

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

*А.В. Демьянова*

**СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В СФЕРЕ  
ЗАЩИТЫ ПРАВ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ**

Препринт WP3/2015/09

Серия WP3

Проблемы рынка труда

Москва  
2015

Редактор серии WP3  
«Проблемы рынка труда»  
*В.Е. Гимпельсон*

**Демьянова, А. В.**

Социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России [Электронный ресурс]: препринт WP3/2015/09 / А. В. Демьянова ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – Электрон. текст. дан. (2 Мб). – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP3 «Проблемы рынка труда»). – 50 с.

В работе описывается становление институтов социальной поддержки инвалидов в России с начала 1990-х годов по настоящее время. Предложена периодизация этого процесса, основанная на анализе изменений законодательства в части присвоения статуса инвалида и пенсионного обеспечения инвалидов. Рассмотрены изменения государственной социальной политики по защите прав инвалидов по четырем направлениям: порядок присвоения статуса «инвалид», пенсионное обеспечение, защита занятости и льготы. Выявлено, что уровень инвалидности зависит не только от объективных показателей здоровья населения, но и от институциональных факторов. Расширение неденежных льгот для инвалидов в 1990-е годы было одной из основных причин роста численности инвалидов в этот период. Использование трудоспособности в качестве критерия назначения пенсий и выплат по инвалидности привело к росту численности инвалидов в пенсионном возрасте, а также к снижению занятости среди них. Слабость контроля за исполнением законодательства в сфере квотирования и создания специализированных рабочих мест ограничивала защиту занятости инвалидов.

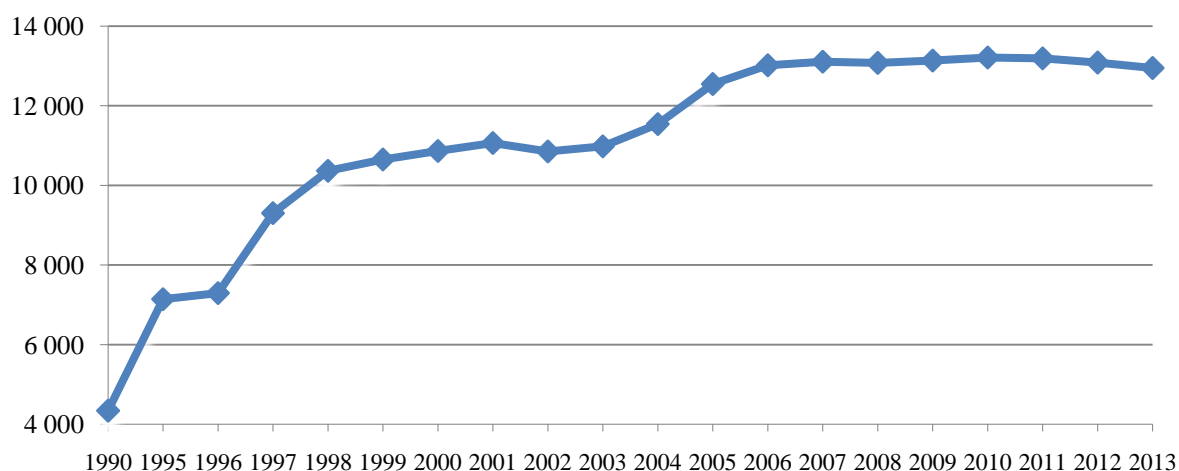
Ключевые слова: инвалидность, социальная политика, пенсии по инвалидности

Препринты Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики» размещаются по адресу: <http://www.hse.ru/org/hse/wp>

© Демьянова А. В., 2015  
© Оформление. Издательский дом  
Высшей школы экономики, 2015

## Введение

Проблема инвалидности широко обсуждается в современном мире в связи с высокой численностью инвалидов, слабой защищенностью этой группы на рынке труда, в сфере образования и других сферах жизнедеятельности. По данным Росстата, в начале 2014 г. в России проживало 12,9 млн инвалидов (9,0% от общей численности населения), что более чем в 3 раза превысило показатель 1990 г. При этом увеличение показателя имело неравномерный характер: неоднократно наблюдались «скачки» в численности инвалидов (рис. 1). Существенно изменилась и структура инвалидности по группам: среди впервые признанных инвалидами выросла численность инвалидов III группы, сократилась численность инвалидов II группы при несущественных колебаниях доли инвалидов I группы (рис. 2). Росту численности инвалидов и изменению состава инвалидов способствовало не только ухудшение здоровья населения и демографических показателей, но и экономические кризисы, институциональные изменения в стране и изменения законодательства, регулирующего положение инвалидов.



*Источник:* Росстат, База данных «ЕМИСС», Федеральная служба статистики, Здравоохранение и социальные услуги, Общая численность инвалидов.

*Рис. 1.* Общая численность инвалидов, тыс. человек

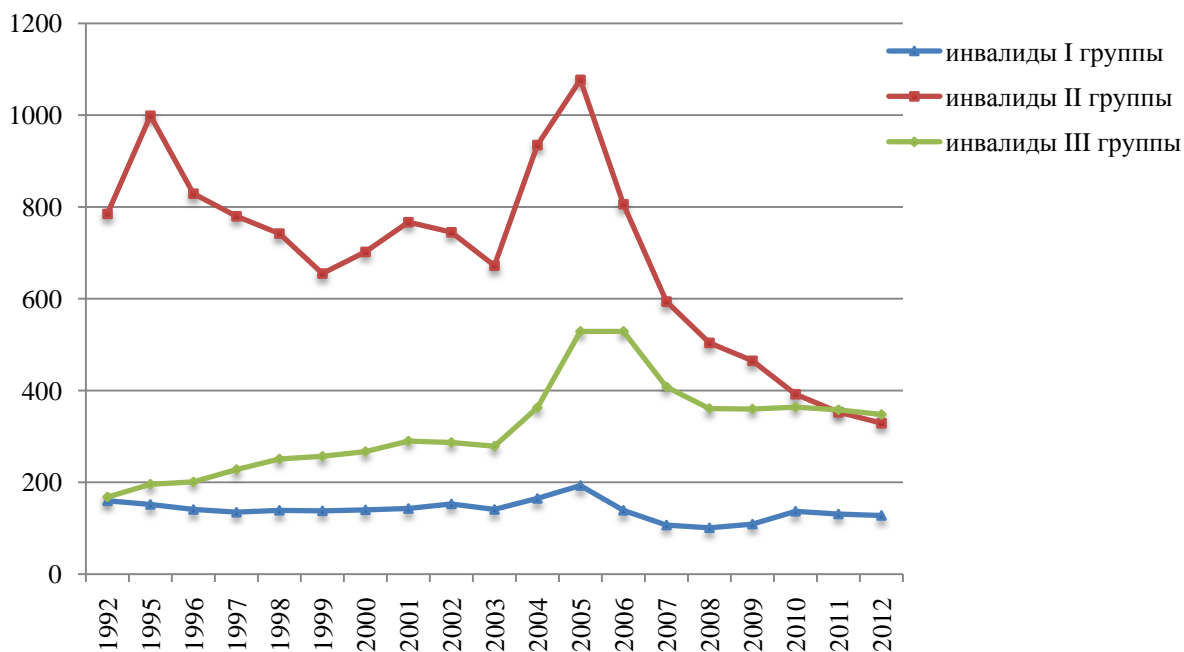
Целью данной работы является анализ становления институтов социальной поддержки инвалидов в России с начала 1990-х годов по настоящее время. В связи с этим в работе рассматривается эволюция нормативно-правовой базы и социальной политики по защите прав инвалидов в СССР и современной России по следующим ключевым направлениям:

а) определение инвалидности и порядок приобретения статуса инвалида (критерии, используемые при присвоении статуса, сложность процесса приобретения статуса для инвалида, периодичность переосвидетельствования и т.д.);

б) система выплат по инвалидности, в том числе пенсий, выплачиваемых инвалидам (условия получения выплат, размер выплат);

в) система неденежных льгот, предоставляемых инвалидам;

г) меры государственной поддержки занятости инвалидов (предоставление льгот работодателям, установление квот на рабочие места для инвалидов, создание особых условий труда, в том числе специальных рабочих мест, субсидирование таких рабочих мест и т.д.).



Источник: Росстат, Сборник «Здравоохранение в России», 2001–2013 гг.

Рис. 2. Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами по группам инвалидности, тыс. человек

Таким образом, в работе анализируются две группы мер социальной поддержки инвалидов: меры интеграции, направленные на вовлечение инвалидов в жизнь общества, и меры, направленные на компенсацию влияния плохого здоровья на положение индивидов в обществе. Эти группы мер оказывают противонаправленное воздействие на занятость и положение инвалидов в обществе. Интеграционные меры стимулируют спрос на труд инвалидов за счет предоставления льгот работодателям либо, наоборот, установления квот на трудоустройство инвалидов и штрафов за их неисполнение. Более того, они обеспечивают необходимые и равные условия труда инвалидам, что стимулирует предложение труда инвалидов [OECD, 2003].

Компенсирующие меры поддерживают уровень жизни инвалидов, в то же время пенсии и иные выплаты, являясь нетрудовым доходом, снижают стимулы к трудоустройству.

Аналогичное воздействие оказывают неденежные льготы по инвалидности (право на бесплатный проезд на городском и пригородном транспорте, льготы по оплате услуг ЖКХ, бесплатное обеспечение лекарствами и т.д.).

В работе рассмотрена эволюция норм федерального законодательства и мер государственной поддержки инвалидов в рамках государственных программ. Предлагается собственная периодизация социальной политики по поддержке инвалидов, основанная на анализе изменений законодательства в части присвоения статуса инвалида и пенсионного обеспечения инвалидов.

Акцент в работе сделан на анализе положения инвалидов в трудоспособном возрасте, которые составляют около 30% от их общей численности [Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, 2014], в связи с этим вопросы доступности образования для инвалидов выходят за рамки данного исследования. Кроме того, не анализируется положение каждой группы инвалидов по заболеваниям, так как российское законодательство не различает инвалидов по диагнозу.

Разделы работы выстроены в хронологическом порядке. В первом разделе в качестве отправной точки исследования описаны основные характеристики системы социальной защиты инвалидов в СССР. Во втором разделе рассматривается начальный период реформирования системы (1990–1995 гг.), когда в контексте рыночных преобразований происходило формирование новой модели институтов социальной защиты и поддержки населения, в том числе инвалидов. В 1996 г. был законодательно оформлен переход от назначения инвалидности в зависимости от степени трудоспособности индивида к присвоению статуса на основе ограничений его жизнедеятельности. Расширение концепции инвалидности стало началом третьего периода (1996–2001 гг.). Четвертый период (2002–2009 гг.) характеризовался кардинальными изменениями в пенсионной системе и монетизацией льгот, которые существенным образом отразились на положении инвалидов. На последнем этапе (2010–2015 гг.) меры социальной политики предпринимались в рамках концепции равных прав инвалидов во всех сферах жизни общества в соответствии с обязательствами, взятыми Россией в связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов.

## **1. Регулирование положения инвалидов до 1990 г.: медицинский подход**

Многие принципы функционирования системы и институты защиты прав инвалидов, действовавшие в 1990-е годы и частично продолжающие действовать сегодня, были заложены в советский период.

В послевоенные годы в связи с высокой численностью инвалидов войны предпринимались некоторые попытки включить эту группу в жизнь общества. В конце 1950-х годов для создания имиджа здоровой страны начали создавать специализированные учреждения для инвалидов: «...тяжелобольные инвалиды были помещены в дома инвалидов или были вынуждены находиться в своих квартирах, поскольку городская инфраструктура не позволяла им даже выбраться из дома» [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2004]. Содержание в специализированных учреждениях привело к изоляции инвалидов, с одной стороны, здоровая часть населения «не видела» людей с инвалидностью, с другой стороны, инвалиды привыкали работать в специально созданных условиях, что снижало их шансы вести нормальную жизнь в открытом обществе [Романов, Ярская-Смирнова, 2006]. В рамках социальной политики по защите инвалидов в СССР больше внимания уделялось пассивным (компенсирующим) мерам, поддерживающим жизнедеятельность индивида, чем активным, способствующим вовлечению индивида в общественную, трудовую жизнь страны.

### ***1.1. Понятие инвалидности, порядок приобретения статуса инвалида***

Законодательство о защите прав инвалидов в СССР имело фрагментарный характер, отсутствовал единый закон о защите прав инвалидов, пенсионное обеспечение инвалидов регулировалось несколькими законами, в связи с чем существовали «дыры» в пенсионном законодательстве, что не позволяло обеспечить права всех категорий инвалидов. Подобная ситуация была характерна и для других стран. Запрет дискриминации людей по любым признакам в международном законодательстве впервые был закреплен в ст. 14 Декларации ООН о правах человека (1948 г.). На практике по отношению к инвалидам данное положение не применялось в течение продолжительного времени.

В 1975 г. Декларацией о правах инвалидов впервые было введено понятие «инвалид». Инвалидом признавалось «любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей». Определение ООН не было привязано к возможности индивида трудиться, учитывало ограничения всех видов жизнедеятельности человека. Декларация устанавливала запрет дискриминации инвалидов и распространялась на всех инвалидов.

В СССР политика по защите прав инвалидов формировалась в рамках медицинской парадигмы, учитывались прежде всего физические недостатки индивидов, не позволявшие им вести полноценную жизнь (Вставка 1). Использовалось очень узкое понятие инвалидности, связанное со способностью индивида к труду. В соответствии с «Инструкцией

по определению групп инвалидности» (1956 г.), действовавшей с 1956 г. по 1997 г., «инвалидность устанавливалась лицам, страдающим хроническими заболеваниями или имеющим анатомические дефекты, в тех случаях, когда возникшее нарушение функций организма препятствовало выполнению профессионального труда и приобрело устойчивый, несмотря на лечение, характер». Таким образом, определение инвалидности не соответствовало международным стандартам, установленным Декларацией о правах инвалидов.

#### ***Вставка 1***

##### *Медицинский и социальный подходы к инвалидности*

Выделяют двенадцать моделей инвалидности, в рамках которых когда-либо строилась социальная политика поддержки инвалидов. Модели различаются пониманием причин инвалидности, делают акцент на разных аспектах жизни индивида (на способности выполнять функции, потребности и возможности реабилитации, положении индивида в обществе и т.д.) [Тарасенко, 2004]. При этом условно можно выделить два основных подхода к инвалидности: медицинский и социальный.

В рамках медицинского подхода инвалидность понимается, прежде всего, как дисфункция организма, патология, которая «требует медицинской помощи в виде индивидуального лечения, проводимого профессионалами. Контроль ограничений жизнедеятельности является целью лечения или приспособления и изменения поведения индивида» [Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, 2001]. Отличительной чертой медицинского подхода является восприятие людей с ограниченными возможностями как некомпетентных, неспособных отвечать за себя и трудиться, нуждающихся в присмотре. Инвалиды рассматриваются как объект социальной политики, а не её субъект [Тарасенко, 2004; Наберушкина, Ярская-Смирнова, 2004]. В рамках этого подхода ограничения здоровья инвалида исключают его из обычной жизни общества, для них создаются специальные государственные учреждения, как в сфере здравоохранения, образования, так и специальные предприятия для трудоустройства, применяется особая система социальных льгот и выплат.

Согласно социальному подходу, ограничения жизнедеятельности и функционирования (инвалидность) воспринимаются как следствие отсутствия или ограниченности доступа инвалидов к передвижению за счет физических барьеров окружающей среды, к общему образованию, здравоохранению, занятости. Включение инвалидов в общество происходит с учетом их способностей и особенностей, изменения окружающей среды, формирования положительного восприятия инвалидов обществом, а не за счет приспособления инвалидов к стандартам здоровых людей [Наберушкина, Ярская-Смирнова, 2004].

Медицинское освидетельствование в СССР проводилось врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) до 1985 г. с учетом профессии и характера работы индивида (Постановление Совмина РСФСР, ВЦСПС от 11.03.1963 N 299 «О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы»). После 1985 г. ВТЭК определяла степень утраты трудоспособности инвалидов, а также «условия и виды труда, работ и профессий, доступных им по состоянию здоровья, а также условий и методов, при помощи которых нарушенная трудоспособность может быть

восстановлена или повышена» (Постановление Совмина РСФСР, ВЦСПС от 09.04.1985 N 147 «Об утверждении Положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях»). Кроме того, с 1985 г. цели деятельности врачебно-трудовых экспертных комиссий были расширены, в обязанности ВТЭК было включено содействие укреплению здоровья населения, предупреждение инвалидности и разработка мер реабилитации инвалидов.

Группа инвалидности назначалась в зависимости от трудоспособности индивида. Инвалидность I группы подразумевала полную постоянную или продолжительную нетрудоспособность, либо возможность приспособления индивида к некоторым условиям труда. Группе II инвалидности соответствовала постоянная или продолжительная нетрудоспособность, либо способность заниматься отдельными видами трудовой деятельности в особо организованных индивидуальных условиях труда (специальные цеха, работа на дому, рабочие приспособления и др.), соответственно выделялись вторая рабочая и нерабочая группы. Инвалидность III группы назначалась в случае необходимости перехода на работу другой профессии более низкой квалификации в связи с невозможностью работы на прежней позиции, либо в связи с существенным сокращением объема производственной деятельности, следствием которого являлось снижение квалификации (Инструкция по определению групп инвалидности, 1956 г.). Присвоение инвалидности только по степени ограничения трудоспособности без комплексной оценки ограничений всех сфер жизнедеятельности приводило к невозможности организации реабилитационного процесса, что объясняет его отсутствие до 1985 г. в СССР [Андреева, Гайкович и др., 2005].

Таким образом, законодательство ограничивало участие инвалидов в трудовой деятельности. Инвалиды I и II группы по определению были либо нетрудоспособными, либо могли быть трудоустроены в специально созданных условиях (при специальном рабочем режиме, на специальных рабочих местах, в надомных условиях и т.д.). Трудоустройство инвалидов I и II групп было сопряжено с высокими издержками работодателя, в связи с этим статус инвалида I или II группы ставил под вопрос присутствие индивида с плохим здоровьем на рынке труда.

Переосвидетельствование до 1984 г. для инвалидов I группы проводилось один раз в год, для инвалидов II и III групп – один раз в 6 месяцев (Постановление N 4149 об утверждении положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, 1948 г.). С 1985 г. процесс упростили, продлив сроки в 2 раза (Постановление № 1255 об утверждении типового положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, 1984 г.).



## ***1.2. Пенсионное обеспечение инвалидов***

Пенсионное обеспечение инвалидов до 1992 г. регулировалось Законом СССР «О государственных пенсиях» (1956 г.) для рабочих и служащих, Законом СССР «О пенсиях и пособиях членам колхоза» (1964 г.) для членов колхозов. Под пенсионное законодательство попадали лица, имевшие трудовой стаж. Инвалиды с детства, достигшие возраста 16 лет, получили право на пособия в 1967 г. (Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 26 сентября 1967 г. № 888 «О мероприятиях по дальнейшему повышению благосостояния советского народа»), дети-инвалиды – в 1979 г. (Постановление от 23 мая 1979 г. № 469 «Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства»). В этот период инвалиды имели право на одновременное получение пенсии и заработной платы, но для инвалидов II и III групп было предусмотрено снижение пенсии при превышении заработком установленного порогового значения.

Пенсии по инвалидности рабочих и служащих дифференцировались в зависимости от природы заболевания. Выделяли общие и профессиональные заболевания (приобретенные в ходе рабочего процесса, являющиеся результатом профессиональной деятельности). Размер пенсии у индивидов с общим заболеванием назначался для I и II групп в размере 100% и 90% от пенсии по старости соответственно. Пенсия инвалидам III группы выплачивалась в размере 45% заработной платы – с заработка до 40 руб. в месяц и, сверх того, 10% с остального заработка (Закон СССР «О государственных пенсиях», 1956 г.). Пенсии инвалидов в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием устанавливались в повышенном размере: 110% и 100% от пенсии по старости для инвалидов I и II групп соответственно; в размере 65% заработной платы – с заработка до 40 руб. в месяц и сверх того 10% с остального заработка для инвалидов III группы. Привязка пенсий инвалидов III группы к заработной плате фактически принуждала к продолжению трудовой деятельности, поскольку неработающие инвалиды этой группы лишались пенсий по инвалидности. Более того, законодательством устанавливались минимальный и максимальный размеры пенсии, которые также снижали стимулы к занятости инвалидов.

Стоит отметить, что до 2006 г. индивидам пенсионного возраста устанавливалась инвалидность без срока переосвидетельствования. Таким образом, статус инвалида для людей пенсионного возраста в СССР назначался однократно (переосвидетельствование производилось только по заявлению самих инвалидов в случае изменения состояния их здоровья). Но при этом право на одновременное получение пенсии по инвалидности, старости и потере кормильца не было предусмотрено, что резко снижало стимулы лиц пожилого возраста к получению статуса инвалида.

### ***1.3. Меры государственной поддержки занятости инвалидов***

В СССР были предусмотрены следующие льготы в сфере занятости инвалидов: возможность установления неполного рабочего дня, привлечение к сверхурочной работе, работе в выходные дни и ночное время только с согласия инвалида и при условии отсутствия запрета медицинскими рекомендациями (Кодекс законов о труде, 1971 г.). Данные льготы сохраняются и на сегодняшний день (Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (с изменениями и дополнениями)).

С 1976 г. введены нормы, направленные на повышение включенности инвалидов в общество: улучшение условий трудоустройства инвалидов в общественном производстве, обеспечение профессионального обучения инвалидов в учебных заведениях, обеспечение и поддержка трудоустройства индивида в случае производственной травмы работодателем как на собственном предприятии, а при отсутствии подходящей позиции – в другой организации. Но при этом отсутствовало требование приспособлять рабочие места в соответствии с потребностями инвалидов, что затрудняло трудоустройство инвалидов, нуждающихся в приспособлении рабочего места. Введенная бронь рабочих мест (квоты) в пределах 2% от общей численности рабочих и служащих предприятия в зависимости от отрасли (Постановление Совета Министров СССР от 10 декабря 1976 г. № 1010 «О дополнительных мерах по улучшению организации профессионального обучения и трудового устройства инвалидов») в действовавших институциональных условиях в большей степени была формой положительной дискриминации инвалидов, нежели поддержки занятости. Сегрегации людей с тяжелыми формами заболеваний в СССР способствовала защищенная занятость на специализированных предприятиях. Перечисленные меры укладывались в рамки положений Декларации ООН о правах инвалидов (1975), которая напрямую не предусматривала приспособление рабочих мест под инвалидов, а делала акцент на восстановлении возможностей инвалидов (что характерно для медицинского подхода).

### ***1.4. Особые группы инвалидов***

Проблеме инвалидности в СССР уделялось много внимания из-за большой численности инвалидов войны в трудоспособном возрасте и необходимости их участия в восстановлении страны. Большое количество неденежных льгот предназначалось для инвалидов Великой Отечественной войны (далее ВОВ) и членов семей погибших военнослужащих. При этом законодательные акты, направленные на защиту интересов этой группы инвалидов, периодически обновлялись, увеличивался пакет льгот (чаще всего в годы юбилеев Великой Отечественной войны, что приводило к резкому росту инвалидов данной группы) [Васин, Малева, 2001].

Примером льгот инвалидам ВОВ, унаследованных от СССР (действовавших с 1981 г.), является преимущественное обслуживание в учреждениях здравоохранения, предоставление путевок в санатории, дома отдыха и т.д., оплата временной нетрудоспособности в размере 100% заработка, бесплатный проезд в городском транспорте и льготы на проезд другими видами транспорта (в зависимости от вида транспорта и группы инвалидности), право на первоочередное улучшение жилищных условий, ссуды на индивидуальное жилищное строительство, льготы по оплате жилья, жилищно-коммунальных услуг (Постановление Совмина СССР от 23.02.1981 N 209 (ред. от 01.07.1991) «Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих»).

В 1986 г. (и в последующие годы) тысячи людей стали инвалидами в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Для защиты прав инвалидов техногенной катастрофы был принят Закон РФ от 15.05.1991 N 1244-1 (ред. от 04.10.2014) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», что привело к появлению еще одной особой категории инвалидов с более широким набором льгот.

Итак, в СССР социальная политика по защите прав инвалидов формировалась в рамках медицинского подхода. Трудоспособность индивида играла ключевую роль. Пенсии по инвалидности для имевших опыт работы не были привязаны к продолжительности рабочего стажа, заработку и устанавливались в рамках фиксированного диапазона. Несмотря на то что инвалид, работая, мог получать пенсию по инвалидности, общий размер получаемых доходов регулировался законодательством. Для людей с меньшей степенью нарушений функций жизнедеятельности инвалидность была связана больше с временными издержками, нежели с выгодой от получения льгот и выплат, и была менее привлекательна по сравнению с трудовыми пенсиями по старости.

## **2. Создание предпосылок перехода к социальной модели инвалидности (1990–1995 гг.)**

В первые годы после распада СССР численность инвалидов в России увеличивалась быстрыми темпами. Резкий рост численности инвалидов в период 1990–1995 гг., вероятно, был спровоцирован не объективными (демографическими) причинами, а социально-экономическими факторами, а именно: резким падением реальных доходов, высокой инфляцией и сокращением возможностей занятости [Бесфамильная и др., 1999; Наберушкина, Ярская-Смирнова, 2004]. В связи с экономическим спадом в период трансформации российской экономики пособия и льготы по инвалидности стали востребованы большим числом граждан в качестве дополнительного (или единственного)

источника доходов. Ранее многим индивидам было выгоднее не регистрировать инвалидность в связи с тем, что пенсии по старости были выше пенсий по инвалидности [Васин, Малева, 2001].

Важно отметить влияние изменений в системе учета инвалидов в стране. В СССР данные о численности инвалидов не публиковались, а учет инвалидов осуществлялся по числу получателей выплат по инвалидности, что не совпадает с численностью инвалидов. В связи с этим причиной резкого роста численности инвалидов в 1990-е годы могли быть изменения в порядке формирования государственной отчетности. В государственную отчетность по пенсиям стали включать информацию об инвалидах – участниках ВОВ (получивших право на одновременное получение двух видов пенсий), что послужило причиной резкого прироста численности инвалидов в нетрудоспособном возрасте в 1995 г. Аналогичным образом с 1997 г. в статистике стали учитываться пенсионеры по старости, имевшие инвалидность, но не получавшие пенсию по инвалидности. Ранее перечисленные группы инвалидов не отражались в отчетности [Васин, 2005; Васин, Малева, 2001]

Вместе с тем значительное изменение численности инвалидов может быть и результатом существенных изменений в законодательстве, регулирующем социальную защиту населения. Накануне распада СССР был принят первый для страны единый закон, устанавливающий права инвалидов, в том числе на образование, медицинское обслуживание, профессиональную деятельность и т.д.. (Закон СССР «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР», 1990), а также закон «О государственных пенсиях в Российской Федерации» (1990 г.).

### ***2.1. Понятие инвалидности, порядок приобретения статуса инвалида***

Закон СССР «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР» (далее Закон № 1826-1) вступил в силу 1 января 1991 г. за исключением положений об обеспечении доступности окружающей среды. Закон привел законодательство СССР в соответствие с нормами международного права (Вставка 2), республики СССР должны были изменить национальные законодательства в соответствии с Законом № 1826-1.

*Международные стандарты в сфере защиты прав инвалидов (1980-е годы)*

В 1980–1990-е годы международные стандарты в сфере защиты прав инвалидов получили толчок в развитии на фоне роста численности инвалидов в обществе, произошедшего в связи с ухудшением экологии, старением населения, техногенными катастрофами, а также в результате войн.

В 1982 г. ООН была принята «Всемирная программа действий в отношении инвалидов», согласно которой под инвалидностью понималось «любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека». В программе впервые уделялось внимание взаимодействию инвалидов и их окружения. Достоинством программы была ориентация на достижение трёх основных целей: предупреждение инвалидности, реабилитация инвалидов, обеспечение равенства и «полного участия» инвалидов в социальной жизни и развитии. В части предупреждения инвалидности акцент был сделан не только на улучшении социальных сфер (образование, здравоохранение, укрепление институтов семьи и общин), но и на предотвращении войн.

Программа строилась в рамках социальной парадигмы. Предполагалось, что «общества должны признать факт, что, несмотря на профилактические меры, всегда будут существовать люди с дефектами и инвалидностью; и общества должны выявлять и устранять барьеры, препятствующие полному участию инвалидов», в связи с этим придавалось значение не только улучшению состояния здоровья инвалидов, но и адаптации общественной жизни и экономики под нужды этой группы населения. Создание равных возможностей предполагало преобразование окружающей среды (жилищной, транспортной инфраструктуры, культуры, обеспечение доступности образования (инклюзивного), здравоохранения, условий отдыха и спорта, рабочих мест (в общих условиях) с целью обеспечения равного доступа к ним инвалидов и неинвалидов.

Исходя из положений «Всемирной программы действий в отношении инвалидов» Генеральной Ассамблеей ООН были сформулированы цели Десятилетия инвалидов: предупреждение инвалидности, развитие системы реабилитации инвалидов (в том числе за счет развития задействованных человеческих ресурсов), обеспечение равенства инвалидов с другим населением, поддержка деятельности организаций инвалидов, расширение возможности трудоустройства инвалидов, обеспечение доступа инвалидов в здания (Резолюции, принятые по докладам Третьего комитета, 1981). ООН оказывала консультационную поддержку государствам при разработке национальных программ.

Дальнейшую социальную направленность политики в сфере защиты занятости инвалидов определило принятие Конвенции Международной организации труда № 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов в 1983 г. и её последующая ратификация СССР в 1988 г. Целью Конвенции МОТ № 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983 г.) являлось «распространение мер по профессиональной реабилитации на все категории инвалидов, а также содействие возможностям занятости инвалидов на свободном рынке труда» для обеспечения равенства, развития всех категорий инвалидов вне зависимости от их места жительства, а также обеспечение их полного участия в социальной жизни общества. В Конвенции акцент сделан на контроле и развитии государственных служб, персонала, ответственных за реабилитацию, профессиональную подготовку и трудоустройство инвалидов.

Согласно новому определению инвалидность назначалась в связи «с *ограничением жизнедеятельности* (полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью) вследствие наличия физических или умственных недостатков» (это определение используется и на сегодняшний день). Кроме того, в Законе № 1826-1 получили отражение положения о медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов, об обеспечении необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки, а также обеспечения доступности социальной инфраструктуры.

Введенное законом определение противоречило инструкции по определению групп инвалидности (которая определяла порядок присвоения группы инвалидности в зависимости от степени трудоспособности), в которую не были внесены соответствующие изменения. В целом меры, предусмотренные Законом № 1826-1, способствовали достижению двух целей Всемирной программы действий в отношении инвалидов: реабилитации и обеспечения равенства и «полного участия» инвалидов в социальной жизни и развитии. Законом не были предусмотрены действия по предупреждению инвалидности.

Реализации закона и внесению поправок в инструкции помешал распад СССР. Принятый в 1990 г. прогрессивный закон об инвалидах не был ратифицирован ни РСФСР, ни Российской Федерацией, хотя часть его положений и была введена Указами Президента РФ [Шубина, 2012]. Однако само принятие нового закона об инвалидах свидетельствовало об изменениях в законодательных подходах к концептуализации инвалидности, определило направление развития законодательства в первые годы России. Кроме того, это могло привести к росту зарегистрированной инвалидности до 1995 г. (до принятия нового закона) [Васин, Малева, 2001].

## **2.2. Расширение пенсионного обеспечения инвалидов**

С 1992 г. в России вступил в действие Закон «О государственных пенсиях в Российской Федерации» (1990 г.). Достоинством нового пенсионного законодательства являлось то, что оно охватывало все группы инвалидов, вне зависимости от возраста, наличия трудового стажа и причины инвалидности. Пенсии выплачивались в полном размере всем работающим пенсионерам, в том числе инвалидам. Законом были предусмотрены трудовые пенсии по инвалидности (для лиц, имевших трудовой стаж) и социальные пенсии (для других групп лиц). Гражданин мог выбирать вид получаемой пенсии, например, получать социальную пенсию в случае, если она превышала трудовую пенсию по инвалидности.

Пенсии по инвалидности назначались по общим основаниям и основаниям, предусмотренным для военнослужащих. Размер пенсии по инвалидности на общих основаниях устанавливался в зависимости от группы инвалидности в процентах от прежнего заработка (75% – для I и II групп, 30% – для III группы). При этом размер пенсии повышался в зависимости от продолжительности трудового стажа. Минимальный размер пенсии по инвалидности устанавливался в размере минимальной пенсии по старости (который соответствовал уровню минимальной заработной платы до 1994 г., позднее – устанавливался федеральным законом) для I и II групп и 2/3 этой пенсии – для III группы. Максимальный размер пенсии по инвалидности для I и II групп был равен максимальному размеру пенсии по старости (три минимальных размера пенсии по старости), для III группы – минимальной пенсии по старости. Инвалиды I и II групп вследствие военной травмы получали пенсию в максимальном размере, инвалиды III группы – половину указанного размера.

В 1990–1995 гг. «пенсионная система рассматривалась как инструмент компенсации потерь, сопровождавших радикальную трансформацию экономики, причем потерь не только у пенсионеров, но и у части трудоспособного населения» [Синявская, 2010], в связи с этим численность пенсионеров резко выросла. Положения Закона о государственных пенсиях способствовали и росту численности инвалидов: индексация пенсии четыре раза в год в некоторые годы кризиса в условиях гиперинфляции обеспечивала относительную стабильность доходов пенсионеров. Росту числа зарегистрированных инвалидов также способствовало одновременное получение двух пенсий (по старости и по инвалидности) инвалидами вследствие военной травмы и участниками ВОВ.

Различия в размере пенсий разных групп населения способствовали «миграции» инвалидов из менее «привлекательных» по размеру пенсий групп в группы – получатели пенсий больших размеров. К основным направлениям потоков С.А. Васин и Т.М. Малева и др. [2004] отнесли следующие: «...из социальных пенсий – в трудовые по общему заболеванию, из инвалидов труда по общему заболеванию – на пенсию по старости, отовсюду – в инвалиды I группы по зрению, а в качестве резерва для пополнения рядов пенсионеров по инвалидности можно рассматривать всех пенсионеров, имеющих пенсию ниже, чем в “общедоступных” категориях инвалидности».

### ***2.3. Меры государственной поддержки занятости инвалидов***

В сфере трудоустройства инвалидов также произошел ряд изменений. Размер брони мест для инвалидов был увеличен Законом № 1826-1 до 5% от численности работников организации (для организаций с численностью не менее 20 человек). Указом Президента РФ подтверждалась «необходимость» установления квоты, а также обязанность работодателя, не выполнявшего квоту, вносить за это плату (Указ Президента РФ от 25 марта 1993 г. «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов»). Таким образом, работодателю предоставлялось право выбора способа помощи трудоустройству инвалидов: нанимать инвалидов либо вносить плату за несоблюдение квоты по найму инвалидов. Средства, поступившие в бюджет Государственного фонда занятости по этой статье, планировалось потратить на трудоустройство инвалидов (целевые расходы). Но стоит обратить внимание на то, что Указом не устанавливался размер квоты, в связи с чем квотирование носило декларативный характер и не поддавалось контролю. Следовательно, и механизмы контроля, предусмотренные в Указе, носили формальный характер. Таким образом, в рассматриваемый период меры поддержки занятости на открытом рынке труда не реализовывались.

Для стимулирования трудоустройства инвалидов предприятиям, учреждениям и организациям, в которых инвалиды составляли не менее 30% от общей численности работающих, предоставлялись права на получение налоговых льгот, финансирование, материально-техническое обеспечение, а в случае если доля инвалидов превышала 50% предприятия, учреждения и организации освобождались от уплаты налогов и платежей. Налоговые льготы также предоставлялись предприятиям, финансирующим социальную помощь инвалидам, а также общественным организациям инвалидов и их предприятиям.

Рабочие места для инвалидов создавались в специальных подразделениях организаций, а также на специализированных предприятиях, предоставлялась помощь инвалидам, занятым в домашних условиях, а также занятым индивидуальной трудовой деятельностью. Занятость на специализированных предприятиях общественных объединений инвалидов в 1994 – начале 1995 гг. поддерживалась за счет государственной поддержки деятельности общероссийских общественных объединений инвалидов, например, путем освобождения от таможенных платежей, а также установления экспортных квот для организаций инвалидов для повышения их выручки (Указ Президента РФ от 22.12.1993 N 2254 «О мерах государственной поддержки деятельности общероссийских общественных объединений инвалидов»).

Кроме того, был сформулирован перечень профессий, признанных наиболее подходящими для инвалидов, но в связи с рекомендательным характером документа



отсутствует возможность оценить эффект от резервирования рабочих мест по профессиям, признанным наиболее подходящими для инвалидов (согласно Постановлению от 8 сентября 1993 г. № 150).

#### ***2.4. Льготы по инвалидности***

Предоставление неденежных льгот позволяло обеспечить относительную стабильность в уровне поддержки инвалидов, так как денежные пособия в этот период быстро обесценивались. С 1 января 1993 г. введены дополнительные льготы отдельным категориям инвалидов: право на бесплатное обеспечение и скидки на лекарства и медицинские изделия, право на получение бесплатных путевок на санаторно-курортное лечение с оплатой половины стоимости проезда до места лечения (и обратно), право на обслуживание вне очереди в общественных заведениях (Указ Президента РФ от 2 октября 1992 г. N 115 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов»). Введение неденежных льгот привело к росту доли инвалидов в пенсионном возрасте среди впервые признанных инвалидами, у которых ранее не было стимулов оформлять инвалидность.

Резкий рост численности инвалидов в 1990–1995 гг. в значительной степени был связан с экономическим спадом, вследствие которого пенсии и льготы по инвалидности стали востребованы как механизм поддержки уровня жизни наименее защищенных слоёв общества. Кроме того, рост численности инвалидов может быть результатом изменения учета инвалидов.

### **3. Интеграция инвалидов в общество: расширение определения инвалидности (1996–2001 гг.)**

Следующий этап развития социальной политики в России приходится на 1996–2001 гг., в этот период началось реальное формирование новой системы институтов социальной защиты инвалидов. В 1995 г. был принят новый закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации (Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов» – далее Закон № 181). С одной стороны, он закреплял основные положения и был «логическим продолжением» Закона «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР». С другой стороны, в него были включены некоторые положения «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов» (Генеральной Ассамблеей ООН, 1993) (Вставка 3).

*«Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов»*

В 1993 г. Генеральной Ассамблеей ООН были приняты «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов». Их целью было обеспечение всем инвалидам равных прав и обязанностей с другими членами общества. Было введено новое понятие нетрудоспособности, которое означало «утрату или ограничение возможностей участия в жизни общества наравне с другими... термин применяется с целью подчеркнуть недостатки окружения и многих аспектов деятельности общества, которые ограничивают возможности инвалидов участвовать в жизни общества наравне с другими» [Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, 1993]. В отличие от него термин «инвалидность» подразумевал наличие функциональных ограничений вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний.

В Правилах был сделан акцент на существующих в обществе барьерах для полноценной жизни инвалидов, обеспечении доступности не только к материальной среде, но и к информации, коммуникациям, интегративного подхода к образованию инвалидов. В сфере трудоустройства государствам предлагалось проводить активную политику, направленную на трудоустройство инвалидов в рамках открытого рынка труда. Политика предполагала «проведение профессиональной подготовки, установление квот, резервируемое или целевое трудоустройство, предоставление ссуд или субсидий мелким предприятиям, заключение специальных контрактов и предоставление преимущественных прав на производство, налоговые льготы, гарантии соблюдения контрактов или оказание других видов технической или финансовой помощи предприятиям, нанимающим рабочих-инвалидов» [Там же, 1993]. Несмотря на то что правила носили рекомендательный характер, во многих странах они легли в основу законодательства по защите инвалидов.

Достоинством закона было то, что в него были включены как положения о приобретении инвалидности (в том числе за счет прохождения медико-социальной экспертизы), так и о реабилитации, образовании, трудоустройстве и других сферах жизни инвалида. Большинство статей закона вступили в силу после его опубликования в 1995–1996 гг., часть положений о льготах начала действовать с 1997 г., положения о доступности физической и информационной среды с 2001 г.

### ***3.1. Понятие инвалидности, порядок приобретения статуса инвалида***

С 1996 г. инвалидом признавался человек, который имел нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. После введения Закона № 181 произошло реформирование системы освидетельствования инвалидов.

В начале 1990-х годов система врачебно-трудовой экспертизы не соответствовала международным практикам. При назначении инвалидности не оценивались ограничения всех сфер жизнедеятельности, что не позволяло сформировать адекватные меры социальной

поддержки инвалидов. В сети учреждений, работающих с инвалидами, было недостаточно организаций, осуществляющих медико-социальную реабилитацию, а имевшиеся характеризовались низкими показателями реабилитационной помощи инвалидам. Сложившиеся обстоятельства обусловили потребность реформирования системы врачебно-трудовой экспертизы. Законом № 181 было предусмотрено формирование бюро медико-социальной экспертизы (далее МСЭ) на базе врачебно-трудовых комиссий. Меры по её реформированию реализовывались в рамках федеральной комплексной программы «Социальная поддержка инвалидов» на 1995–1999 гг., в которой также были предусмотрены меры по формированию системы реабилитации инвалидов, доступной среды жизнедеятельности и системы информационно-статистического обеспечения проблем инвалидов, а также меры по разработке и производству средств протезирования.

Бюро медико-социальной экспертизы были наделены новыми функциями: помимо освидетельствования инвалидов, они стали разрабатывать индивидуальную программу реабилитации, отвечать за меры по профилактике инвалидности и повышению социальной защищенности инвалидов, ведение банка данных инвалидов и ведомственной статистики, участие в разработке программ профилактики инвалидности [Примерное положение об учреждении государственной службы медико-социальной экспертизы, 1996].

Согласно «Примерному положению об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы» (1996 г.), в состав бюро медико-социальной экспертизы стали входить специалисты по реабилитации различного профиля, а также по социальной работе и психологи. Ранее в состав врачебно-трудовых комиссий входили четыре врача, представитель органа социального обеспечения и представитель профсоюзной организации. Новая система не предусматривала участия представителя профсоюза в освидетельствовании работника, что также свидетельствует о том, что трудоспособность индивида перестала быть основным критерием назначения инвалидности.

Утверждение «Классификации и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» (1996 г.) устранило существовавшее ранее противоречие между Законом № 181 и правилами присвоения статуса «инвалида». При назначении инвалидности оценивались семь категорий жизнедеятельности (самообслуживание, самостоятельное передвижение, обучение, трудовая деятельность, ориентация, общение, контроль собственного поведения), а не только ограничения трудоспособности. Выделялось три степени ограничения каждой из функций (1-я степень – ограничение в меньшей степени, 3-я степень – неспособность выполнять функцию). Согласно новой инструкции, 1-я степень нетрудоспособности давала право на получение III группы инвалидности, ограничение трудоспособности 2-й и 3-й степеней – на инвалидность

II группы. Оценка семи категорий при назначении инвалидности могла быть причиной резкого роста численности инвалидов в 1997–2000 гг. (рис. 1). Инвалиды с 3-й степенью ограничений к трудовой деятельности признавались нетрудоспособными, это ограничивало наём таких работников на общих основаниях, что сокращало (потенциальный) заработок индивида и усиливало исключение из общественной жизни.

С 1996 г. в рамках системы реабилитации (профессиональной, медицинской и социальной) была введена федеральная базовая программа реабилитации инвалидов, которая содержала гарантированный перечень бесплатных реабилитационных мероприятий. Для каждого инвалида разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации (ИПР), в которую входили реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов и оплачиваемые самим инвалидом, либо другими лицами/ организациями. ИПР имела рекомендательный характер, инвалиды имели право отказаться от её исполнения, что освобождало организации от реализации её положений. Это защищало интересы работодателей и в то же время повышало привлекательность инвалидов как работников. В профессиональной реабилитации инвалидов активно участвовали службы занятости. Так, численность безработных инвалидов, прошедших профессиональное обучение, в 1997–2001 гг. выросла в 3,2 раза.

### ***3.2. Меры государственной поддержки занятости инвалидов***

На начало 1995 г. численность трудоспособных неработающих инвалидов составила более 1 млн человек, 90% из которых хотели работать (Федеральная комплексная программа «Социальная поддержка инвалидов», 1995–1999 гг.). Действовавшая система не обеспечивала желающих инвалидов рабочими местами и не была нацелена на создание подходящих рабочих мест, в связи с чем требовала изменений. Положения введенного Закона № 181 в сфере защиты занятости инвалидов учитывали интересы обеих сторон трудовых отношений и способствовали повышению занятости инвалидов.

Во-первых, Законом предусматривались квоты в размере (не менее) 3% от среднесписочной численности работников для организаций с численностью более 30 человек. К этому моменту имелся обширный международный опыт использования квот для трудоустройства инвалидов. Так, например, в Великобритании квотирование было введено в 1940-е годы, но в связи с резким спадом в исполнении квоты оно было отменено в 1996 г. Установленная квота уступала по размеру большинству стран, рассмотренных в исследовании ОЭСР, охват квотой был также уже всех стран помимо Кореи, Испании и Турции [OECD, 2003]. Аналогично зарубежному опыту за неисполнение квоты были

предусмотрены денежные санкции: работодатель, который не выполнял квоту, должен был внести плату за невыполнение квоты.

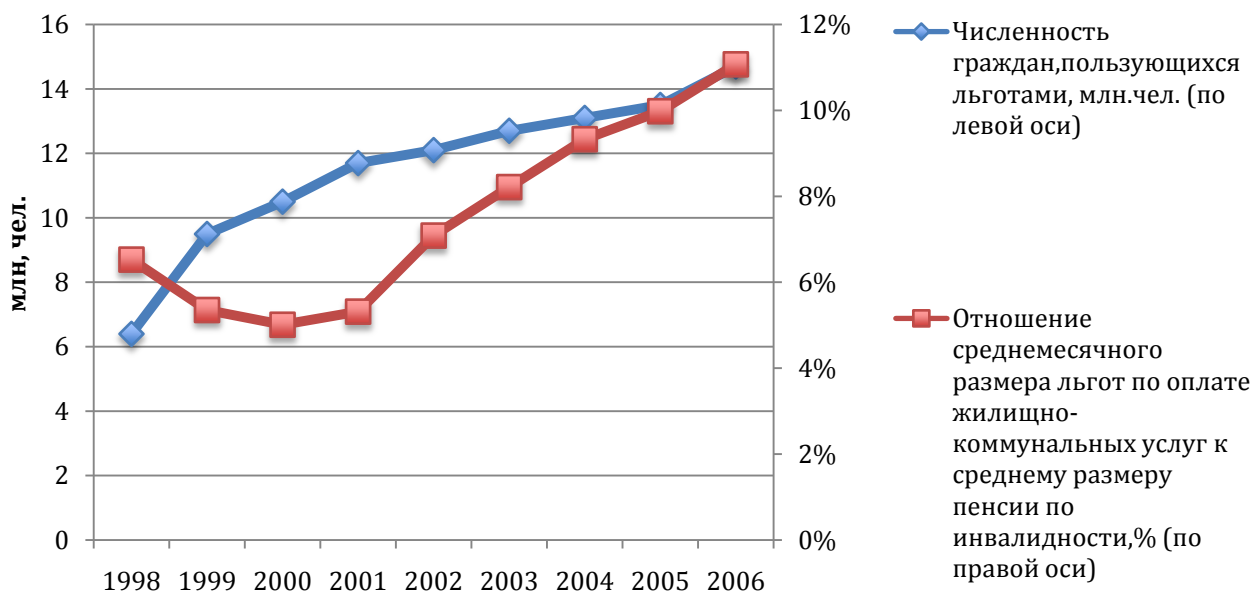
В-вторых, с 1 июля 1995 г. для трудоустройства инвалидов на (обычных) предприятиях за счет федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Федерации, а также бюджета Государственного фонда занятости создавались специальные рабочие места для инвалидов, адаптированные с учетом их индивидуальных возможностей. Минимальное количество рабочих мест определяли региональные органы власти для каждого предприятия в рамках квоты. Таким образом, государство ставило задачу разделить с работодателями «бремя трудоустройства инвалидов».

В связи с недостатком данных мы не можем оценить в какой степени меры способствовали увеличению занятости инвалидов. По мнению Васина и Малевой [2001], квотирование привело к развитию «теневых практик» – формального трудоустройства инвалидов во избежание санкций.

### ***3.3. Льготы по инвалидности***

В 1996–2000 гг. перечень льгот продолжал расширяться. С 1996 г. инвалиды в случае, если они нуждались в улучшении жилищных условий, обеспечивались жилой площадью в установленном порядке. Кроме того, инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, предоставлялась скидка на оплату жилищно-коммунальных услуг, а в жилых домах, не имеющих центрального отопления – со стоимости топлива (Закон № 181). Льготы по оплате жилищно-коммунальных услуг компенсировали существенную долю расходов инвалидов. Несмотря на то что соотношение среднемесячного размера льгот и среднего размера пенсии по инвалидности снижалось до 2000–2001 гг., численность получателей льгот среди инвалидов росла, что говорит о популярности неденежных льгот (рис. 3).

С 1 января 1997 г. дети-инвалиды и лица, осуществляющие уход за ними, получили право бесплатного проезда на всех видах городского и пригородного общественного транспорта (кроме такси), а также скидки на оплату стоимости проезда междугородних переездов (перелетов) и льготы на проезд к месту лечения и обратно. Инвалиды, имеющие показания, имели право на обеспечение автотранспортным средством, а также компенсацию расходов на техническое обеспечение и ремонт. Лица, не пользовавшиеся этим правом, получали ежегодную компенсацию транспортных расходов. Предоставление автотранспортного средства не только повышало ежедневную мобильность инвалидов, включая его в жизнь общества, но и способствовало росту занятости, за счёт повышения доступности рабочего места для инвалидов.



Источник: Росстат, «Социальное положение и уровень жизни населения России», 2003–2007 гг.

Рис. 3. Льготы инвалидам по оплате жилья и коммунальных услуг

В 1996–2001 гг. система защиты прав инвалидов в России формировалась в канве международных нормативно-правовых актов. Росту численности инвалидов способствовало расширение определения инвалидности, которое основывалось на оценке всех сфер жизнедеятельности. Тем не менее, по мнению Васина и др. [2014 г.], введенное определение не делает акцент на взаимодействии инвалидов со средой, определяет социальную недостаточность как свойство индивида, а не среды, что в большей степени типично для медицинской модели. С 1996 г. социальную поддержку, в том числе в виде пенсий, получил более широкий круг лиц, признанных инвалидами, а получение пенсии перестало зависеть только от возможности инвалидов трудиться, что одновременно устраняло «конфликт» между трудоустройством и получением выплат и льгот. Еще одной характерной чертой было расширение льгот в период экономического кризиса (1998 г.). Основным недостатком принятого Закона № 181 стало отсутствие норм прямого действия, которые обеспечивали бы исполнение декларируемых принципов [Васин и др., 1999].

#### 4. Реформирование пенсионной системы и монетизация льгот (2002–2009 гг.)

В 1990-е годы – неблагоприятные для экономики России – государство расширяло систему социального обеспечения слабозащищенных граждан как за счет повышения доступности пенсий и пособий, так и за счет предоставления неденежных льгот. Пенсионная система и в начале 2000-х годов продолжала играть роль амортизатора социальных проблем

экономической трансформации. Неэффективность пенсионной системы обсуждалась уже с середины 1990-х годов, но её реформированию помешал кризис 1998 г. [Синявская, 2010]. К началу восстановительного роста нагрузка на пенсионную систему была крайне высока и требовалось её реформирование. Реформирование привело к существенным изменениям в порядке начисления и выплат пенсий инвалидам.

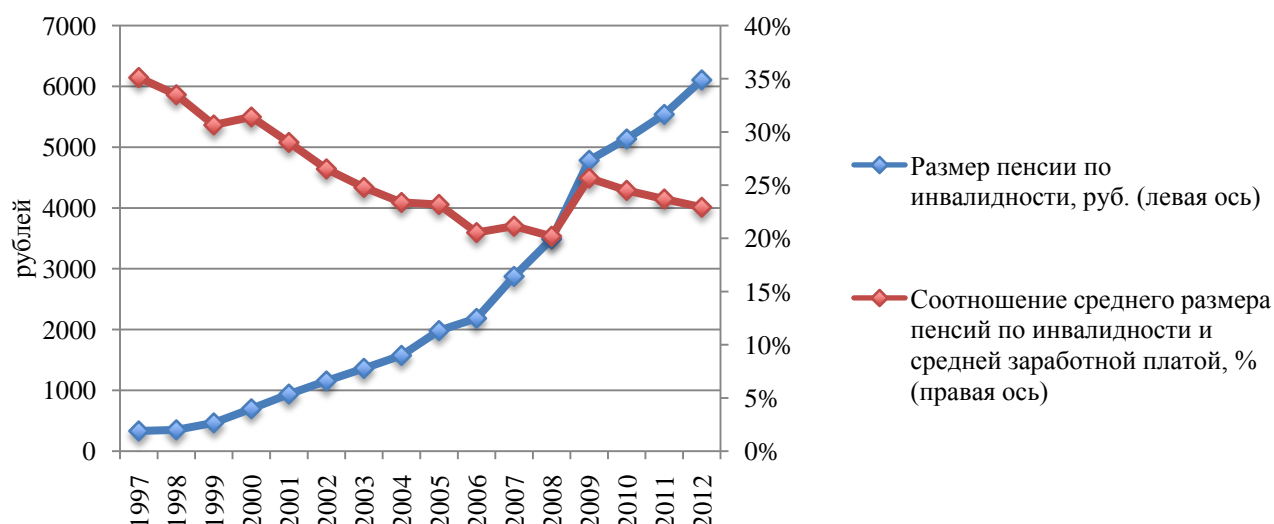
#### ***4.1. Пенсионное обеспечение инвалидов***

С 1 января 2002 г. вступили в силу Федеральный закон «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», которые предусматривали три вида пенсий по инвалидности: трудовую, государственную и социальную.

Во-первых, введенная пенсия по инвалидности по государственному обеспечению превышала по размеру пенсии других видов, но назначалась ограниченному кругу лиц: военнослужащим, космонавтам, участникам ВОВ, блокадникам или пострадавшим в результате радиационных или техногенных катастроф.

Во-вторых, изменилась формула расчета пенсии, она стала включать базовую, страховую и накопительную части. Базовая часть устанавливалась в твердом размере, страховая часть рассчитывалась на основе расчётного пенсионного капитала (пенсионных отчислений лица), а также ожидаемой продолжительности выплаты пенсии. Накопительная часть определялась на основе суммы пенсионных накоплений и ожидаемой продолжительности выплат пенсий. Предусматривалась индексация пенсии работающим инвалидам. В связи с изменением формулы появлялась положительная взаимосвязь между размером пенсии и трудовым стажем (соответственно, размером страхового капитала).

Одной из целей реформы было повысить дифференциацию пенсий, в связи с этим не был установлен максимальный размер пенсии, что послужило одной из причин роста пенсий по инвалидности в последующие годы. Минимальным размер устанавливался на уровне базовой части пенсии. В результате реформы вырос номинальный размер пенсии, но в ситуации экономического роста темпы роста пенсий отставали от темпов роста заработных плат (рис. 4), что повышало привлекательность трудовой деятельности для инвалидов.



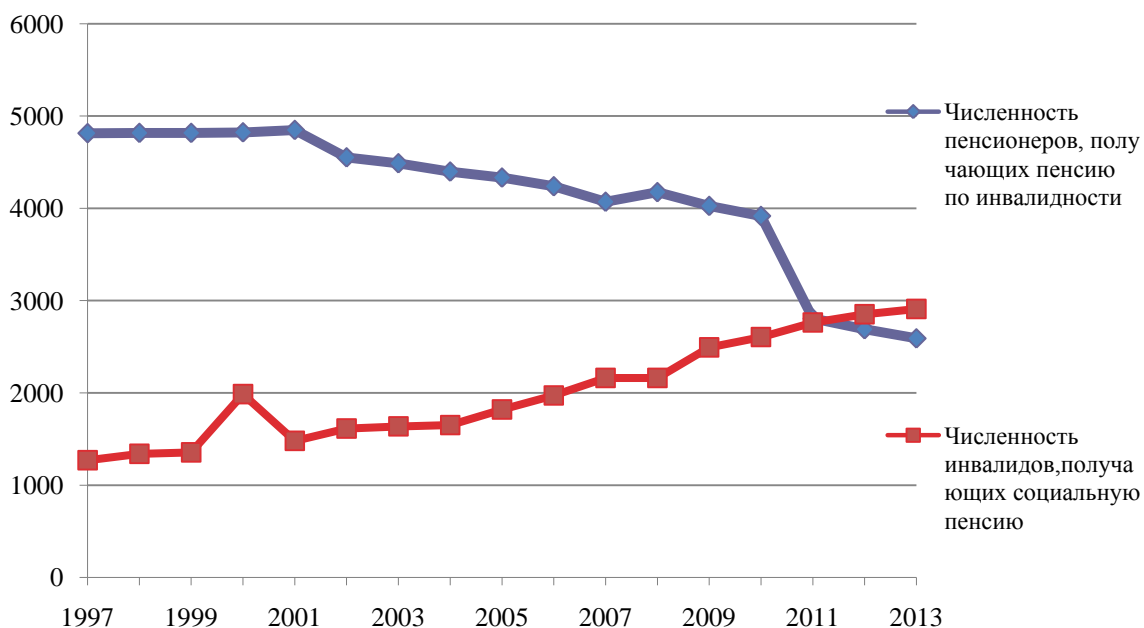
Источник: Росстат, «Социальное положение и уровень жизни населения», 2003–2013 гг., «Российский статистический ежегодник», 2003–2013 гг.

Рис. 4. Размер пенсии по инвалидности

Наиболее существенное нововведение пенсионного законодательства по отношению к инвалидам – выплата пенсий в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности (далее ОСТД). Этот подход начал применяться в 2005 г. Пенсия по инвалидности устанавливалась в случае ограничения способности к трудовой деятельности 3, 2 или 1-й степени, определяемого по медицинским показаниям. С переходом к такому принципу назначения выплат инвалиды, не имевшие степень ограничения к трудовой деятельности (в большей степени это касалось III группы инвалидности), теряли право на получение пенсий и получали другие выплаты в минимальном объеме.

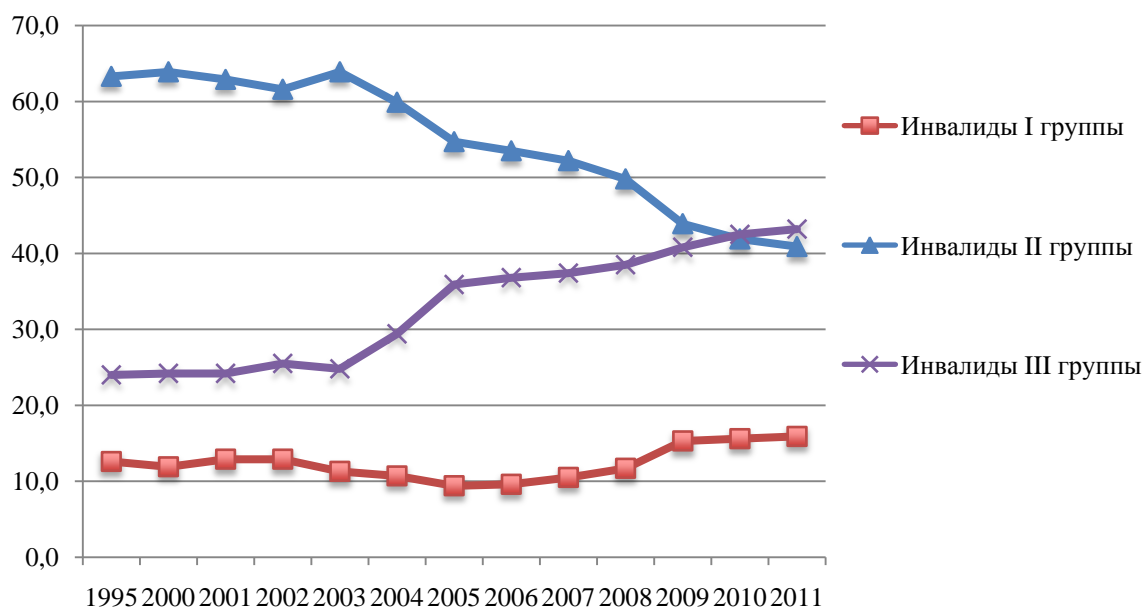
Изменение законодательства привело к противонаправленным эффектам. С одной стороны, нововведения привели к ожидаемым последствиям: численность инвалидов, получающих пенсию по инвалидности, начала сокращаться (рис. 5). Согласно мониторингу ситуации в области социальной защиты инвалидов ВОИ, назначение выплат по группе ОСТД привело к переводу значительного числа инвалидов в группу с низкой степенью ОСТД, что снижало численность получателей пенсий и иных выплат (рис. 6). С этой же целью в ряде регионов были переосвидетельствованы инвалиды с бессрочной группой инвалидности [Всероссийское общество инвалидов 2006, 2009].





Источник: Росстат, «Социальное положение и уровень жизни населения», 2003–2013 гг.

Рис. 5. Численность пенсионеров по типу получаемой пенсии, тыс. человек

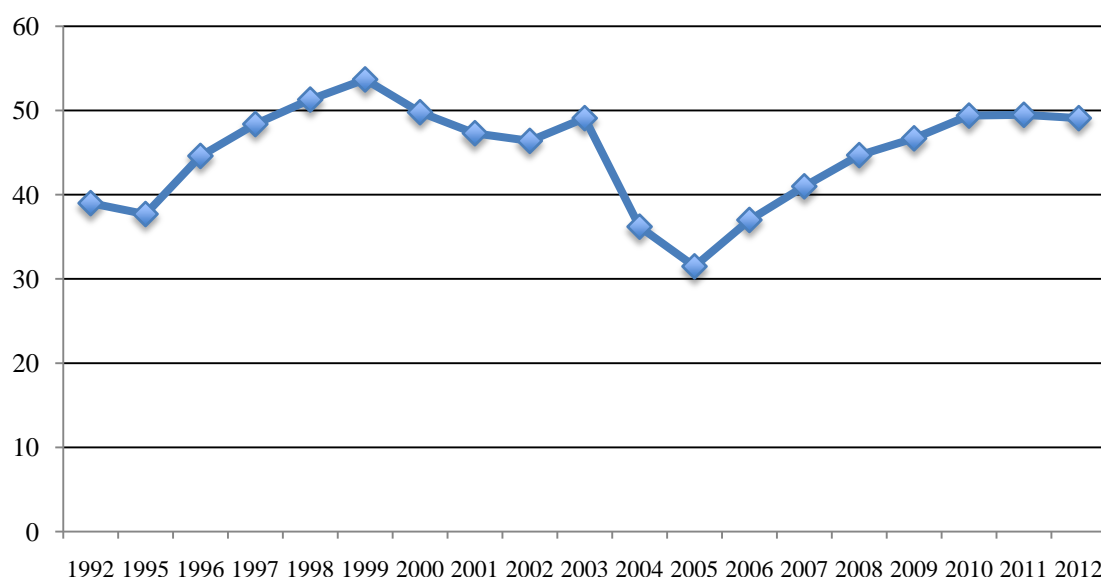


Источник: Росстат, «Здравоохранение в России», 2001–2013 гг.

Рис. 6. Структура, впервые признанных инвалидами по группам инвалидности, %

С другой стороны, переход к назначению всех выплат по инвалидности по ОСТД привел к притоку индивидов в пенсионном возрасте в состав инвалидов, что привело к увеличению общей численности инвалидов (рис. 1). Во-первых, лица пенсионного возраста признавались «автоматически» нетрудоспособными, что соответствовало 3-й степени ОСТД.

Пенсии и пособия по 3-й степени ОСТД превышали средний размер пенсий и пособий по 2-й степени ОСТД и средний размер пенсий и пособий по старости. Во-вторых, лицам пенсионного возраста присваивалась бессрочная инвалидность. Перечисленные причины сделали статус «инвалида» более доступным для пенсионеров, что обусловило резкий скачок роста численности пенсионеров, впервые признанных инвалидами в 2005 г., на фоне сокращения численности впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте (рис. 7). Подобная динамика противоречила целевым показателям по снижению численности инвалидов. В связи с этим с 2006 г. «Правилами признания лица инвалидом» (Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95) положение о бессрочной инвалидности для лиц старше пенсионного возраста было отменено. В результате доля лиц в трудоспособном возрасте среди впервые признанных инвалидами вернулась на прежний уровень (рис. 7).



Источник: Росстат, «Здравоохранение в России», 2001–2013 гг.

Рис. 7. Доля инвалидов в трудоспособном возрасте среди впервые признанных инвалидами от общей численности инвалидов в возрасте старше 18 лет, %

Ещё одним негативным последствием назначения пенсионных выплат по степени ОСТД стало отрицательное влияние на занятость. Различные профессии требуют различных физических способностей у индивида, соответственно, в зависимости от типа профессиональной деятельности степень трудоспособности одного и того же индивида может меняться. Лица с первой и второй степенью ОСТД находились в более выгодном положении, так как они могли быть трудоустроенными или могли быть зарегистрированы как безработные и получать пособия по безработице (наряду с пенсиями). Но при этом инвалидам со второй степенью ОСТД приходилось выбирать между более высокими пенсиями и способностью к работе в обычных условиях. Лица с третьей группой ОСТД

считались нетрудоспособными, что становилось практически непреодолимым барьером при трудоустройстве. В отличие от положений, действовавших в СССР, только пенсии и иные денежные выплаты назначались по ОСТД, в то время как неденежные льготы назначались в зависимости от группы инвалидности, которая основывалась на оценке ограничений всех сфер жизнедеятельности индивида.

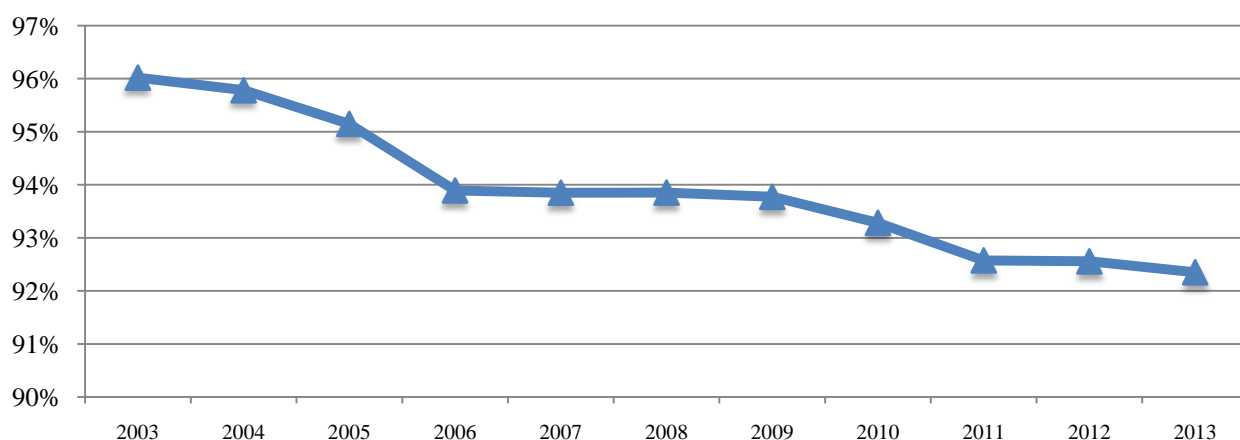
Негативное влияние на занятость инвалидов подтверждается результатами эмпирических исследований. К основным причинам незанятости инвалидов в этот период в России относились: боязнь потерять льготы по инвалидности, физические барьеры окружающей среды, недостаток навыков и образования в результате наличия инвалидности [Марц, 2008]. Таким образом, в рассматриваемый период страх уменьшения льгот и пенсий в результате снижения ОСТД негативно сказывался на занятости инвалидов.

#### ***4.2. Порядок и критерии приобретения статуса «инвалида»***

В связи с резким ростом численности инвалидов в 1990-е годы, в 2000–2010 гг. в стране реализовывалась федеральная целевая программа («Социальная поддержка инвалидов») на 2000–2005 гг., 2006–2010 гг.. В рамках ФЦП на 2000–2005 гг. были поставлены целевые показатели: сокращение численности инвалидов на 10–15%, создание предусмотренного программой количества учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ). Но они так и не были достигнуты. Более того, документы, регламентирующие деятельность МСЭ, не были утверждены в установленные сроки [Контрольно-счетная палата, 2006].

Только с 2006 г. в новой классификации и критериях, используемых при осуществлении МСЭ, был добавлен раздел, определявший способность к трудовой деятельности и критерии установления степени ОСТД, которые использовались при назначении пенсий. Под способностью к трудовой деятельности понималась способность человека к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков; а также способность осуществлять трудовую деятельность на рабочем месте, не требующем изменений, и взаимодействовать с другими людьми в социально-трудовых отношениях, соблюдать рабочий график и т.п. (Классификация и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», 2005). Согласно новым правилам ОСТД, 3-я степень назначалась нетрудоспособным инвалидам, либо инвалидам, которым была противопоказана трудовая деятельность. ОСТД назначалась МСЭ одновременно со статусом инвалида, а в случае, если инвалид признавался трудоспособным, группа инвалидности устанавливалась без ОСТД.

Согласно «Правилам признания лица инвалидом», МСЭ устанавливала инвалидность без указания срока переосвидетельствования, если была выявлена невозможность устранения или уменьшения степени ограничения жизнедеятельности гражданина (а также для закрытого перечня заболеваний). МСЭ определяла реабилитационный потенциал инвалида. Согласно мониторингу ВОИ, после принятия этих изменений была выявлена тенденция к понижению ранее назначенных групп инвалидности и рост числа необоснованных отказов в установлении бессрочной инвалидности, связанных с влиянием субъективных факторов при оценке реабилитационного потенциала (Всероссийская организация инвалидов, 2007). Целевым показателем ФЦП за 2006–2010 гг. была численность реабилитированных инвалидов. Поэтому у учреждений МСЭ был стимул понижать группы инвалидности (назначать III, II группу инвалидности, для тех, кому ранее была назначена II и I группы соответственно) для повышения показателя эффективности системы реабилитации инвалидов, о чем свидетельствует уменьшение доли признанных инвалидами из общего числа освидетельствованных (рис. 8). Эти данные указывают на общий тренд к ужесточению порядка присвоения статуса инвалида и назначения выплат по инвалидности. Стоит отметить, что экономический кризис 2008–2009 гг. не привел к росту численности инвалидов (рис. 1) при стабильном показателе количества отказов МСЭ.



Источник: Росстат, «Здравоохранение в России», 2003–2013 гг.

Рис. 8. Доля признанных инвалидами из общего числа освидетельствованных, %

Согласно заключению Контрольно-счетной палаты по ФЦП 2006–2010 гг., численность реабилитированных инвалидов составила 80% целевого показателя, группа инвалидности по результатам реабилитации была снижена только на 5,4% (38% целевого показателя), два других индикатора превысили целевые показатели, но в методологии расчётов были найдены погрешности, что не позволяет судить о положительных результатах программ (Контрольно-счетная палата, 2011).

#### ***4.3. Меры государственной поддержки занятости инвалидов***

На фоне изменения пенсионного законодательства произошло ослабление мер защиты занятости инвалидов. Во-первых, с 2001 г. квота приема на работу инвалидов устанавливалась только для организаций с численностью работников более 100 человек. Определение размера квоты было передано региональным властям, в законодательстве фиксировался допустимый диапазон квот – 2–4% от среднесписочной численности работников. Снижение квоты привело к снижению численности занятых инвалидов как в связи с сокращением числа предприятий, попадающих под квотирование, так и в связи с непрозрачностью исполнения квот, установленных на региональном уровне.

Во-вторых, в результате расформирования Государственного фонда занятости было исключено обязательство работодателей вносить плату в бюджет субъектов за невыполнение квоты, что лишало работодателей «альтернативы» приёма на работу инвалида, а бюджеты субъектов – поступлений на целевые расходы по трудоустройству инвалидов. С 2002 г. введен штраф за отказ работодателя в приеме на работу инвалидов в пределах установленной квоты (табл. 1), такой механизм лишал работодателя права выбора способа содействия занятости инвалидов, что снижало гибкость законодательства. С 2007 г. существенно снизился размер штрафа за отказ в приёме на работу инвалидов (табл. 1). Итак, во второй половине 2000-х годов либерализация в сфере поддержки занятости инвалидов учитывала интересы только одной стороны трудовых отношений – работодателей – без разработки альтернативного комплекса мер, направленного на защиту трудовых прав инвалидов.

В-третьих, с 2002 г. сократили льготы по налогу на прибыль для общественных организаций инвалидов и прибыль предприятий, на которых инвалиды составляли не менее 50% от общего числа их работников. Льготы были отменены по причине многочисленных злоупотреблений. Отмена льгот негативно сказалась на занятости инвалидов. Так, например, «в 2002–2003 гг. вынуждены были закрыться 1200 малых и средних предприятий», в 2002–2005 гг. только в системе ВОИ было ликвидировано более 21 тыс. рабочих мест для инвалидов» [Клепиков, Шаталова, 2009]. В 2004 г. были введены льготы по уплате земельного налога организациями инвалидов и предприятиями, находящимися в их собственности.

Таблица 1. Размеры штрафов за нарушение прав инвалидов, рублей

Штраф	2002 – 06.2007	07.2007 – 02.2013	С 03.2013
Отказ работодателя в приеме на работу инвалида в пределах установленной квоты	От 20 до 30 МРОТ	2–3 тыс. руб.	
Штраф за несоздание или невыделение рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с квотой и за отказ работодателя в приеме на работу инвалида в пределах квоты			5–10 тыс. руб.
Необоснованный отказ в регистрации инвалида в качестве безработного	От 20 до 30 МРОТ	2–3 тыс. руб.	5–10 тыс. руб.

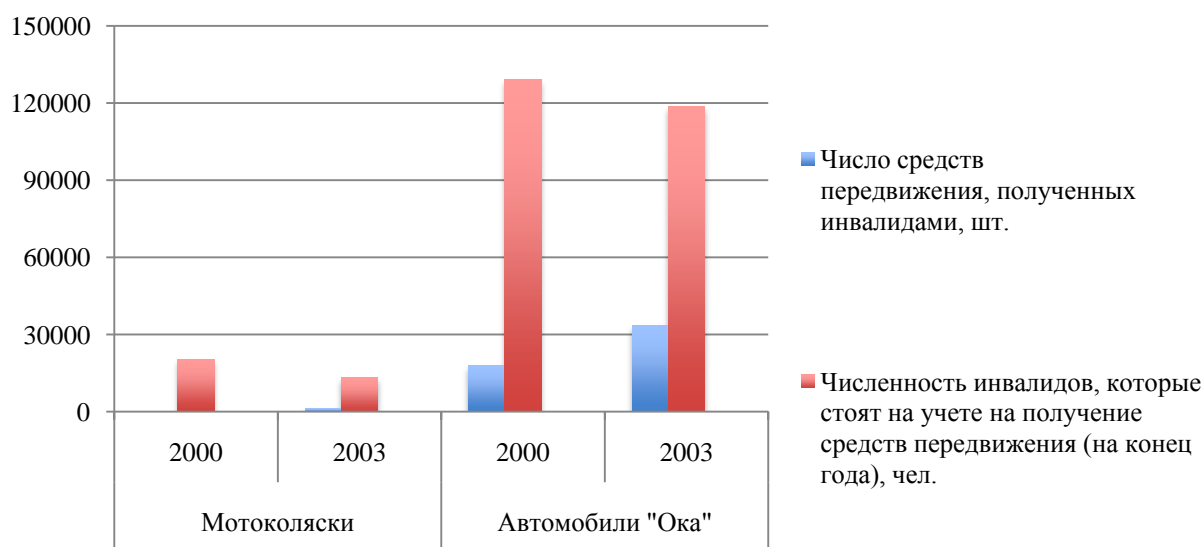
Источник: Кодекс об административных правонарушениях РФ, 2001 г. (с изменениями и дополнениями).

В-четвертых, в 2005 г. отменили законодательную норму, в соответствии с которой специальные рабочие места для инвалидов создавались за счет федерального и регионального бюджетов, что было частично и результатом прекращения поступления целевых средств на их обустройство в счет вносимой работодателями платы. С этого момента расходы по обустройству специальных рабочих мест ложились полностью на работодателей, это оказывало негативное воздействие на занятость инвалидов, которым требовались особые условия труда.

#### **4.4. Реформа предоставления неденежных льгот по инвалидности**

В период формирования рыночной экономики неденежные льготы использовались в качестве антикризисной меры для поддержания уровня жизни населения. Такая форма льгот, возможно, была оправданной в условиях высокой инфляции и безработицы, но после стабилизации экономики стало сложно поддерживать эту затратную и сложную с точки зрения администрирования систему. В 1990-е годы было введено большое количество льгот как на федеральном, так и на региональном уровне, но финансирование было недостаточным для их реализации. В результате одни льготы стали дефицитными – например, лекарства, санаторно-курортное лечение, предоставление транспортной техники (рис. 9). По другим льготам начала расти задолженность государства перед предприятиями, которые их предоставляли (транспортные льготы, льготы по оплате ЖКУ). При этом льготы по оплате ЖКУ не были адресными и предоставлялись всем членам домохозяйств. Согласно Овчаровой и Пишняк [2006], льготы охватывали в меньшей степени бедные домохозяйства, чем небедные, что противоречило их прямому назначению.

В 2005–2006 гг. произошла реформа системы предоставления льгот. Основной её целью было обеспечение «равного доступа к социальным услугам льготным группам граждан, возможность выбирать из них, а также обеспечение устойчивого финансирования льгот» [Тарасенко, 2005]. К основным изменениям можно отнести: монетизацию части льгот, объединение части льгот в социальный пакет (набор социальных услуг), а также перераспределение полномочий между федеральными, региональными и местными властями.



Источник: Росстат, «Здравоохранение в России», 2005 г.

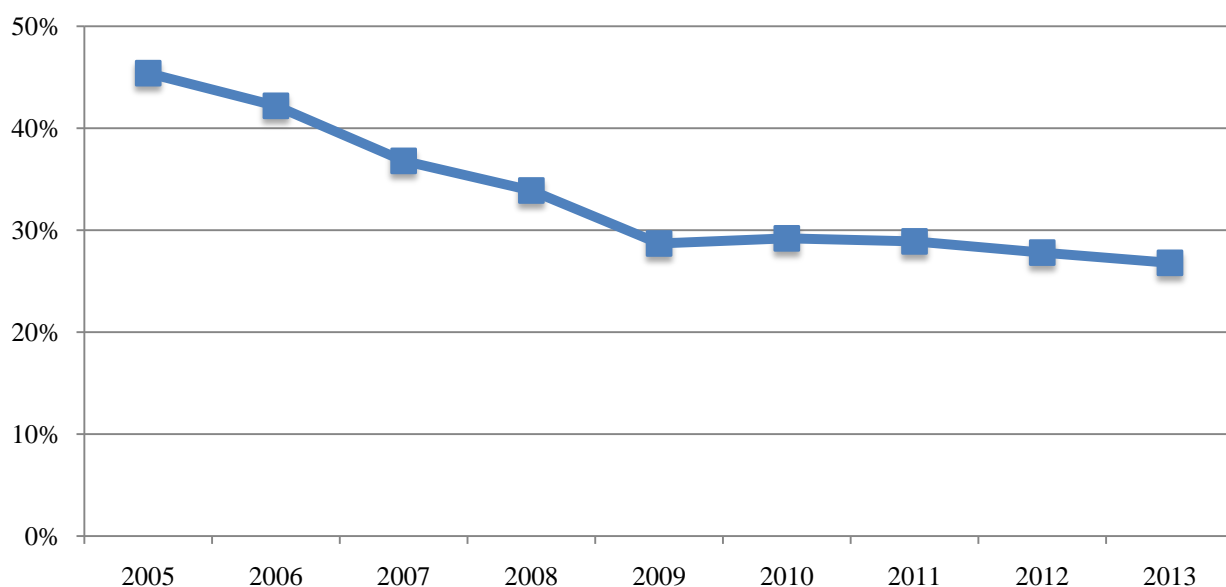
Рис. 9. Обеспечение инвалидов средствами передвижения

С 2005 г. льготы, ранее предоставляемые в натуральном виде, стали предоставляться в денежном виде (ежемесячная денежная выплата), за исключением предоставляемых в рамках набора социальных услуг. Таким образом, бесплатный проезд на всех видах городского и пригородного транспорта, скидка на транспорт междугородного сообщения, а также право на обеспечение бесплатными транспортными средствами (и возмещение средств на их обслуживание и ремонт), льготы по оплате и установке телефона и скидки по оплате радиоточки и телевизионной антенны стали выплачиваться в денежном виде. В 2005–2009 гг. размер ежемесячных денежных выплат (далее ЕДВ) зависел от степени ограничения трудоспособности индивида.

В социальный пакет включается дополнительная медицинская помощь, бесплатное обеспечение лекарствами по рецепту врача из установленного перечня лекарств, обеспечение санаторно-курортным лечением (при наличии медицинских показаний), а также бесплатный

поезд на пригородном железнодорожном транспорте, междугородном транспорте в обе стороны при направлении на лечение. Набор социальных услуг – составляющая ежемесячной денежной выплаты – можно было получать в натуральной форме с 2005 г., в натуральном и денежном виде – с 2006 г.

Реформа вызвала негативную реакцию инвалидов. В соответствии с мониторингом ВОИ основным минусом ЕДВ инвалиды считали их недостаточный размер, который не способен компенсировать расходы на покупку благ, ранее предоставлявшихся бесплатно. При этом отметим, что в 2005 г. ЕДВ превышали 40% среднего размера пенсии по инвалидности (рис. 10). Также эксперты критиковали ЕДВ за отсутствие дифференциации по регионам [Всероссийское общество инвалидов, 2005].



*Источник:* Росстат, «Социальное положение и уровень жизни населения», 2006–2014 гг.

*Рис. 10.* Соотношение среднего размера ЕДВ и средней пенсии по инвалидности, %

До 2006 г. в части обеспечения лекарственными средствами действовал принцип солидарно-страхового финансирования: в программе участвовали инвалиды с разным состоянием здоровья, но отчисления за них были равными. На начало 2006 г. 46% инвалидов предпочли получать набор социальных услуг в денежной форме (полностью или частично), что свидетельствует о привлекательности реформы для инвалидов. Причинами этого послужили: отсутствие необходимости в социальном пакете, необходимость денег на другие острые нужды, низкий уровень лекарственного обеспечения и санаторно-курортного лечения [Всероссийское общество инвалидов, 2006]. Таким образом, в большой степени от лекарственного обеспечения не отказались инвалиды, которые нуждались в нём и считали



его достаточным, либо инвалиды, расходы на лекарства которых существенно превышали размер выплат [Всероссийское общество инвалидов, 2010].

Также в рамках проведенной реформы произошло разделение на федеральных и региональных льготников, что определило источник финансирования социальной политики. Инвалиды стали относиться к числу федеральных льготников, из обязанностей региональных органов власти в соответствии с Законом № 181 исключили разработку региональной социальной политики по защите инвалидов, планирование соответствующих расходов в рамках региональных бюджетов. В результате изменений региональные власти потеряли интерес к решению проблем федеральных льготников, в частности, в формировании доступной среды [Клепиков, Шаталова, 2009]. При этом на региональный уровень были переданы полномочия по предоставлению мер социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, обеспечению жильем инвалидов за счет межбюджетных трансфертов. Таким образом, на федеральном уровне осуществлялись меры, направленные на реализацию минимальных стандартов «физического» жизнеобеспечения инвалидов, на региональном уровне – меры социально-бытового обеспечения. С 2002 г. введена новая форма поддержки инвалидов: легковые автомобили, специально оборудованные для использования инвалидами, не облагаются транспортным налогом (Налоговый Кодекс Российской Федерации, 1999 (с изменениями и дополнениями)).

С 2002 по 2009 г. произошли существенные преобразования нормативной базы, регулирующей права инвалидов. Во-первых, изменился порядок назначения пенсий и иных выплат. С 2004 г. они назначались по степени ограничения трудоспособности, что, с одной стороны, привело к росту численности инвалидов за счет притока инвалидов в пенсионном возрасте, а с другой стороны, лишило или уменьшило численность получателей пенсий и выплат по инвалидности. Во-вторых, ослабление регулирования занятости инвалидов, а также привязка пенсий и денежных выплат к ОСТД снизили долю работающих инвалидов. В-третьих, в результате монетизации была упрощена система предоставления льгот инвалидов, все инвалиды получили реальный доступ к льготам.

## **5. Проблема формирования доступной для инвалидов среды (2010–2014 гг.)**

Российская Федерация 3 мая 2012 г. ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов (принятую резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в 2006 г.) (далее Конвенция-2006) (Вставка 4) и тем самым приняла обязательство по приведению своего законодательства в соответствие с положениями Конвенции. Конвенция-2006 не была ратифицирована в течение продолжительного периода в связи с тем, что до ратификации необходимо было внести изменения в национальное законодательство, которые обеспечат

реализацию конвенции. В течение трёх последующих лет необходимые изменения внесены не были, но Конвенция-2006 все же была ратифицирована с условием последующего внесения изменений в законодательство [Смолин, 2012].

**Вставка 4**

*Конвенция о правах инвалидов*

Конвенция ООН о правах инвалидов была инициирована ООН в связи с нарушениями прав человека в отношении инвалидов, исключенностью инвалидов из жизни общества во многих странах мира. Она была принята Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. и вступила в действие 3 мая 2008 г. Ратифицировавшие Конвенцию страны обязываются привести национальные нормативно-правовые акты в соответствие с Конвенцией, развивать законодательную базу в соответствии с её положениями. Для обеспечения исполнения договоренности был создан Комитет по правам инвалидов, который уполномочен рассматривать индивидуальные жалобы, а также проводить расследования в случае выявления нарушений исполнения положений Конвенции [Факультативный протокол, 2006].

В документе закреплено новое определение инвалидности, согласно которому «инвалидность – эволюционирующее понятие. Она является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [Конвенция о правах инвалидов, 2006]. Новый подход обуславливает переход стран, подписавших и ратифицировавших Конвенцию, к социальной модели инвалидности. «Конвенция является механизмом обеспечения соблюдения всех прав человека (личных, политических, экономических, социальных, культурных) в случае наличия у лица инвалидности» [Жаворонков, 2009]. Конвенцией установлена обязанность устранения барьеров для обеспечения полноценной жизни инвалидов: за счет построения доступной физической среды, общего образования, трудоустройства на инклюзивном и открытом рынке труда, запрета на дискриминацию инвалидов на рынке труда.

Подписание Конвенции привело к повышению доступности статистической информации за счет введения большого количества новых показателей в соответствии со ст. 31 Конвенции. С 2009 г. Росстат собирает и публикует значительно больше данных о положении инвалидов, что позволяет оценивать эффект реализуемых программ и последствия изменений в законодательстве о защите прав инвалидов, в частности в сфере занятости.

Для обеспечения доступности «физического окружения, транспорта, информации и связи... а также других объектов и услуг, открытых или предоставляемых для населения» (в соответствии со ст. 9 Конвенции-2006) в рамках государственной программы (ГП) «Доступная среда» с 2011 г. в России реализуются меры по устранению барьеров доступа к приоритетным объектам и услугам для инвалидов. Кроме того, в рамках ГП проводится совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы. По результатам 2014 г. доля взрослых инвалидов, получивших положительные результаты от прохождения реабилитации (из прошедших реабилитацию), составила 43% (что соответствует целевому показателю).

При этом только 77,9% инвалидов были обеспечены техническими средствами реабилитации (услугами) согласно ИПР (Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (б)). В части профессиональной реабилитации, по данным Росстата, с 2010 по 2013 г. численность инвалидов, прошедших дополнительное профессиональное обучение, выросла на 43,4%, доля трудоустроенных (из числа обратившихся) службой занятости с 2010 по 2014 г. выросла на 10 п.п., что свидетельствует о росте доступности мер для инвалидов.

### ***5.1. Порядок приобретения статуса инвалида, медико-социальная экспертиза***

До 2012 г. инвалиды с 3-й степенью трудоспособности признавались неспособными к труду, т.е. эта группа инвалидов не могла быть трудоустроена (так как работодатели обязаны соблюдать требования ИПР). Эта норма противоречила положениям Конституции Российской Федерации, а также Конвенции о правах инвалидов, согласно которым каждый человек (в том числе и все группы инвалидов) имеет право на труд. В 2012 г. противоречие устранено, 3-я степень ограничения трудоспособности присваивается инвалидам, способным к выполнению трудовой деятельности со значительной помощью других лиц (принятые Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2009 г. N 1013н), что устраняет формальное противоречие (соответствует ст. 27 Конвенции-2006).

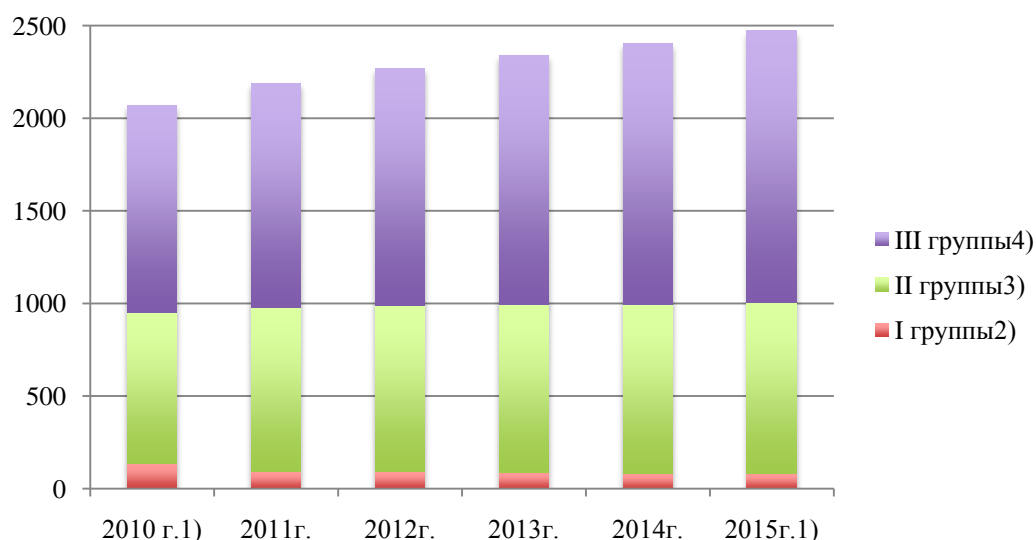
Критерии назначения группы инвалидности до 2014 г. не содержали количественных показателей, в связи с чем процедура была подвержена влиянию субъективных оценок специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, лечебных учреждений. В результате в конце 2014 г. вступили в силу новые критерии определения групп инвалидности с использованием количественной системы оценки степени выраженности нарушений функций организма, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100 (Приказ Минтруда России от 29.09.2014 N 664н). В документе установлена классификация определения степени стойкости нарушений (4 степени) по каждому виду заболеваний, что позволит снизить субъективный фактор при проведении МСЭ, обеспечит индивидуализированный подход и сделает оценку более понятной для граждан.

### ***5.2. Пенсионное обеспечение инвалидов***

В предыдущем разделе (за 2002–2009 гг.) были рассмотрены последствия перехода к назначению пенсий и иных денежных выплат по ОСТД, что дестимулировало людей с инвалидностью в отношении собственной реабилитации и труда [Смолин, 2012]. Неэффективность этого подхода подтверждается тем, что с 2010 г. вернулись к назначению пенсий в зависимости от группы инвалидности. В результате у инвалидов появилось больше стимулов работать, так как трудовая деятельность не приводила к снижению пенсий и пособий. Изменение способствовало росту численности занятых инвалидов за счёт роста

занятости инвалидов III группы (рис. 11). Мы можем предположить, что рост был вызван трудоустройством инвалидов, которые ранее считали пенсии и льготы более предпочтительной альтернативой занятости и боялись, что трудоустройство приведет к потере или сокращению размера пенсий.

Более того, с 2010 г. инвалидам, достигшим пенсионного возраста и имеющим страховой стаж не менее 5 лет, назначалась пенсия по старости (без права выбора вида пенсии, ранее выбор имелся). В случае недостаточности страхового стажа пенсия по инвалидности назначалась ещё на пять лет, если по истечении этого срока продолжительность трудового стажа не достигала 5 лет, такие инвалиды получали государственную социальную пенсию по старости. В связи с этим резко сократилась численность лиц, получающих пенсию по инвалидности, и продолжила расти численность людей, получающих социальную пенсию (рис. 6), которая в 2010 г. была меньше трудовой пенсии по инвалидности на 8,5%, что сокращало государственные расходы на пенсионные выплаты. В рамках пенсионной реформы инвалидов, как и всех пенсионеров, коснулось изменение формулы расчета трудовой пенсии и валоризация пенсионного капитала (Федеральный закон от 24.07.2009 N 213-ФЗ).



\*Данные приведены на начало года.

1) В 2010 г. инвалиды, имеющие степень ограничения способности к трудовой деятельности: 2) 3 степень; 3) 2 степень; 4) 1 степень.

Источник: Росстат, «Социальное положение и уровень жизни населения России», 2014 г.

Рис. 11. Структура работающих инвалидов по группам инвалидности, тыс. человек

### ***5.3. Меры государственной поддержки занятости инвалидов***

Согласно требованиям ст. 27 Конвенции, государства-участники должны продвигать занятость инвалидов в условиях открытого рынка труда, в том числе за счет исключения дискриминации, обеспечения инвалидам разумного приспособления рабочего места, стимулирования найма инвалидов в частном секторе, самозанятости и ведения инвалидами предпринимательской деятельности, обеспечения найма в государственном секторе, оказания помощи в поиске, сохранении, возобновлении работы, поддержка индивидуальной трудовой деятельности инвалидов [Конвенция о правах инвалидов, 2006].

Ратификация Конвенции повлекла ряд изменений в законодательстве о защите занятости инвалидов в России. С июля 2013 г. расширена система квотирования в связи с продолжительным снижением трудоустроенных в счет квот инвалидов, в том числе Службами занятости. После нововведения под квотирование попадают малые (с численностью работников от 35 человек), средние и крупные предприятия. Властями субъектов устанавливается квота на трудоустройство инвалидов для малых предприятий – не более 3%, для средних и крупных предприятий – 2–4%. Повышение размера квот создало 300 тысяч дополнительных квотируемых рабочих мест [Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов, 2014].

Можно предположить, что на большинство рабочих мест, выделенных в рамках квот, трудоустроены (будут трудоустроены) инвалиды с III группой инвалидности, которые более привлекательны для работодателей, так как не требуют дополнительных затрат на трудоустройство. Для поддержки занятости инвалидов с существенными нарушениями здоровья законодательством предусмотрено создание специальных рабочих мест для инвалидов в рамках установленных квот. Государственные органы определяют количество специальных рабочих мест для каждого предприятия. В соответствии с майскими Указами Президента с 2013 по 2015 г. в стране планируется создавать до 14,2 тыс. специальных рабочих мест (Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»). В 2013 г. показатель был выполнен: было создано 14,7 специальных рабочих мест [Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, 2014 б]. Таким образом, с 2013 г. было возобновлено государственное софинансирование создания специальных рабочих мест для инвалидов.

Созданием специальных рабочих мест занимаются организации инвалидов по государственному финансированию, либо работодатели, которые обращаются в службы занятости для получения финансирования. В 2013 г. общественные организации инвалидов оказали содействие в трудоустройстве инвалидов на 478 созданных специальных рабочих.

В рамках субсидий планируется вернуть к трудовой деятельности более 4,2 тыс. инвалидов [Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов, 2014]. Число создаваемых специальных рабочих мест не соответствует потребностям экономики, более того, минусом такой системы является отсутствие поддержки ранее созданных рабочих мест.

Малая численность инвалидов, трудоустроенных в счет квот, в масштабах страны может быть как результатом слабого контроля исполнения законодательных требований, так и следствием несоответствия характеристик рабочих мест, выделяемых в рамках квот работодателями, потребностям инвалидов. Для обеспечения индивидуального подхода к каждому инвалиду с использованием объективных показателей в 2014 г. утверждены новые требования к специальным рабочим местам инвалидов, перечень рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности, новая классификация и критерии установления группы инвалидности.

Требования к оснащению специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов изложены с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности конкретного инвалида, профессии (должности) инвалида, характера выполняемых инвалидом трудовых функций (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. N 685н). Требования устанавливают единый подход к оснащению специальных рабочих мест в зависимости от заболевания или дисфункции организма, являются методической поддержкой для работодателей, что позволит снизить недостаток информации у работодателей и одновременно гарантирует инвалидам соответствие рабочего места установленным требованиям.

С целью контроля за исполнением предоставления квот с февраля 2013 г. была увеличена сумма штрафа за отказ в трудоустройстве инвалида в рамках установленной квоты, а также введен новый штраф за несоздание или невыделение рабочих мест для трудоустройства инвалидов в соответствии с квотой (табл. 1). Исполнение данных показателей контролирует Служба занятости через отчетность предприятий о наличии вакантных мест (должностей), выполнении квоты приема на работу инвалидов, создании и выделении рабочих мест для инвалидов. В результате введения нормы в 2013 г. число вакантных мест, заявленных в службы занятости, составило 146 тыс. единиц, что в 3,5 раза выше показателя 2009 г. Численность инвалидов, работающих на квотируемых рабочих местах, увеличилась за год на 15,2% и превысила 350 тыс. инвалидов [Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов, 2014].

Кроме квот к мерам стимулирования трудоустройства инвалидов, как правило, относят предоставление налоговых льгот. На сегодняшний день налоговые льготы (налог на

прибыль организаций, налог на добавленную стоимость) на федеральном уровне предусмотрены только для общественных организаций инвалидов, созданных ими организаций, использующих труд инвалидов и учреждений, единственным собственником имущества которых являются общественные организации инвалидов. В связи с этим большинство работодателей не могут претендовать на федеральные налоговые льготы.

В начале 2000-х годов занятость на специализированных предприятиях, которые неконкурентоспособны в условиях открытой экономики без государственной поддержки, сократилась в разы. Так, на предприятиях Всероссийского общества слепых (ВОС) в 2011 г. работало почти в 5 раз меньше инвалидов, чем в советский период (11,1 тыс. инвалидов в 2011 г. по сравнению с 54,2 тыс. инвалидов в 1990 г.), на предприятиях ВОИ – в 3,8 раз (с 30 тыс. до 8 тыс. инвалидов), а на предприятиях Всероссийского общества глухих (ВОГ) – в 12,5 раз (с 20 тыс. до 1,6 тыс. человек) [Смолин, 2012]. С одной стороны, специализированные предприятия – форма занятости на закрытом рынке труда, что не соответствует приоритетам Конвенции. С другой стороны, для ситуации российской реальности такие показатели могут скорее носить негативный характер, в связи с низкой занятостью инвалидов в целом и недостатком специальных рабочих мест. В международном опыте, как правило, защищенная занятость используется не только для трудоустройства инвалидов, которые не могут быть трудоустроены на открытом рынке труда, но и для трудоустройства инвалидов, которые нуждаются в реабилитации и государственной поддержке и которые со временем смогут перейти к занятости на открытом рынке [Гонтмахер, Клепиков, 2009]. Такой подход помог бы инвалидам выйти на рынок труда.

Методические рекомендации по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов также имеют индивидуализированный подход: учитывают различия инвалидов по виду заболеваний, нарушений функций и ограничений жизнедеятельности. Целью рекомендаций является помощь в подборе характера рабочей нагрузки, формы организации трудовой и профессиональной деятельности, её условий. Документ предназначен для использования специалистами медико-социальной экспертизы, служб занятости, реабилитации инвалидов и др. организаций, участвующих в профессиональной ориентации, трудоустройстве инвалидов (Приказ Минтруда России № 515 от 4 августа 2014 г.).

Последние пять лет законодательное регулирование защиты прав инвалидов было направлено на адаптацию общественной среды к потребностям инвалидов и изменение отношения общества к инвалидам. Для повышения включенности инвалидов в общество создаются специальные рабочие места для инвалидов на открытом рынке труда, расширена система квот, введен новый штраф, контролирующей занятость инвалидов, принимаемые

меры имеют более индивидуализированный характер. Но на сегодняшний день ряд положений Конвенции-2006 не отразились в российской практике. Во-первых, на данный момент не предусмотрены специальные меры поддержки индивидуальной предпринимательской деятельности, а во-вторых, не продвигается занятость в государственном секторе.

### **Заключение**

С начала 1990-х годов в России социальная политика в сфере защиты прав инвалидов эволюционировала от мер поддержки уровня жизни инвалидов за счет пенсий и неденежных льгот к усилению акцента на вопросах реабилитации и абилитации инвалидов, повышения доступности среды и интеграции инвалидов в общество.

Система социального обеспечения инвалидов в России на сегодняшний день имеет смешанный характер. С одной стороны, сохраняются меры социальной поддержки инвалидов, характерные для медицинского подхода: отсутствует связь между выплатами и предоставляемыми льготами и программой реабилитации инвалидов, значительная часть инвалидов обучается в специализированных учебных заведениях. С другой стороны, в последние годы расширилась реализация мер по адаптации физической среды, в том числе рабочих мест и информационной среды, к потребностям инвалидов, внедряются программы по формированию положительного общественного отношения к людям с ограниченными возможностями. На сегодняшний день переход в России не завершен. Политика формируется в рамках социального подхода, предполагаемого Конвенцией-2006, но при этом выбор мер происходит в рамках бюджетных ограничений.

В результате проведенного анализа выявлено следующее. Во-первых, трансформации системы социальной защиты инвалидов в России в большой степени способствовало не общественное осознание проблемы инвалидности в стране, а развитие международной нормативно-правовой базы ООН. Вместе с тем рекомендательный характер документов ООН, несогласованность положений нормативно-правовых актов, слабые национальные институты контроля за исполнением законодательства объясняют неисполнение многих принципов на практике и незащищенность инвалидов в России на сегодняшний день. Только Федеральный закон от 01.12.2014 N 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» привёл законодательство в разных сферах в соответствие, что создает базовые условия для реализации положений Конвенции-2006.



Во-вторых, понятие инвалидности в России всегда было тесно связано с трудоспособностью индивида. До середины 1990-х годов степень ограничения трудоспособности оставалась единственным критерием назначения инвалидности. С 1996 г. степень ограничения трудоспособности утратила свою доминирующую роль при назначении группы инвалидности (используется более широкая концепция ограничения жизнедеятельности), но продолжает играть ключевую роль при назначении пенсий и выплат по инвалидности. Эти изменения в определении критериев инвалидности привели к серьезному росту общей численности инвалидов в 1990-е годы, прежде всего за счет лиц пенсионного возраста. Вместе с тем негибкая привязка денежных выплат по инвалидности к ограничениям трудоспособности оказывала негативное влияние на занятость инвалидов – льготы и пенсии по инвалидности рассматриваются инвалидами как альтернатива занятости и снижают стимулы к труду инвалидов с целью сохранения права на пенсии и выплаты.

В-третьих, на численность инвалидов влияет объем и конфигурация форм социальной поддержки. При этом влияние мер изменяется в зависимости от экономической ситуации в стране. Получившие распространение в 1990-е годы неденежные льготы были инструментом социальной поддержки населения в условиях высокой инфляции, однако спровоцировали избыточный рост обращений за оформлением инвалидности и увеличение численности инвалидов. В результате, в начале 2000-х годов значительная часть этих льгот носила неадресный характер, была фактически недоступна большинству инвалидов и не подкреплялась достаточным финансированием, становясь «бременем» для государства. Этот дисбаланс был частично снят проведенной в 2005 г. монетизацией льгот, которая оказалась выгодной как для государства (снижение общих расходов и издержек, связанных с администрированием льгот), так и для инвалидов, о чем свидетельствует, в частности, рост численности лиц, впервые признанных инвалидами.

В-четвертых, эффективность мер по поддержке занятости инвалидов в существенной степени зависит от качества контроля за исполнением мер законодательства по защите занятости инвалидов, наличия однозначных, объективных положений, определяющих условия занятости инвалидов. Квотирование рабочих мест для инвалидов не привело к существенному росту занятости инвалидов, как в связи с небольшим размером квоты и ограниченным охватом предприятий, так и из-за недостатков в системе контроля за исполнением квоты, небольшим количеством и низким размером штрафов за её невыполнение. Действующая в настоящее время система контроля предусматривает только штрафы, при этом не контролируется численность трудоустроенных инвалидов согласно квоте. Ещё одна мера стимулирования занятости инвалидов – налоговые льготы – используется крайне ограниченно. Налоговые льготы сегодня распространяются только на

предприятия, принадлежащие организациям инвалидов. Это связано с высокими рисками «злоупотребления» льготами коммерческими организациями.

В-пятых, подход к статистическому наблюдению за положением инвалидов влияет на понимание проблемы обществом. С одной стороны, в 1990-е годы изменения в методике расчета численности инвалидов могли быть одной из причин стремительного роста численности. С другой стороны, отсутствие систематизированного сбора данных о характеристиках инвалидов, закрытость и разрозненность источников информации являются ограничениями системы контроля за исполнением законодательства и препятствуют пониманию проблемы государственными властями, работодателями, гражданами, в том числе самими инвалидами.

Перечисленные обстоятельства наложили ограничения и на полноту освещения отдельных тем в настоящей работе. В силу недостатка информации мы не смогли более детально описать реализацию мер по созданию доступной среды, реабилитации инвалидов, количественно оценить эффективность мер квотирования рабочих мест для инвалидов и подробнее остановиться на вопросах выбора инвалидами типа получаемых пенсий.

Предложенная периодизация выделяет основные этапы социальной политики защиты занятости инвалидов и объясняет наблюдаемые изменения в динамике численности инвалидов и их структуре. Таким образом, можно предположить, что более всего на численность и положение инвалидов оказывает влияние порядок назначения статуса инвалида и пенсий по инвалидности.

Уровень инвалидизации – важный социальный показатель, свидетельствующий о состоянии здоровья населения страны, в то время как интегрированность инвалидов в повседневную жизнь – это показатель благополучия общества. При этом инвалидность является социально и институционально конструируемым понятием. С одной стороны, определение инвалидности и порядок назначения группы инвалидности, перечень и размер пенсий, денежных выплат и льгот устанавливаются национальной законодательной базой. С другой стороны, влияние на инвалидность оказывают общественное восприятие, физическая и информационная среда. В совокупности эти факторы определяют численность и положение инвалидов в обществе. Наше исследование подтверждает, что граждане России реагируют на стимулы, которые задают институциональные и законодательные изменения в сфере защиты прав инвалидов, что указывает на необходимость принимать взвешенные решения при изменении законодательства.

## Литература

1. Андреева О.С., Гайкович А.А. и др. Основы медико-социальной экспертизы. М.: Медицина, 2005.
2. Васин С.А. Легкое бремя инвалидности // Отечественные записки. Журнал для медленного чтения. 2005. № 6.
3. Васин С.А., Бесфамильная С.В., Голодец О.Ю. и др. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. Бюро экономического анализа. М.: РОССПЭН, 1999.
4. Васин С.А., Горлин Ю.М. и др. Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов <[ftp: // w82.ranepa.ru/rnp/ppaper/mak5.pdf](ftp://w82.ranepa.ru/rnp/ppaper/mak5.pdf)>.
5. Васин С.А., Малева Т.М. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем // Pro et Contra. 2001. Т. 6. № 3.
6. Васин С.А., Малева Т.М. и др. Адресная социальная политика в отношении инвалидов: перспективы и направления реформирования, 2004 <[http: // www.socpol.ru/research\\_projects/pdf/proj10\\_report\\_medium.pdf](http://www.socpol.ru/research_projects/pdf/proj10_report_medium.pdf)>.
7. Всемирная программа действий в отношении инвалидов (принята Резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи от 3 декабря 1982 г.).
8. Всеобщая декларация прав человека (принята Резолюцией 217 (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.).
9. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации в области социальной защиты инвалидов, проведенного Всероссийским обществом инвалидов в 2005 г. в связи со вступлением в силу Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ <[http: // www.voi.ru/monitoring/monitoring/2006.html](http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2006.html)>.
10. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации в области защиты инвалидов, проведенного ВОИ в первом полугодии 2007 г. (по состоянию на 1 июня 2007 г.) <[http: // www.voi.ru/monitoring/monitoring/2007.html](http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2007.html)>.
11. Всероссийское общество инвалидов. Анализ результатов мониторинга ситуации с обеспечением инвалидов лекарственными средствами по Программе ДЛО в первом полугодии 2010 г. <[http: // www.voi.ru/monitoring/monitoring/2010.html](http://www.voi.ru/monitoring/monitoring/2010.html)>.
12. Гонтмахер Е.Ш., Клепиков А.В. и др. Россия: на пути к равным возможностям <[http: // www.unrussia.ru/sites/default/files/doc/russia\\_on\\_the\\_pat\\_ru.pdf](http://www.unrussia.ru/sites/default/files/doc/russia_on_the_pat_ru.pdf)>.
13. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015: (принята Распоряжением Правительства РФ 26.11.2012 г. N 2181-р

Об утверждении государственной программы РФ «Доступная среда» на 2011–2015 гг. в новой редакции).

14. Декларация о правах инвалидов (принята Резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 г.).

15. Инструкция по определению групп инвалидности (утверждена Минздравом СССР 01.08.1956, ВЦСПС 02.08.1956).

16. Жаворонков Р.Н. Сравнительно-правовой анализ федерального законодательства РФ в области реабилитации и социальной защиты инвалидов и Конвенции ООН о правах инвалидов < <http://www.rehabin.ru/upload/library/roman-book.pdf>>.

17. Клепиков А.В., Шаталова Е.Ю. Конвенция о правах инвалидов: возможности и перспективы внедрения в России //SPERO. 2009. № 11. С. 138.

18. Кодекс законов о труде (Закон СССР: утвержден ВС РСФСР 9 декабря 1971 г.).

19. Конвенция Международной организации труда N 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 июня 1983 г.).

20. Конвенция ООН о правах инвалидов (Конвенция: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи 13 декабря 2006 г.).

21. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (разработана Всемирной организацией здравоохранения, 2001).

22. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (а) <<http://www.rosmintrud.ru/social/invalid-defence/199>>.

23. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (б) <<http://www.rosmintrud.ru/employment/employment/384/>>.

24. Налоговый кодекс Российской Федерации (Федеральный закон: принят 31.07.1998 N 146).

25. Наберушкина Э.К., Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб.: Питер, 2004. С. 27.

26. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов (Федеральный закон: одобрен Советом Федерации 26 ноября 2014 г. от 1 декабря 2014 г. N 419).

27. О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации (Федеральный закон: принят 15.12.2001 N 166-ФЗ).

28. О государственных пенсиях (Закон СССР: принят Верховным Советом СССР 14 июля 1956 г.).
29. О государственных пенсиях в Российской Федерации (Закон РФ: принят 20 ноября 1990 N 340-1].
30. О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов [Указ Президента РФ: принят 2 октября 1992 г. N 115].
31. О дополнительных мерах по улучшению организации профессионального обучения и трудового устройства инвалидов (Постановление Совмина СССР от 10 декабря 1976 г. N 1010).
32. О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов [Указ Президента РФ: принят 25 марта 1993 г.].
33. О мерах по снижению инвалидности среди трудящихся и улучшению врачебно-трудовой экспертизы (вместе с «Положением о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (ВТЭК)») (Постановление Совмина РСФСР, ВЦСПС от 11.03.1963 N 299).
34. О мероприятиях по дальнейшему повышению благосостояния советского народа [Постановление ЦК КПСС, Совмина СССР от 26.09.1967 N 888].
35. О мероприятиях по реализации государственной социальной политики [Указ Президента Российской Федерации : издан 7 мая 2012 года N 597].
36. О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда [Постановление Минтруда РФ: принято 8 сентября 1993 г. N 150].
37. О порядке и условиях признания лица инвалидом (Постановление Правительства РФ: принято 20 февраля 2006 г. N 95).
38. О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС (Закон РФ: принят 15 мая 1991 г. N 1244-1).
39. О страховых пенсиях (Федеральный закон: принят 28.12.2013 N 400-ФЗ].
40. О трудовых пенсиях в Российской Федерации [Федеральный закон: принят 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ].
41. О федеральной комплексной Программе «Социальная поддержка инвалидов» (Постановление Правительства Российской Федерации: принято 16 января 1995 г. года N 59).
42. О федеральной целевой Программе «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 годы» [Постановление Правительства РФ от 14.01.2000 N 36].
43. О федеральной целевой программе "Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы [Постановление Правительства РФ: утверждено 29.12.2005 N 832].

44. Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР (Закон СССР: утвержден Верховным Советом СССР 11 декабря 1990 г. N 1827-І).

45. Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства [Постановление Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам от 23 мая 1979 г. N 469].

46. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации: 22 августа 2005 г. N 535 г.).

47. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации : утвержден 23 декабря 2009 г. N 1013н г.).

48. Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности (Приказ Минтруда России: утверждён 4 августа 2014 г. № 515).

49. Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации: принят 19 ноября 2013 г. N 685н г.).

50. Об утверждении Положения о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (Постановление Совмина РСФСР, ВЦСПС от 09.04.1985 N 147).

51. Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих (вместе с «Положением о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих») (Постановление Совмина СССР от 23 февраля 1981 г. N 209).

52. Об утверждении типового положения о врачебно-трудовых комиссиях [Утверждено Советом министров СССР, 21 декабря 1984 г. N 1255].

53. Овчарова Л.Н., Пишняк А.И. Социальные льготы: что получилось в результате монетизации? <<http://demoscope.ru/weekly/2006/0257/analit06.php>>.

54. Отчет о результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования бюджетных средств, направленных на реализацию федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» // Бюллетень Счетной палаты. 2012. № 3 (Март).

55. Отчет о результатах контрольного мероприятия «Проверка и анализ результатов использования финансовых средств, выделенных на Федеральную целевую программу «Социальная поддержка инвалидов на 2000–2005 гг.» // Бюллетень Счетной палаты. 2007. № 4.

56. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации» <[http: // www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74](http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/74)>.

57. Примерное положение об учреждениях государственной службы медико-социальной экспертизы (Постановление Правительства РФ от 13.08.1996 N 965).

58. Региональная общественная организация «Перспектива». Государственная политика в отношении людей с инвалидностью: международный опыт и российская практика. М.: Типография Франциск Скарина, 2008. С. 71.

59. Резолюции, принятые по докладам Третьего комитета <[http: // sadr-russia.ru/docs/ARES36.46.pdf](http://sadr-russia.ru/docs/ARES36.46.pdf)>.

60. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Научная книга, 2006. С. 10–32.

61. Федеральная служба статистики, База данных «ЕМИСС» / Федеральная служба статистики, Здравоохранение и социальные услуги, Общая численность инвалидов.

62. Федеральная служба статистики. «Здравоохранение в России», 2001–2013 гг.

63. Федеральная служба статистики. «Российский статистический ежегодник», 2003–2013 гг.

64. Федеральная служба статистики. «Социальное положение и уровень жизни населения», 2003–2013 гг.

65. Синявская О.В. История пенсионной реформы в <[http: // www.ru-90.ru/](http://www.ru-90.ru/)>.

66. Смолин О.Н. Конвенция ООН «О правах инвалидов»: риски и надежды. Сборник по итогам работы круглого стола «Конвенция ООН о правах инвалидов и российское законодательство: что делать?». 2012. <[http: // www.smolin.ru/read/Konvencia/pdf/Konvencia.pdf](http://www.smolin.ru/read/Konvencia/pdf/Konvencia.pdf)>.

67. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года).

68. Тарасенко Е.А. Предоставление набора социальных услуг: некоторые уроки «закона о монетизации» // Журнал исследований социальной политики. 2005. Т. 3. № 4.

69. Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1.

70. Трудовой кодекс Российской Федерации (Федеральный закон: принят ГД ФС РФ 21 декабря 2001 г. № 197).

71. Шубина О.А. История развития законодательства о профессиональной реабилитации инвалидов (1990–2012 гг.) // Вопросы современной науки и практики. 2012. № 3.

72. Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people, OECD, 2003.



**Demianova, A. V.**

Social policy towards people with disabilities in Russia [Electronic resource] : Working paper WP3/2015/09 / A. V. Demianova ; National Research University Higher School of Economics. – Electronic text data (2 Mb). – Moscow : Higher School of Economics Publ. House, 2015. – (Series WP3 “Labour Markets in Transition”). – 50 p. (In Russian.)

In the paper, we trace the evolution of the institutions of social support for disabled people in Russia from 1990 onwards and develop periodization based on changes in the legislation in the spheres of disability status and pensions assignment. The paper focuses on four dimensions of regulation and social policy: disability status assignment, disability benefits, employment protection and non-cash benefits. Our analysis reveals that the disability rate depends not only on objective health conditions of the population, but it is also shaped by institutional factors. Over the period, changes in disability legislation were followed by changes in the number of the disabled, their distribution among disability groups, and their employment rate. We show that extensive use of non-cash benefits during the economic downturn of the 1990s boosted the growth in the number of disabled people. The use of “remaining earning capacity” as the key criterion for assignment of disability benefits led to an increase in disability claims among the elderly and to a decline of employment among the disabled. Weak enforcement of employment quotas and of requirements concerning creation of specialized working places limits the efficiency of employment policies for disabled people.

Keywords: disability, social policy, disability benefits

*Препринт WP3/2015/09*  
*Серия WP3*  
*Проблемы рынка труда*

Демьянова А. В.

**Социальная политика в сфере защиты  
прав инвалидов в России**