	1,9
м. Київ	34,7	65,3	3,2	88.4	8,3	67,3	1,0	33,9	50,0	15,0	80,0	3,0	3,0	7,0	3,0	4,1	94,9	0,0	31,9	7,7
м. Севастополь	55,6	44,4	0,0	33.3	66,7	48,1	7,4	14,8	51,9	22,2	11,1	11,1	0,0	40,7	0,0	37,0	85,2	14,8	100,0	0,6

**Кількість вільних робочих місць для інвалідів у 2001 -2007 роках в регіонах
(за даними Державної служби зайнятості України)**

	Кількість вільних робочих місць для інвалідів станом на кінець звітного періоду											
	2001		2003		2004		2005		2006		2007	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
А	1	2	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Україна	2590	100,0	2043	100,0	2654	100,0	10033	100,0	11483	100,0	13783	100,0
АР Крим	3313	26,3	497	24,3	247	9,3	251	2,5	264	2,3	280	2,0
Вінницька	8	0,1	20	1,0	29	1,1	297	3,0	263	2,3	330	2,4
Волинська	887	7,0	0	0,0	0	0,0	113	1,1	109	0,9	294	2,1
Дніпропетровська	52	0,4	121	5,9	546	20,6	1238	12,3	2874	25,0	3183	23,1
Донецька	57	0,5	225	11,0	548	20,6	2596	25,9	1104	9,6	1220	8,8
Житомирська	0	0,0	2	0,1	9	0,3	85	0,8	73	0,6	114	0,8
Закарпатська	477	3,8	116	5,7	82	3,1	243	2,4	467	4,1	417	3,0
Запорізька	1649	13,1	0	0,0	0	0,0	760	7,6	531	4,6	616	4,5
Івано-Франківська	10	0,1	4	0,2	2	0,1	23	0,2	8	0,1	90	0,6
Київська	1	0,0	13	0,6	4	0,2	296	3,0	768	6,7	1117	8,1
Кіровоградська	0	0,0	4	0,2	25	0,9	126	1,3	220	1,9	300	2,2
Луганська	2341	18,6	26	1,3	149	5,6	377	3,8	499	4,3	169	1,2
Львівська	0	0,0	0	0,0	33	1,2	135	1,3	287	2,5	369	2,7
Миколаївська	1	0,0	51	2,5	51	1,9	214	2,1	159	1,4	245	1,8
Одеська	413	3,3	78	3,8	83	3,1	395	3,9	365	3,2	451	3,3
Полтавська	41	0,3	62	3,0	74	2,8	442	4,4	381	3,3	404	2,9
Рівненська	4	0,0	49	2,4	16	0,6	100	1,0	174	1,5	269	1,9
Сумська	344	2,7	21	1,0	48	1,8	222	2,2	253	2,2	263	1,9
Тернопільська	56	0,4	33	1,6	118	4,4	50	0,5	179	1,6	327	2,4
Харківська	400	3,2	112	5,5	276	10,4	576	5,7	985	8,6	992	7,2
Херсонська	751	6,0	50	2,4	0	0,0	113	1,1	0	0,0	110	0,8
Хмельницька	1307	10,4	515	25,2	163	6,1	58	0,6	50	0,4	52	0,4
Черкаська	45	0,4	1	0,0	5	0,2	26	0,3	19	0,2	40	0,3
Чернівецька	0	0,0	12	0,6	50	1,9	187	1,9	265	2,3	2	0,0
Чернігівська	389	3,1	0	0,0	41	1,5	198	2,0	193	1,7	321	2,3
м. Київ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	739	7,4	752	6,5	1716	12,4
м. Севастополь	44	0,3	31	1,5	55	2,1	173	1,7	241	2,1	162	1,2

ВЫВОД ИТОГОВ

<i>Регрессионная статистика</i>	
Множественный R	0,946014296
R-квадрат	0,894943048
Нормированный R-квадрат	0,73735762
Стандартная ошибка	2423,363537
Наблюдения	6

Дисперсионный анализ

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Значимость F</i>
Регрессия	3	100054755,7	33351585,22	5,679097737	0,153371083
Остаток	2	11745381,67	5872690,833		
Итого	5	111800137,3			

	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>P-Значение</i>	<i>Нижние 95%</i>	<i>Верхние 95%</i>	<i>Нижние 95,0%</i>	<i>Верхние 95,0%</i>
Y-пересечение	17053	3701,748949	4,606741364	0,044031895	1125,648694	32980,35	1125,649	32980,35
Переменная X 1	-5333,5	1713,57679	-3,112495471	0,089572144	-12706,43099	2039,431	-12706,4	2039,431
Переменная X 2	-31068,83333	9437,645061	-3,292011209	0,081194004	-71675,77089	9538,104	-71675,8	9538,104
Переменная X 3	9748	2423,363537	4,022508324	0,056605879	-678,8989971	20174,9	-678,899	20174,9

Працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення в регіонах за 2005 рік

Області	№ рядка	Всього дорослих інвалідів	Рейтинг за гр. 1	Стояло на обліку для працевлаштування на початок звітного періоду				Звернулось з питань працевлаштування за звітний період				Всього стояло на обліку для працевлаштування				Рейтинг за гр. 11	З них:				Рівень працевлаштування				Структура працевлаштування	
				Всього, осіб	з них за групами:			Всього, осіб	з них за групами:			Всього, осіб	з них за групами:				Працевлаштовано за звітний період									
					I	II	III		I	II	III		I	II	III		I	II	III	Всього	Рейтинг за гр. 20	I	II	III		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Україна	1	2372601		10430	404	2755	7271	8844	124	2197	6523	19274	528	4952	13794		5031	53	1370	3608	26,1		10,0	27,7	26,2	100
АР Крим	2	112160	21	1344	53	400	891	466	12	114	340	1810	65	514	1231	1	221	3	47	171	12,2	25	4,6	9,1	13,9	4,4
Вінницька	3	98584	19	84	1	16	67	303	1	80	22	387	2	96	289	19	182	0	45	137	47,0	4	-	46,9	47,4	3,6
Волинська	4	63682	10	208	12	57	139	412	8	173	231	620	20	230	370	12	365	5	177	183	58,9	1	25,0	77,0	49,5	7,3
Дніпропетровська	5	149931	26	707	4	97	606	828	2	111	715	1635	6	208	1321	5	505	1	74	430	32,9	14	16,7	35,6	32,6	10,0
Донецька	6	228570	27	786	12	149	625	775	6	160	609	1561	18	309	1234	3	344	1	73	270	22,0	18	5,6	23,6	21,9	6,8
Житомирська	7	81579	15	169	3	24	142	204	6	94	104	373	9	118	246	20	156	1	68	87	41,8	7	11,1	57,6	35,4	3,1
Закарпатська	8	51412	6	271	2	53	216	513	6	158	349	784	8	211	565	9	115	2	34	79	14,7	21	25,0	16,1	14,0	2,3
Запорізька	9	84747	16	929	8	204	717	667	6	114	547	1596	14	318	1264	2	224	3	53	168	14,0	22	21,4	16,7	13,3	4,5
Івано-Франківська	10	73208	11	602	0	120	482	314	2	75	237	916	2	195	719	7	270	0	64	206	29,5	15	-	32,8	28,7	5,4
Київська	11	88055	18	102	7	47	48	122	2	39	81	224	9	86	129	26	88	1	31	54	39,3	9	11,1	36,0	43,4	1,7
Кіровоградська	12	49629	5	266	14	98	154	225	5	64	156	491	19	162	310	15	142	1	47	94	28,9	16	5,3	29,0	30,3	2,8
Луганська	13	103977	20	499	10	151	338	393	3	63	327	892	13	214	665	8	180	0	23	57	20,2	20	-	10,7	23,6	3,6
Львівська	14	145157	25	446	7	124	315	88	1	15	72	534	8	139	387	14	66	0	7	59	12,4	24	-	5,0	15,2	1,3
Миколаївська	15	56012	7	394	1	63	330	299	1	24	274	693	2	87	604	11	283	0	37	246	40,8	8	-	42,5	40,7	5,6
Одеська	16	123938	22	321	74	202	45	390	9	212	169	711	83	414	214	10	267	3	138	126	37,6	10	3,6	33,3	58,9	5,3
Полтавська	17	76890	12	284	3	39	242	335	10	99	226	619	13	138	468	13	286	6	87	193	46,2	6	46,2	63,0	41,2	5,7
Рівненська	18	57632	8	47	0	7	40	253	0	20	233	300	0	27	273	25	110	0	13	97	36,7	11	-	48,1	35,5	2,2
Сумська	19	59555	9	34	2	15	17	280	10	82	188	314	12	97	205	21	166	4	45	117	52,9	3	33,3	46,4	57,1	3,3
Тернопільська	20	47955	4	164	0	63	101	149	0	36	113	313	0	99	214	22	146	0	45	101	46,6	5	-	45,5	47,2	2,9
Харківська	21	138573	24	995	34	237	724	562	7	112	443	1557	41	349	1167	4	317	2	85	230	20,4	19	4,9	24,4	19,7	6,3
Херсонська	22	47301	3	225	80	65	80	77	0	17	60	302	80	82	140	24	42	1	9	32	13,9	23	0,0	11,0	22,9	0,8
Хмельницька	23	86798	17	131	2	52	77	259	4	94	161	390	6	146	238	17	129	3	35	91	33,1	13	-	4,0	38,2	2,6
Черкаська	24	79531	14	240	24	112	104	160	6	49	105	400	30	161	209	16	133	6	45	82	33,3	12	20,0	28,0	39,2	2,6
Чернівецька	25	37971	2	40	0	6	34	10	0	1	9	50	0	7	43	27	14	0	4	10	28,0	17	-	57,1	23,3	0,3
Чернігівська	26	79354	13	113	16	19	78	198	9	59	130	311	25	78	208	23	173	10	51	112	55,6	2	40,0	65,4	53,8	3,4
м. Київ	27	134899	23	982	32	323	627	221	2	68	151	1203	34	391	778	6	70	0	23	47	5,8	27	-	5,9	6,0	1,4
м. Севастопіль	28	15767	1	47	3	12	32	341	6	64	271	388	9	76	303	18	37	0	10	27	9,5	26	-	13,2	8,9	0,7

Облікова кількість штатних працівників, які отримують пенсію по інвалідності, за видами економічної діяльності осіб

	2002		2003		2004		2005		2006	
	Усього	з них III групи	Усього	з них III групи	Усього	з них III групи	Усього	з них III групи	Усього	з них III групи
Усього	289867	194609	299569	203891	310761	212924	331714	227821	354088	242044
Сільське господарство, мисливство та пов'язані з ним послуги	36532	22493	33159	21133	31296	20678	29560	19887	27320	18758
Лісове господарство та пов'язані з ним послуги	2552	1801	2837	2029	3148	2286	3342	2440	3505	2568
Рибне господарство	576	337	603	373	503	308	518	326	567	351
Промисловість	113094	80974	113640	82440	115220	83887	118244	86769	122440	89449
Будівництво	13135	9183	13158	9212	13708	9487	15038	10231	16924	11436
Оптова й роздрібна торгівля; торгівля транспортними засобами; послуги з ремонту	14976	8388	15584	8690	16719	9248	20375	11071	25573	13752
Готелі і ресторани	1785	1087	1872	1161	2011	1117	2377	1436	2630	1565
Транспорт і зв'язок	19584	14628	20681	15285	20586	15669	22702	16970	24979	18469
наземний	8010	6096	8136	6139	7834	5956	8115	6171	8681	6469
водний	594	376	634	409	387	263	405	293	406	255
авіаційний	242	140	361	153	334	157	335	185	412	229
допоміжні транспортні послуги	5081	3896	5598	4287	6143	4871	7044	5383	7820	5862
пошта та зв'язок	5657	4120	5952	4297	5888	4422	6803	4938	7660	5654
Фінансова діяльність	4535	2616	5387	3084	6585	3705	7680	4430	9377	5099
Операції з нерухомістю, здавання під найм та послуги юридичним особам	13322	8690	14282	9227	14915	9748	16597	10640	18962	11881
Дослідження та розробки	4162	2570	4357	2713	4180	2633	4299	2674	4338	2675
Державне управління	7445	4882	8590	5761	9985	6729	11612	7844	12268	8371
Освіта	22537	13366	24764	15825	28215	17512	32592	20491	35043	22639
Охорона здоров'я та соціальна допомога	31355	21343	34996	24391	37723	26518	40401	28913	43027	30843
Колективні, громадські та особисті послуги	8441	4821	9016	5280	10048	6032	10676	6373	11473	6863
Діяльність у сфері відпочинку і розваг, культури та спорту	5130	2783	5759	3261	6458	3748	7001	3998	7599	4408

Додаток У

**Сума коштів, що надійшли від підприємств до Державного Казначейства, в
розрахунку на 1 підприємство, яке сплатило штрафні санкції
за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування
інвалідів, у 2002-2005 роках**

	2002	2003	2004	2005	гр.4 / гр.3, %
А	1	2	3	4	5
Україна	16294,9	22619,4	18592,0	13823,2	74,4
Автономна Республіка Крим	11331,3	26654,8	21870,5	13144,4	60,1
Вінницька	5988,1	7590,0	7764,3	10985,0	141,5
Волинська	2760,1	3965,8	7469,3	5318,0	70,9
Дніпропетровська	19025,4	17699,4	14010,4	13289,2	94,9
Донецька	11527,8	15380,7	15790,5	15307,2	96,9
Житомирська	7133,8	6295,7	8720,2	6050,1	69,4
Закарпатська	4603,0	6284,4	11239,7	6564,2	58,4
Запорізька	28299,8	92055,1	15602,0	21481,5	137,7
Івано-Франківська	7529,3	13418,1	11114,8	5524,3	49,7
Київська	14102,6	19263,3	13359,9	11779,2	88,2
Кіровоградська	5712,5	6588,2	9826,1	8406,4	85,6
Луганська	11338,9	16922,2	30433,2	18848,3	61,9
Львівська	7941,2	9195,9	16568,2	13675,2	82,5
Миколаївська	22961,4	14490,9	25122,0	9560,4	38,1
Одеська	21524,2	24702,7	12747,5	8805,2	69,1
Полтавська	10605,9	13020,8	15308,3	12742,1	83,2
Рівненська	8383,9	7975,0	12455,9	6156,8	49,4
Сумська	29099,5	35089,6	7714,3	7870,0	102,0
Тернопільська	5672,3	4928,5	9342,0	4563,0	48,8
Харківська	10603,7	13428,7	10048,9	7357,6	72,2
Херсонська	16434,7	24981,2	16085,3	10655,3	66,2
Хмельницька	7480,1	6717,4	7028,4	5671,6	80,7
Черкаська	8289,0	8149,9	15614,2	10102,5	64,7
Чернівецька	3213,3	4794,3	5825,0	6226,9	106,9
Чернігівська	11176,9	13724,2	4970,4	5483,2	110,3
м. Київ	43197,6	62135,1	59905,3	31476,9	52,5
м. Севастополь	10748,1	13084,8	8099,0	6845,8	84,5

Додаток Ф

**Інформація щодо фінансування видатків Державного бюджету України по
програмах соціального захисту інвалідів (тис. грн.)**

№	Найменування	2001	2002	2003	2004	2005	План на 2006
1	Прикладні розробки у сфері адаптації сліпих	130,0	63,6	122,1	109,9	81,5	106,3
2	Фінансова підтримка громадянських організацій інвалідів	7709,0	10770,512	13048,0	14798,0	15127,1	27110,3
3	Придбання житла для інвалідів-сліпих та інвалідів глухих	-	-	-	-	4894,8	5000,0
4	Забезпечення інвалідів автомобілями та навчання водінню	118106,1	111107,97	38500,0	33000,0	59668,8	84400,0
5	Компенсаційні виплати інвалідам на бензин, ремонт техобслуговування автотранспорту та транспортне обслуговування інвалідів	19267,7	5256,5	16000,0	12478,2	13114,7	13600,0
6	Санаторно-курортне оздоровлення інвалідів	34567,7	20249,7	30243,7	29087,6	35127,6	45251,4
7	Встановлення телефонів інвалідам I і II груп	5747,5	835,0	6956,0	4411,8	6091,0	6500,0
8	Одноразова матеріальна допомога інвалідам	5008,2	1126,6	6000,0	6858,3	5997,3	6000,0
9	Соціально-трудова та професійна реабілітація інвалідів	49,1	25,4	60,0	60,0	60,0	65,3
10	Забезпечення інвалідів протезноортопедичними виробами засобами пересування та реабілітації	Функції цієї програми були покладені на КПКВ 2507030	Функції цієї програми були покладені на КПКВ 2507030	142077,6	150085,7	172056,6	197261,2

Інформація щодо фінансування видатків Державного бюджету України по програмах соціального захисту інвалідів (тис. грн.)

№	Найменування	2001	2002	2003	2004	2005	План на 2006
1	Прикладні розробки у сфері адаптації сліпих	130,0	63,6	122,1	109,9	81,5	106,3
2	Фінансова підтримка громадянських організацій інвалідів	7709,0	10770,51 2	13048,0	14798,0	15127,1	27110,3
3	Придбання житла для інвалідів-сліпих та інвалідів глухих	-	-	-	-	4894,8	5000,0
4	Забезпечення інвалідів автомобілями та навчання водінню	118106,1	111107,97	38500,0	33000,0	59668,8	84400,0
5	Компенсаційні виплати інвалідам на бензин, ремонт техобслуговування автотранспорту та транспортне обслуговування інвалідів	19267,7	5256,5	16000,0	12478,2	13114,7	13600,0
6	Санаторно-курортне оздоровлення інвалідів	34567,7	20249,7	30243,7	29087,6	35127,6	45251,4
7	Встановлення телефонів інвалідам I і II груп	5747,5	835,0	6956,0	4411,8	6091,0	6500,0
8	Одноразова матеріальна допомога інвалідам	5008,2	1126,6	6000,0	6858,3	5997,3	6000,0
9	Соціально-трудова та професійна реабілітація інвалідів	49,1	25,4	60,0	60,0	60,0	65,3
10	Забезпечення інвалідів протезноортопедичними виробами засобами пересування та реабілітації	Функції цієї програми були покладені на КПКВ 2507030	Функції цієї програми були покладені на КПКВ 2507030	142077,6	150085,7	172056,6	197261,2

Додаток Ц

Працевлаштовано інвалідів за 2000 – 2007 роки

	роки					
	2000	2003	2004	2005	2006	2007
Україна	3349	3250	3595	4309	6210	7590
Автономна Республіка Крим	102	195	172	162	291	323
Вінницька	44	31	38	61	99	271
Волинська	21	55	114	108	156	199
Дніпропетровська	354	626	613	755	891	879
Донецька	352	292	273	304	528	731
Житомирська	161	157	162	157	270	301
Закарпатська	27	80	81	92	123	131
Запорізька	311	210	260	237	258	302
Івано-Франківська	184	145	173	212	203	229
Київська	32	38	45	82	93	151
Кіровоградська	81	72	59	99	223	278
Луганська	195	116	151	238	349	625
Львівська	57	65	129	132	237	270
Миколаївська	281	125	105	99	281	220
Одеська	102	65	82	127	157	151
Полтавська	224	231	279	241	271	289
Рівненська	66	41	42	110	138	231
Сумська	60	100	102	137	226	265
Тернопільська	88	98	69	132	134	171
Харківська	226	175	235	297	328	364
Херсонська	71	38	34	56	139	190
Хмельницька	32	51	41	77	196	276
Черкаська	78	99	132	128	270	233
Чернівецька	12	3	18	17	55	68
Чернігівська	87	32	100	158	174	270
м. Київ	59	76	72	74	93	148
м. Севастополь	42	34	14	17	27	33

*За даними Державного центру зайнятості Міністерства праці та соціальної політики України

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України (прийнята Верховною Радою від 28 червня 1996 р.).
2. Кодекс законів про працю України . – К.: Дім «Ін Юре». – 2001 р. – 224 с.
3. Загальна декларація прав людини, затверджена і проголошена Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р.
4. Всесвітня програма дій щодо інвалідів, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 3 грудня 1982 р.
5. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, затверджені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20.12.1993 р. № 48/96.
6. Європейська соціальна хартія (переглянута). Відкрита до підписання 3 травня 1996 року. Підписана Україною 7 травня 1996 р.
7. Міжнародна Конвенція з громадських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН від 16.12.1996 р.
8. Мадридська декларація „Європейський Форум з проблем інвалідності. Прийнята стосовно Європейського року інвалідів”, 1993 р.
9. Конвенція № 102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення», 1952 р.
10. Конвенція № 117 «Про основні цілі та норми соціальної політики», 1962 р.
11. Рекомендація № 67 «Про забезпечення доходу», 1994 р.
12. Рекомендація № 91 «Про колективні договори і угоди», 1994 р.
13. Конвенція № 121 «Про допомогу на випадок виробничого травматизму», 1964 р.
14. Конвенція № 122 «Про політику в області зайнятості», 1964 р.
15. Конвенція № 128 «Про допомогу з інвалідності, старості, на випадок втрати годувальника», 1967 р.
16. Рекомендація № 167 «Про встановлення міжнародної системи прав в області соціального забезпечення», 1983 р.
17. Конвенція № 159 і рекомендація № 168 «Про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів», 1983 р.

18. Закон України «Про зайнятість населення» Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991 р. – № 14. – ст. 170.
19. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» із змінами та доповненнями від 31.05.2005 р. – № 2602-IV.
20. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р. № 2961-IV.
21. Закон України «Про колективні договори і угоди». – Відомості Верховної Ради. – 1995 р. – № 4. – ст. 28.
22. Закон України «Про об'єднання громадян» від 16.07.1992 р. – № 2460. XII із змінами та доповненнями.
23. Закон України «Про благодійництво та благодатні організації» від 16.09.1997 р. – 531/97-ВР.
24. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування підприємств та організацій громадських організацій інвалідів» від 13.07.2000 р. – № 1926-III.
25. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 05.07.2001 р. – № 2606-III.
26. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про розмір внесків на деякі види загальнообов'язкового державного соціального страхування» від 07.03.2002 р. – № 3084-III.
27. Закон України «Про збір на обов'язкове державне пенсійне страхування» від 26.06.1997 р. – № 400/97-ВР із змінами та доповненнями.
28. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття». – ВВР від 02.03.2000 р.
29. Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності». – ВВР. – 1999 р. – № 46-47 – ст. 403.
30. Закон України «Про підприємництво». – ВВР. – 1991 р. – № 14. – ст. 168.
31. Закон України «Про підприємства в Україні». – ВВР. – 1991 р. – № 24 із змінами та доповненнями.

32. Закон України «Про Єдиний митний тариф». – ВВР. – 1992 р. – № 19. ст. 259.
33. Закон України «Про плату за землю» 03.07.1992 р. – № 2535-XII із змінами та доповненнями.
34. Закон України «Про оплату праці». – ВВР. – 1995 р. № 17. ст. 95, 121.
35. Закон України «Про податок на додану вартість» // Все о бухчете. – 2001 р. – № 98. – ст. 10.
36. Закон України «Про оподаткування прибутку підприємств». – ВВР. – 1995 р. – № 4. – ст.28.
37. Закон України «Про охорону праці». –1992 р.
38. Закон України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти» від 22.02.2000 р. – № 1490-III.
39. Закони України «Про позашкільну освіту» від 22.06.2000 р. – № 1841-III // Орієнтир. – № 25. – С. 1-8; «Про загальну середню освіту» від 13.05.1999 р. № 651-XIV.
40. Закон України «Про професійно-технічну освіту» від 10.02.1998 р. № 103/98-ВР // Орієнтир. – 1998 р. - № 48-49. – С. 1-9.
41. Закони України «Про освіту» від 23.03.1996 р.; «Про вищу освіту» від 17.01.2002 р.
42. Господарський кодекс України: Офіц. видання. - К.: Концерн "Видавничий дім "Ін Юре", 2004 р. – 224 с.
43. Кодекс України про адміністративні правопорушення станом на 15 лютого 2008 р.: - К.: Вид. Паливода А. В., 2008. – 220 с.
44. Указ Президента України від 13.07.2001 р. № 519/2001 «Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки».
45. Указ Президента України від 01.06.1999 р. – № 595/99 «Про закупівлю товарів, робіт і послуг для державних потреб».
46. Постанова від 22.02.1992 р. № 83 «Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда» (з наступними змінами та доповненнями).

47. Постанова Кабінету Міністрів України (далі Постанова) від 04.04.1994 р. № 221 «Про затвердження Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності».
48. Постанова від 03.05.1995 р. – № 314 «Про організацію робочих місць для працевлаштування інвалідів» і «положення про робоче місце інвалідів та про порядок працевлаштування інвалідів» (з наступними змінами та доповненнями).
49. Постанова від 27 квітня 1998 р. № 578 «Положення про порядок надання безпроцентної позики безробітним для заняття підприємницькою діяльністю».
50. Постанова від 25 листопада 1999 р. № 2145 «Про Порядок проведення на конкурсних засадах оцінки та вибору інвестиційних проектів, що передбачають залучення коштів державного бюджету».
51. Постанова від 12 грудня 2000 р. № 1545 «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів».
52. Постанова від 7 грудня 2000 р. № 1788 «Про подальший розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів» (з наступними змінами).
53. Постанова від 26.12.2000 р. «Про утворення Комісії з питань діяльності підприємств та організації громадських організацій інвалідів».
54. Розпорядження від 13.02.2001 р. № 44-р «Про перелік продукції у разі закупівлі якої державні замовники допускають до участі у конкурсах виключно підприємства УТОСу, УТОГу, Союзу організацій інвалідів України та пенітенціарної системи».
55. Постанова від 13.12.2001 р. № 1650 «Про порядок формування та розміщення державних замовлень на поставку продукції для державних потреб і контролю за їх виконанням».
56. Постанова від 28 грудня 2001 р. № 1767 «Про порядок сплати підприємствами (об'єднаннями), установами, організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів».

57. Постанова від 10 січня 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки».
58. Постанова від 16 травня 2002 р. № 627 «Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів».
59. Постанова від 26.09.2002 р. № 1434 «Про затвердження Положення про Фонд соціального захисту інвалідів».
60. Постанова від 31 січня 2007 р. № 70 «Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».
61. Постанова від 12 травня 2007 р. № 716 «Про затвердження державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період 2011 р.».
62. Про Концепцію державної системи професійної орієнтації населення: Постанова від 27.01.1994 р. № 48; Положення про організацію професійної орієнтації населення від 31.05.1995 р. – № 27/16979 (Мінпраці та ін.).
63. Наказ Фонду державного майна № 1477 від 30.07.99. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 серпня 1999 р. «Про затвердження Положення про порядок відчуження основних засобів, що є державною власністю».
64. Наказ Міністерства економіки України № 258 від 27.11.2000 р. «Про затвердження Положення про оцінку та конкурсний відбір запропонованих міністерствами, іншими центральними та місцевими органами виконавчої влади інвестиційних проектів, що передбачають залучення коштів державного бюджету, та створення відповідної Комісії Мінекономіки» Зареєстровано в міністерстві юстиції України 12 грудня 2000 р. за № 909/5130.
65. Амоша О.І. Стан, тенденції та основні напрями розвитку соціально-трудових відносин на державному та регіональному рівнях // Соціально-економічні аспекти промислової політики. Соціально-трудові відносини у сучасних

- економічних умовах: 3б наук. пр.- Донецьк: Ін-т економіки промисловості НАН України, 2001. – с. 14-24.
66. Андриенко В.Е., Пона Д.И. Социально-экономическая структура и занятость инвалидов. – К.: НЦЗРТ. – 1993 р. 32 с.
 67. Афанасьев В.Г. Общество: системность, познание и управление. – М.: Политиздат. – 1981 р. – 434 с.
 68. Афонин А.С. Основы мотивации труда: организационно-экономические аспекты: Учебное пособие. – К.: МЗУУП, 1994. – 404 с.
 69. Беккер Г. Человеческий капитал (главы из книги). Воздействие на заработки инвестиций в человеческий капитал // США: экономика, политика, идеология. – 1993.-№11. – с. 109-119.
 70. Беккер Г. Теория распределения времени // США: Экономика, политика, идеология. – 1996. – № 1, 2.
 71. Белкин В., Белкина Н. Работник и работодатель: логика взаимного притяжения. – М.: Человек и труд. – 2003 р. – № 5. С. 84-85.
 72. Баровський А.Б., Потапенко Т.М., Щекин Г.В. Система методів професійної орієнтації. – Кн. 1. Основи професійної орієнтації: Учеб.-метод. пособие. – К.: МЗУУП. – 1993 р. – 164 с.
 73. Богданов С. Соціальний захист інвалідів: український та польський досвід. – К.: Основи. – 2002. – 93 с.
 74. Богиня Д.П. Концептуальні підходи до визначення конкурентоспроможності робочої сили на ринку праці // Україна: аспекти праці. – 1999.-№6. – С.3-8.
 75. Богиня Д.П. Соціально-трудові відносини в Україні в контексті організації оплати праці та регулювання доходів // Україна: аспекти праці. – 2003.-№7. – С.3-8.
 76. Бондарчук К. Напрямок удосконалення нормативно-правової бази для забезпечення зайнятості інваліда // Економіка України. – 2003 р. – № 11. – С. 69-73; Сприяння зайнятості інваліда // Економіка України. – 2002 р. – 9. – С. 35-43.
 77. Борецька Н.Зарубіжний досвід удосконалення ринку праці та соціального захисту населення // Економіка України. – 2000. – № 10. – С. 74-81.

78. Борецька Н.П. Методологічні проблеми соціального захисту населення // Методологія сучасних соціальних, економічних та психологічних досліджень: Тематичний збірник наукових праць. – Вип.2. – Донецьк: ДІРСП, 2002. – С.7-12.
79. Борецька Н.П. Розвиток галузей людського капіталу як основа соціальної політики держави // Менеджмент організацій й управління людськими ресурсами: Зб. статей: Ч.3. – Ялта.2005. – С.26-37.
80. Борецька Н.П. Стратегія менеджменту соціальної політики у постіндустріальній економіці // Вісник Донецького університету, сер.В: Економіка і право, спецвип., Т.2. – Донецьк: - Донецький національний університет, 2006. – 426 с.
81. Борецька Н.П. Механізм формування соціально орієнтованої політики України. Збірник наукових праць Донецького державного університету управління. Том VIII Серія «Державне управління», вип. 81. Удосконалення механізму державного управління зовнішньоекономічної діяльності: Донецьк – 2007, С.210 – 215.
82. Васильєва О. Інвалідність – не причин а для утриманства // Соц. захист. 2002 р. – № 2. – С. 28-29.
83. Васюренко О., Пасічник. Шляхи забезпечення розвитку кредитного забезпечення інноваційної діяльності // Економіка України. – 2000 р. – № 2. – С. 23-28.
84. Верховод І.С. Гідна зайнятість як інтегративно-субстанціональна складова трудової реабілітації інвалідів // Науковий вісник. Одеський державний економічний університет. – Науки: економіка, політологія, історія. № 3 (40) 2007. – С.83-89.
85. Верховод І.С. Економічні механізми працевлаштування інвалідів. // Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наукових праць. – Вип. 222. – Т. 4. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2007. – С. 829-835.
86. Верховод І.С. Актуальні аспекти вдосконалення системи забезпечення зайнятості та працевлаштування інвалідів // Держава та регіони. Науково-виробничий журнал. ГУ «ЗІДМУ», № 6, 2006. – С. 61-63.

87. Верховод І.С. Інституціональний механізм створення робочих місць для осіб з особливими потребами // Науковий вісник Одеського державного економічного університету. Науки: економіка, політологія, історія. - № 4 (24) 2006. – С. 266-274.
88. Верховод І.С. Освіта як перспективний напрям професійної реабілітації інвалідів // Проблеми сучасної педагогічної освіти. – Зб. статей: Вип.10. 4.1. – Ялта: РВВ РВНЗ КГУ, 2006. – С. 81-87.
89. Верховод І.С. Центри професійної реабілітації на шляху гідного працевлаштування інвалідів // Молодь і ринок: Науково-педагогічний та економічний журнал. – Дрогобич, № 7 (22) 2006. – С. 63-67.
90. Вірич О. Професійна реабілітація інвалідів: пріоритет державної політики // Соц. захист. – 2002 р. – № 12. – С. 15, 16.
91. Всеукраїнське громадське соціально-політичне об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України». Зареєстровано 10.01.2002 р. – № 1734. – Статут Асамблеї.
92. Вульфсон Б. Стратегия развития образования на Западе на пороге XXI века. – М.: УРЛО. – 1999. – С. 106.
93. Гаврюшенко Г. Створення спеціальних умов на робочому місці для осіб з обмеженими фізичними можливостями – досвід, який можна запозичити.
94. Галиц Г., Куліков Ю.М. Удосконалення механізму стимулювання створення робочих місць для інвалідів // Україна: аспекти праці. Науково-економічних та суспільно-політичний журнал. – 2003 р. – № 3. – С.10-15; Методологія системного наукового підходу щодо реабілітації осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Там же. – 2004 р. – № 1.
95. Генкин Б. Экономика и социология труда. – «Норма-инфра»: М. – 1999 р. - С. 102-106.
96. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». – М.: Госуд. предпр. «Национальный фонд содействия инвалидов в Российской Федерации». – 1998. – 235 с.
97. Гриненко А.М. Соціальний бюджет - основа ефективної соціальної політики України // Управління людськими ресурсами: держава, регіон, підприємство:

- Зб. наук. пр. Т 3 т. - Т. 1 / НАН України. Ін-т екон. пром-сті; - Донецьк, 2006. - 386 с.(С. 321-327)
98. Гриненко А.М. Соціальна політика України: оцінка сучасного стану, потреба та напрями її реформування. Зб. наук. праць. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії та практики. - Т. 1., Ч.І. - К.:КНЕУ, 2007. - С. 1-520. (с.165-176)
 99. Гриненко А.М. Соціальний розвиток суспільства в соціально-політичному вимірі // Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля №9(115), Ч 2, Луганськ, 2007 р. С.51-56.
 100. Грішнова О. Проблема ринкової трансформації освіти та професійної підготовки // України: аспект праці. – 1998 р. – № 1. – С. 26-28.
 101. Грішнова О.А. Людський капітал: формування в системі освіти і професійної підготовки. – К.: Т-во «Знання», КОО, 2001 р. – 254 с.
 102. Грищенко А. Государственное регулирование экономики // Экономика Украины. – 2001 р.– № 1. – С. 94-95.
 103. 103.Гулиан К.И. Метод и система Гегеля. – Т. 1-2. – М.: Наука. – 1962, 1963 р. – 347 с.
 104. Данюк В.М. Людські ресурси України в умовах системної кризи // Проблеми формування ринкової економіки: Науковий збірник. Спец. вип. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії та практики. – К.: КНЕУ, 2001 р. С 9-19.
 105. Демченко І. Комунальна політика зайнятості у Німеччині // Україна: аспекти праці. – 1999. – № 8. – С. 38-40.
 106. Державний класифікатор України: Класифікатор професій. К.: Соцінформ, 584 с.
 107. Державна статистична звітність за формою № 4-И «Звіт про кількість інвалідів та їх працевлаштування по Україні» за 2000-2006 р.
 108. Державна статистична звітність за формою № 14 «Звіт про працевлаштування інвалідів органами соціального захисту населення України» за 2000-2006 р.

109. Державна статистична звітність за формою № 2-ПН «Звіт про працевлаштування і зайнятість населення, яке звернулося до служби зайнятості України» за 2000-2006 р.
110. Державна статистична звітність за формою № 6-ПВ «Чисельність окремих категорій працівників та підготовка кадрів» за 2000-2006 р.
111. Дубич К. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції // Соц. захист. – 2003. – № 9. – С.34-35.
112. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. – М.: Республика, 1996. – С.110-147.
113. Ена А., Кальниш З. Психофизиологическая реабилитация как фактор поддержания профессиональной работоспособности // Охрана труда. – 2003. – № 2. – С. 39-40.
114. Жуков О. Нові форми та проблеми підготовки фахівців в умовах економічної інтеграції України в Європейський союз: Збірник текстів наук. конф. – Львів. – 1996. – С. 254-255.
115. Журбенко Про пільгове оподаткування громадських організацій інвалідів та їх підприємств і організацій // Соціальний захист. – 2001. – № 8. – С. 38-40.
116. Жульковская Т. Люди с ограниченными интеллектуальными возможностями в Дании: эволюция институтов социализации. – М.: Социум. – 2001. – 80 с.
117. Зарецкая С.Л. Социальное обеспечение в странах Запада. – М.: 1994.
118. Исаенко А. Человеческий капитал – определяющий фактор экономического роста // Человек и труд. – М.: 2002. – № 3. – С. 83-87; Грани труда (от редакции). Первый доклад МОТ о дискриминации в сфере труда // Человек и труд. – М.: 2003. – № 6 – С. 64.
119. Кальниш З.Е. Систематизация психофизиологического обеспечения профессионального отбора // Охрана труда. – 2003. – № 3. – С. 44.
120. Кейнс Дж. Общая теория занятости, процента и денег. – Кн. 4. Побуждение к инвестированию // Антология экономической классики. – М.: «Эконов-Ключ». – 1993. – С. 60-62.

121. Кір'ян Т.М. Праця, заплата, соціальний захист: проблеми та шляхи вирішення. – К.: „Соцінформ” – 2002. – 325 с.
122. Кір'ян Т., Верховод І. Системно-концептуальний підхід щодо соціально-професійної реабілітації інвалідів // Україна: аспекти праці. – 2007. - №2. – С.3-10.
123. Кокурин Д. Инновационная деятельность как форма труда и развитие бизнеса // Человек и труд. – М. – 2001. – № 2. – С. 60-62.
124. Колєшня Л. Методологічні основи вдосконалення професійної структури підготовки і перепідготовки безробітного населення // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 4. - С. 19-23.
125. Колєшня Л. Основні напрями розвитку трудової зайнятості осіб з обмеженими можливостями в контексті Плану дій Ради Європи // Україна: аспекти праці. – 2007. - №4. – С.22-26.
126. Колєшня Л. Тимошек Т. Шляхи соціальної інтеграції інвалідів у суспільне життя через упровадження організаційної моделі зайнятості // Україна: аспекти праці. – 2005. – № 7. с. 14-21.
127. Коуз Р. Фирма, рынок и право. Бумажное русскоязычное издание: М.: «Дело ЛТД» при участии изд-ва «Catallaxy», 1993. – 192 с.
128. Кравченко І.С. Інвестиції в людський капітал та їх вплив на інтеграційні процеси // Матеріали четвертої міжнародної наук. конф. Проблеми економічної інтеграції України в Європейський Союз: Інвестиційні аспекти. – Донецьк. – 1999. – С. 202-204.
129. Куліков Ю. Лізингове регулювання зайнятості молоді // Праця і зарплата. – 2003. – № 38.
130. Куліков. Ю. Методологічні основи створення цілісної системи реабілітації інвалідів.
131. Куровська Г. Основні концепції державної політики залучення осіб з інвалідністю до ринку праці : міжнародний аспект. // Україна: аспекти праці. – 2007. – № 1. с. 43-45.
132. Лібанова Е. Подолання бідності: погляд науковця // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 7. – С. 26-32.

133. Лук'янченко Н.Д., Калинина С.П., Моложавый В.М. Регулирование рынка труда региона. – Донецк: ДонГУ. – 1999. – 202 с.
134. Лебедева Л.Ф. Политика трудоустройства социально уязвимых групп населения США // США, Канада: экономика – политика – культура – 2001. - № 9. – С. 40-51.
135. Майоров Г.Г. Теоретическая философия Г.В.Лейбница. – М.: Наука. – 1973. – 354 с.
136. Макконнел К.Р., Брю С.Л. Экономикс. Принципы, проблемы и политика. Т. 1. – М.: Республика, 1992. – С.24, 334.
137. Мальтус Т. Опыт о законе народонаселения. – XV, - Кн.Пятая. Антология экономической классики. – М.: Эконом-Ключ, 1993. – 674 с.
138. Маркс К. К критике гегелевской философии права. – Маркс К., Энгельс Ф. – Соч. 2^{ое} изд. – Т.1. – С. 219-368.
139. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми та шляхи впровадження ранньої соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я», м. Миколаїв, 30-31 січня 2003 р.
140. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми професійної реабілітації та працевлаштування інвалідів». – Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів (с. Лютіж), 25-26 грудня 2003 р.
141. Машталярчук Б. Відкритий лист // Повір у себе. – 2002. – № 70.
142. Мостіпан О. Держава та громадські організації інвалідів // Соціальний захист. – 2002. – № 4. – С. 42-43.
143. Новікова О.Ф. Напрями забезпечення дієвості та ефективності нового трудового кодексу в Україні // Социально-экономические аспекты промышленной политики. Социально-трудовые отношения в современных экономических условиях: Сб. науч. тр. – Донецк: Ин-т Экономики пром-ти НАН України, 2003. – Т. 1. – С. 5-12.
144. НортД. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики. – М.: Начало, 1997. – 198 с.

145. Орішака С. Центр медичної, соціально-трудової та професійної реабілітації дітей-інвалідів // Соц. захист. – 2002. – № 6. – С.17-18; Міжвідомча рада з питань ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів: перші кроки // Соц. захист. – 2003. – № 3. – С. 28.
146. Осауленко О.Г., Новикова О.Ф. Спостереження та вимірювання соціальної захищеності населення України: проблеми становлення. – Донецьк, Київ, 2003. – 440 с.
147. О'Шонесси Дж. Принципы организации управления фирмой. Ч. III – Системный подход. – М.: Прогресс. – 1979. – С. 235-302.
148. Петюх В.М. Ринок праці // Навч. посібник. – К.: КНЕУ. – С. 199-288.
149. Практичний посібник з регулювання проблем інвалідності на робочому місці // МОП, Женева, 2001. – С. 31.
150. Праця, зарплата, соціальний захист: проблеми та шляхи вирішення / За ред. Т.м. Кір'ян. – К.: Мінпраці України, НДІ праці, 2002. – 325 с.
151. Проблемні питання праці та соціальної політики / За ред.. М.М. Папієва, Т.М. Кір'ян. – К.: Мінпраці України, НАН України, НДІ праці, 2003. – 512 с.
152. Проблеми підвищення ефективності професійної реабілітації інвалідів з метою розширення їх зайнятості, 2003 р. – НДІ праці і зайнятості населення Мінпраці та НАН України. – Шифр 1.7. – УДК 20.331.361. – № держреєстрації 0103U005586. – 159 с.
153. Протокольне рішення № 1 Організаційного комітету з підготовки і приведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю та Ради у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України від 4.02.2004 р. // Благовіст. – 21. 02.2004 р. – № 7.
154. Проблемы профориентации и профотбора / Под ред. Н.Г. Чумаченко. – К.: Наукова думка. – 1974. – 296 с.
155. Прокоф'єв В. В. Оперативно реагувати на потреби кожного. // Соціальний захист– 2006. № 3. С. 38-41.
156. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами // Державна доповідь – Київ. – 2002. – 160 с.

157. Пушня С. Профессионал – требование времени // Персонал. – 1998. – № 4. – С. 71-72.
158. Рапопорт А. Различные подходы к общей теории систем. В кн. «Системы и системные исследования». – М.: Наука. – 1970. – 273 с.
159. Решетникова А. Нетрадиційна форма лізингу: лізинг персоналу // Україна: аспекти праці. – 2002. – № 3. – С. 45-48.
160. Ринок праці України у 2002 р. «Аналітично-статистичний збірник» // Державний центр зайнятості Міністерства праці та соціальної політики. – 2003. – 256 с.
161. 2003 рік людей з інвалідністю. Всеукраїнське громадське соціально-політичне об'єднання «Національна асамблея інвалідів України». – Київ. – 40 с.
162. Роик В. Доктрины и концепции социального страхования // Человек и труд – 2005.-№6.– С. 15.
163. Роик В. Социальное страхование: теоретические и методологические основы // Человек и труд. – 2005.-№2.- С. 24.
164. Розробка механізму стимулювання створення робочих місць для соціально-незахищених верств населення, 2002 р. – НДІ праці і зайнятості населення Мінпраці та НАН України. – Шифр 1.3. – УДК 331.572.4.001.6. – № держреєстрації 0102U003378. – 158 с.
165. Рыбакова Н.А. Социальная работа и социальное образование: условия сохранения и развития жизненных сил человека в динамике социобытия. – Псков. – 2000. – 182.
166. Савченко В.А. Методологічні основи визначення потреби у кваліфікованих кадрах // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 4. – С. 23.
167. Самуэльсон П. Экономика. М.: Прогресс, 1964; Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов // Антология эконом. Классики. – М.: «Эконом-Ключ». – 1993. – С. 379-396.
168. Сичкар А. Черкащина: комплексний підхід до проблеми // Соц. захист. – 2002. – № 12. – С. 25-27.

169. Соціальний захист населення України: Стат. Збірник // Державний комітет статистики України, 2007 р. – 122 с.
170. Соціальні трансформації: міжнародний і вітчизняний досвід: монографія / В.М. Новиков, Н.П. Сітнікова, Л.А. Мусіна, В.В. Семенов / За ред. В.М.Новикова. – К.: Ін-т економіки НАН України, 2003. – 253 с.
171. Струмилин С.Г. Изобр. произв., Т2. – АНСССР. – С. 178-182.
172. Слезингер Г. Социальная экономика плюс социальная организация труда // Человек и труд. – 2001. – № 7. – С. 77-81.
173. Соколов В.В. Спиноза. – М.: Мысль. – 1973. – 291 с.
174. Сташків Б.І. Професійна реабілітація інвалідів // Соціальний захист. – 2001. – № 1. С. 41-44.
175. Талан. М. Здобутки та перспективи в сфері реабілітації та зайнятості інвалідів// Соціальний захист. – 2006. - № 6. – С. 32-34.
176. Таран І. Центр, що повертає до активного життя // Соціальний захист. – 2003. – № 6. – С. 28-30.
177. Тимошек Т. Р. Проблеми працевлаштування і зайнятості осіб з обмеженими можливостями. Формування ринкової економіки. Збірн. наукових праць. Т. 3. Регулювання соціально-трудових відносин на ринку праці. – К. : КНЕУ. 2005. - с. 546-550.
178. Тимошек Т. Р. Моніторинг у сфері зайнятості осіб з обмеженими // Україна: аспекти праці. – 2005. – № 4. с. 29-37.
179. Терюханова І. Зайнятість інвалідів: реалії та перспективи. // Україна: аспекти праці. – 2007. – № 1. с. 3-8.
180. Тяхтенко Н.А. Соціально-економічні аспекти професійної орієнтації населення у процесі формування трудових ресурсів // Україна: аспекти праці. – 1998. – № 5. – С.24-27.
181. Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. – Пер. с англ. – М.: ИКЦ, «Дис». – 1997. – 495 с.
182. Самуэльсон П. Экономика. М.: Прогресс, 1964; Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов // Антология эконом. Классики. – М.: «Эконом-Ключ». – 1993. – С. 379-396.

183. Уварив В. Людям з особливими потребами – належний рівень освіти // Соціальний захист. – 2002. – № 12. – С. 18, 19.
184. Уильямсон О. Экономические институты капитализма. Фирмы, рынки и «отношенческая» контракция. Пер. с англ., под ред. В.С. Коталько. – СПб.: Лениздат., 1996. – 702 с.
185. Федченко А. Минимальная зарплата как социальная гарантия и элемент системы оплаты труда // Человек и труд. – 2001. – № 9. – С. 59-61.
186. Формування ринкової економіки: зб. наукових праць. Спец. вип. Управління людськими ресурсами: проблеми теорії і практики. Т. 3. Регулювання соціально-трудових відносин на ринку праці. – К.: КНЕУ, 2005.- 648с.
187. Целуйко р. Активізація інвестиційної діяльності в Україні // Економіст. – 2000. – № 11. – С. 28-29.
188. Черниш Т. Особливості зайнятості окремих слабо захищених категорій населення на ринку праці України // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 5. – С. 18-24.
189. Шашкевич П.Д. Теория познания И. Канта. – М.: Мысль. – 1960. – 237 с.
190. Шульженко Д. І. Корекційні аспекти роботи психопедагога в процесі реабілітації. // Соціальний захист – 2006. № 1 С. 37- 40.
191. Шевцов А. Г. Ресурси реабілітації // Соціальний захист – 2006. № 2. С. 33-37.
192. Campbell J. I. Institutional Change and Globalization – Princeton and Oxford Princeton University Press. 2004. – P.1.
193. Mobley L., Mc Keown K. Beynd IBM, N.Y., 1989. – p. 115.
194. North D. The Economics of Property Right. Cambridge, 1974.
195. Shultz T. Investing in People. – London; University California Press, 1981.
196. Thurow L. Invesment in Human Capital. – Belmont, 1970.
197. www.mlsp.gov.ua
198. www.ukrstat.gov.ua