

УДК 364.043

Шевченко Андрей Иванович,

докторант кафедры философии и социологии Красно-
дарского университета МВД России.
akademus07@rambler.ru

Shevchenko Andrey Ivanovich,

Candidate for Doctorate, Chair of Philosophy and Social
Sciences, Krasnodar University under the Interior
Ministry of Russia,
akademus07@rambler.ru

К ВОПРОСУ ОБ ОПЫТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЧЕЛОВЕКУ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

AN ISSUE OF PRACTICE IN IMPLEMENTING THE POLICY TOWARDS PHYSICALLY CHALLENGED PEOPLE

В статье анализируются организационные и правовые основы политики по отношению к людям с ограниченными возможностями, опыт, проблемы и возможности их решения в мире и современной России. Автор рассматривает ключевые моменты различных типов государственной политики в отношении проблемы инвалидности, реализующиеся в мировой практике.

The paper considered institutional and legal aspects of the policy towards physically challenged people, with a review of practices of issues solved and opportunities offered round the globe and in the contemporary Russia. The author examined the main points in various approaches of the State policy towards disability issues implemented worldwide.

Ключевые слова: инвалид, социальное положение, социальная политика, государство, трудовая занятость, права и достоинство людей с ограниченными возможностями.

Key words: a disabled, social standing, social policy, the State, employment, human rights and decent standing of physically challenged people.

Рассматривая вопрос регулирования проблемы инвалидности, с одной стороны, в макромасштабе, с другой – в контексте региональных реалий, необходимо заметить следующее. Согласно докладу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в современном мире насчитывается порядка *одного миллиарда человек* (около 16% от численности населения всего земного шара), которые имеют ту или иную разновидность инвалидности. Примечательно, что в глобальном масштабе имеет место динамика численности людей с ограниченными возможностями. Например, в 1970 г., согласно ВОЗ, процент инвалидов составлял лишь 10% [1]. Причем, около 795 млн чел. обладают признаками инвалидности уже с юношеских лет (с 14 лет и более). Анализируя степень и дифференциации ограничения возможностей индивидов в рамках инвалидности, следует отметить, что более 110 млн чел. (2%) испытывают весьма существенные трудности с функционированием, тогда как тяжелые разновидности инвалидности имеют около 190 млн чел. (порядка 4%). Это такие виды ограничения возможностей, которые связаны с пороками и поражениями опорно-двигательной системы, глубокой психической аномальностью или слепотой [2].

Фиксируя глобальные параметры детской инвалидности в возрасте до 14 лет, следует отметить, что всего выделяется около 95 млн (5,1%) детей, имеющих ограничение возможностей, в то время как 13 млн (ок. 1%) имеют тяжелую форму, сопровождающуюся полной неспособностью самостоятельного функционирования индивида.

Как отмечается в докладе ВОЗ, возрастание числа инвалидов происходит, во-первых, из-за процессов старения населения, приводящих к интенсификации *инвалидогенности*, так как пожилые люди, в силу социальных реалий и здоровья, находятся в главной зоне риска. Во-вторых, в связи с увеличением общемировой статистики по хроническим заболеваниям, тяжелых отклонений в области психики, хронического сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы и т.д. Как отмечается в докладе, на региональном уровне инвалидогенность сопряжена не только с ростом статистики патологических отклонений, но и в связи с ухудшением общей ситуации загрязнения окружающей среды, увеличением травматизма на дорогах, отсутствием условий для здорового питания, бедностью, ростом числа наркозависимых индивидов и т.д. Как полагает исследователь гендерных и биологических вопросов инвалидности Э. Купер (E. Cooper), инвалидность – это предельно индивидуализированное явление, так как «существует тенденция объединять инвалидов в одну общую категорию, однако у каждого человека свой случай и своя история инвалидности» [3].

Таким образом, инвалидность невозможно регулировать в отрыве от экономических, институциональных, ценностных характеристик социума. Указанную проблему необходимо рассматривать в философском ключе ценностей, идеологии и культуры. Отношение к лицам с ограни-

ченными возможностями требует особой сознательности, развитых нравственных категорий, а это – вопросы индивидуальной и социальной этики, то есть вопросы философского характера.

Вообще, нужно отметить, что институционализация государственной политики в отношении инвалидности имеет свою идеологическую и правовую составляющие. Э. Эйд (*Arne Eide*), рассматривая социокультурные и экономические аспекты проблемы, полагает, что между инвалидностью и социокультурным окружением, экономическим пространством и бедностью существует особый «порочный круг», когда «лица с ограниченными возможностями, не имеющие доступа к образовательным ресурсам, чаще всего находятся в неблагоприятном положении на рынке труда и часто получают низкооплачиваемую работу» [4].

Рассмотрим ключевые моменты различных типов государственной политики в отношении проблемы инвалидности, реализующиеся в мировой практике.

Традиционно выделяется два типа государственной стратегии в отношении регулирования проблемы инвалидности. Как полагает эксперт в области международных социальных программ Дэниел Монт (*Daniel Mont*), политика инвалидности, как правило, имеет два вектора, которые время от времени конфликтуют друг с другом. Один из них – это страхование и материальная поддержка инвалидов. «Адекватное питание, жилье и здравоохранение, создание инвалидам достойной жизни, свободной от страха и нужды. Помимо материальной поддержки, другой вектор государственной политики – это активная интеграция инвалидов в социальную и экономическую жизнь общества, открывающая перед инвалидами полный спектр возможностей участия в экономике и обществе в целом» [5].

Как известно, все страны ОЭСР обеспечивают прямые денежные пособия инвалидам. Эти льготы предоставляются за счет трех видов программ:

- универсальные программы, датирующие все категории лиц с ограниченными возможностями;
- страховые программы, выплачивающие субсидии только работникам-инвалидам на основании налоговых вкладов в программу;
- нестраховые программы, ориентированные на конкретные выделенные группы.

Например, в Дании, Норвегии, Швеции, Швейцарии приоритет отдается, в основном, универсальным программам при практически полном отсутствии программ для выделенных групп. В то время как в Германии, Корее, Италии, Португалии, Турции, Англии государственная политика имеет адресный характер, при котором преобладают программы для узкоспециальных групп. В Канаде отсутствие универсальной программы выплат инвалидам компенсируется страховыми, региональными формами поддержки.

В США существуют несколько систем финансовой опеки инвалидов: во-первых, это «Программа социального страхования по инвалидности» – the Social Security Act (SSA), определяемая вторым разделом «Закона о социальном обеспечении», и программа «Дополнительного социального дохода» – Supplemental Security Income program (SSI). «Программа социального страхования по инвалидности» – The Social Security Disability Insurance program (SSDI) обеспечивает выплаты инвалидам, покрываясь в рамках программы общего социального обеспечения. Программа «Дополнительный социальный доход» является средством поддержки инвалидов, слепых и пожилых людей, которые имеют ограниченный доход, независимо от их трудового стажа и отношения к трудоустройству.

В течение последних двух десятилетий SSDI и SSI программы получили большее число участников, чем ожидалось. В 2000 г. «Управление социального обеспечения» США выплатило 50 млрд долл. денежных пособий до 5 млн работников в рамках SSDI. В период с 1989 по 2000 год число работников, получающих SSDI, выросло с 2,9 млн до почти 5,0 млн, что приближается к 74%. Кроме того, в 2000 г. «Управление социального обеспечения» выплатило 19 млрд долл. гражданам с ограничением по зрению и инвалидам различных возрастных категорий, работающих в рамках программы SSI. В значительной степени этот рост отражает увеличение числа людей, обращающихся за помощью к программам, и снижение числа лиц, закончивших участие в программах.

Проблемы между двумя указанными подходами в государственной политике помощи инвалидности, как полагает Д. Монт, связаны с логическими (на уровне определений) и фактическими (на уровне реализации) противоречиями между двумя парадигмами. Так, в частности, усиленная интеграция инвалидов в общество повышает количество социокультурных, экономических и иных рисков. Программы, гарантирующие инвалидам стабильные страховые выплаты, становятся препятствием для активного участия инвалидов на рынке труда. Таким образом,

чем стабильнее и экономически выгоднее страховые выплаты по инвалидности, тем менее инвалиды заинтересованы в интеграции в трудовую социальную систему. С другой стороны, политика, направленная на стимулирование всестороннего участия людей с ограниченными возможностями в сфере занятости, часто понижает уровень безопасности для них. Задача состоит в том, чтобы реализовать поддержку и стимулы, способствующие полноценному участию инвалидов в обществе, обеспечивая при этом их средствами для достойной жизни.

Проблема слабой эффективности обеих программ при одновременном применении в начале 2000-х гг. привела к сдвигу государственной модели поддержки инвалидов в странах ОЭСР с чисто экономической в сторону *интеграционной*. Эта политика развивала комплекс мер, включая денежные пособия (в качестве вспомогательного аспекта), систему специальных услуг, стимулов для трудящихся и работодателей, антидискриминационных законов и стимуляции факторов, способствующих всестороннему участию инвалидов в жизни здорового общества.

Указанный сдвиг потребовал более широкого социокультурного определения инвалидности. Так, в частности, традиционное определение инвалидности через *болезнь* или *дисфункциональность* заменено новыми интерпретациями. Инвалидность рассматривается не просто как результат заболевания или травмы, а как следствие негативного взаимодействия в физических, социальных и политических условиях.

Сдвиг в сторону интеграционной модели, помимо аксиологических проекций, имел, безусловно, прагматические, поскольку не включенные в общество инвалиды – это груз для семьи и общества. Когда инвалиды не полностью интегрированы в общество и экономику, они становятся причиной дополнительных расходов для членов их семей. Исследование социокультурных аспектов инвалидности, проведенное в Уганде, предполагает, что низкая социальная позиция членов семей, в которых имеются родственники-инвалиды, более вероятна по отношению к семьям без инвалидов. Родственники инвалидов, не включенных в трудовые отношения, несут на себе бремя поддержки, жертвуя своим временем, ресурсами, которые могли быть потрачены на карьерный рост, социальную мобильность и приобретение новых навыков, востребованных на рынке труда. В семьях, где есть инвалиды, отмечался более низкий показатель посещаемости школы детьми. Таким образом, интеграционная модель для людей с ограниченными возможностями более соответствует современным реалиям.

Однако интеграционная парадигма имеет ряд факторов, повышающих ее социальную инертность. Эффективность интегративной модели инвалидности, с одной стороны, имеет внутренние аспекты (мотивация, способности инвалидов к включению в общество и т.д.) и, с другой – внешние, связанные с рецепцией инвалидов в качестве членов общества *неинвалидами*. Если раньше дискриминация в отношении инвалидов была открытая – то сейчас скрытая. «В некоторых странах людям с ограниченными возможностями негласно отказывали в элементарных правах. Дискриминация на рынке труда и в предоставлении социальных программ, таких как здравоохранение и образование – частое явление» [6]. Таким образом, современные вопросы государственной политики регулирования инвалидности определяются правовыми, административными, экономическими, социокультурными и т.д. комплексами.

Важнейшим пунктом правовой архитектуры государственной политики США в отношении инвалидности выступает «Закон о борьбе с дискриминацией», согласно которому отказ от приема на работу на основании инвалидности человека является незаконным. Эти законодательные инновации, появившись в Соединенных Штатах со времен «Закона об американцах-инвалидах» – Americans with Disability Act (ADA), повлияли на аналогичные акты в Канаде, Великобритании и Австралии. «Закон об американцах-инвалидах» направлен на стимулирование найма и удержания работников-инвалидов путем предоставления им определенных прав. ADA, который вступил в силу в 1992 г., состоит из двух основных компонентов. Работодателям запрещена дискриминация в отношении людей с ограниченными возможностями на предмет найма, расчета компенсаций, увольнения или продвижения по службе. Работодатели обязаны предоставлять инвалидам доступные рабочие станции, идти навстречу реструктуризации работы, установку специального оборудования или вспомогательных устройств.

Важнейшим подходом аксиологического, социокультурного интегрирования инвалидов в общество является известный «*принцип нормализации*». Согласно этому подходу, интеграции инвалидов в сферу занятости, в различные общественные структуры, получению ими услуг образования, здравоохранения и т.д. должна предшествовать особая идеология «нормальности», то есть позиция, согласно которой инвалиды – это нормальные, «такие же, как и все» члены общества. Принцип нормализации широко обсуждался в западной прессе и был предметом

многочисленных дискуссий и противоречий. Эти недоразумения возникают из-за того, что сам термин «нормальный» семантически определяется в том числе *отсутствием инвалидности*. Одно из определений социокультурной нормализации инвалидов следующее: «Использование социокультурных, нормативных средств для противодействия девальвации жизни инвалидов для достижения условий существования, по крайней мере, такого же уровня, как у рядовых граждан» [7].

Политики в области занятости используют несколько механизмов регулирования проблемы инвалидности. Так, реализуются непосредственные нормы, обязывающие работодателей, предписывая определенные юридические обязательства. Они влияют на фактор спроса на рынке труда, заставляя работодателей нанимать работников-инвалидов. Формируются квоты на работу людей с ограниченными возможностями, а также сопутствующие штрафы за несоблюдение этих норм. В частности, в Канаде и США антидискриминационное законодательство дает людям с ограниченными возможностями правовую защиту, если инвалидность негативно повлияла на условия их найма, если имел место факт незаконного увольнения или если работодатели не предоставили необходимые инструменты для работы инвалида.

Политика «противовесов» предназначена для повышения конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Основной задачей такой политики является то, что инвалиды с профессиональной точки зрения являются изначально *менее продуктивными* или требуют большей подготовки, больших начальных затрат. Политика «уравновешивания» может заключаться в субсидировании заработной платы, профессиональной реабилитации, выделении средств для покрытия адаптации на рабочем месте. Как таковые, эти меры работают на стороне спроса, уменьшая дополнительные расходы на наем работников-инвалидов, но и на стороне предложения, увеличивая их производительность.

Рассматривая ситуацию государственного регулирования проблемы инвалидности, в частности, на уровне квотирования инвалидов в сфере занятости, следует отметить, что, например, во Франции с 1987 г. существует особая система квот для работодателей, предписывающая оставлять не менее 6 % мест для сотрудников-инвалидов. Если же работодатель не в состоянии удовлетворить данное условие, то платит в особый фонд. Эта норма действует для компаний, включающих 20 и более сотрудников. Если работодатели не выполняют обязательства системы квот через установленные механизмы, то они могут это сделать путем внесения взносов в фонд для профессиональной интеграции инвалидов. Этот ежегодный взнос составляет от 300 до 500 ставок почасовой минимальной заработной платы, в зависимости от тарифа и профиля учреждения. Деньги из фонда могут быть использованы для субсидирования на дополнительные расходы, на учебные мероприятия для работников-инвалидов, на разработку особых конструктивных приспособлений на рабочем месте, на профессиональную реабилитацию.

Результаты этой программы, однако, носят смешанный характер. Примерно половина учреждений, предусмотренных законодательством, не превысили квоту, и уровень занятости людей с ограниченными возможностями вырос лишь незначительно, с 3,76 % в 1991 г. до 4,05 % в 1995 г. С другой стороны, возрос фонд, финансирующийся по законодательству квот, собрав и распределив 398 млн евро в 2002 г. 35 % было направлено на работодателей, 17 % потрачено на прямые услуги инвалидам и 48 % направлено на финансирование поставщиков услуг, задействованных в оптимизации жизни работников-инвалидов [8].

Аналогичная политика в отношении интеграционной парадигмы инвалидности реализована в Китае. Китай создал систему квот в начале 1990-х. В то время инвалиды составляли менее 1% от общего числа людей, вовлеченных в сферу занятости. Квоты в Китае не устанавливаются на национальном уровне, но варьируются отдельно по провинциям. Закон гласит, что квоты должны быть в соответствии с установленным администрацией провинции уровнем. Если работодатели не отвечают соответствующим квотам, они выплачивают в «страховой фонд занятости», который посвящен обеспечению занятости людей с ограниченными возможностями. Вклад пропорционален разнице между квотой и численностью работников-инвалидов, умноженных на среднегодовую заработную плату провинции и города, где находится работодатель. Полученные средства используются для оплаты профессионального образования, заработной платы и субсидий работодателям, для компенсации дополнительных расходов на наем инвалидов. Средства также могут выделяться на поощрение работодателей, которые превышают квоту. Таким образом, квотирование и стимулирование условий найма инвалидов – слагаемые политики интеграции людей с ограниченными возможностями в Китае.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. World Health Organization. World report on disability. – Geneva. 2011.
2. United Nations ESCAP. Disability at a Glance: a Profile of 28 Countries and Areas in Asia and the Pacific. – Bangkok. 2012.
3. Elaine Cooper. Sexuality and Disability. – Abingdon. 1999. – P. 4.
4. Arne Eide, Benedicte Ingstad. Disability and poverty: A global challenge. – Bristol. 2011. – P. 5.
5. Daniel Mont. Disability Employment Policy // Social Protection Discussion Paper Series No. 0413. – Washington. 2003. – P. 4.
6. Social Protection Discussion Paper Series. No. 0413. – Washington. –P. 5.
7. Len Barton. Disability, Handicap and Life Chances. – Bristol. 2005. – P. 68.
8. Social Protection Discussion Paper Series. No. 0413. – Washington. 2003. – P. 22.