

## ОСОБЛИВОСТІ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ІНВАЛІДІВ У КРАЇНАХ ЄС

БОНДАР Н. О.

Харків

Протягом останніх десяти років в Україні було проведено реформування майже у всіх сферах соціального забезпечення та охорони праці. На сучасному етапі Україна намагається створити ефективну систему соціального захисту усіх категорій населення, інвалідів у тому числі. У процесі її розроблення слід враховувати досвід зарубіжних країн, де така система функціонує досить успішно вже тривалий час. З цієї точки зору інтерес може представляти система соціального захисту, яку впроваджено у країнах Європейського Союзу, де було започатковано рух за права інвалідів, особливо враховуючи зацікавленість України щодо членства у ЄС.

У країнах Європейського Союзу соціальна політика та участь соціальних партнерів у її формуванні зазнали не тільки значної трансформації, а й виник принципово новий наднаціональний і наддержавний курс соціального захисту і добробуту громадян. На межі ХХ – ХХІ століть розуміння суті процесу соціального забезпечення незмінно ґрунтується на нормах міжнародного права, одним із визначальних джерел якого вважається Європейська хартія про основні соціальні права трудящих [1]. Міжнародні стандарти соціального захисту інвалідів закріплені в базових правових документах: Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (1966 р.), Всесвітня програма дій щодо інвалідів (1982 р.), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 р.), Європейська соціальна хартія (1961 р.), Євро-

пейська конвенція про соціальне забезпечення (1972 р.), Європейський кодекс соціального забезпечення (1990 р.), конвенції і рекомендації ООН.

Кожна з країн, що входять до складу ЄС, провадить соціальну політику щодо захисту інтересів інвалідів згідно власного законодавства та загальноприйнятих актів, що діють у рамках країн учасників. Однією з проблем політики інвалідності у деяких західних державах є те, що вони встановлюють визначення інвалідності для одного з видів забезпечення, використовуючи його у подальшому у всіх програмах, що призводить до вилучення деяких видів взагалі. При визначенні поняття інвалідності з метою досягнення певних цілей соціальних програм органи соціального захисту застосовують підхід, метою якого є встановлення певних обмежень категорій осіб, які матимуть право на соціальне забезпечення.

Згідно з Рекомендаціями № R 92 Ради Європи встановлено, що інваліди повинні мати доступ до мінімальних засобів до існування, спеціальних видів допомоги і системи соціального захисту, відповідальних представників своїх інтересів щодо допомоги у зв'язку з довго- і короткостроковою непрацездатністю, допомоги на дітей, допомоги на сторонній догляд, особистого помічника з питань освіти, професійного навчання, технічних цілей та працевлаштування [2].

Основними напрямками соціального захисту інвалідів у країнах ЄС є:

- ✦ допомога у повсякденному житті (*assistance with activities of daily living – ADLs*) та сприяння незалежному життю;
- ✦ підтримка доходу і рівня життя;
- ✦ працевлаштування інвалідів [3].

Призначення допомоги у повсякденному житті базується на стані здоров'я та здатності здійснювати основні фізіологічні та побутові функції. Однак у багатьох країнах допомога у повсякденному житті є доступною лише для інвалідів, які отримують виплати для підтримки достатнього рівня життя (у деяких країнах лише для одержувачів допомоги у зв'язку з інвалідністю внаслідок професійної травми чи захворювання). Для отримання допомоги ADL претендент повинен пройти два послідовні тестування: перше – на здатність до праці, друге – обмеженість дієздатності у повсякденному житті [3]. Здається, що здатність до праці відіграє більш суттєву роль у визначенні інвалідності, ніж повсякденна активність, однак праця включає здатність до певної специфічної активності, яка може бути сумісною із нездатністю до деяких елементів ADL.

Допомога на догляд може здійснюватися за двома напрямками, а саме: надання безпосередньо сторонньої допомоги у здійсненні щоденних завдань та виплата адресної допомоги, яку інвалід може витратити за власним рішенням - чи найняти особистого помічника чи витратити кошти на інші цілі, навіть якщо вони не збігаються з основними потребами інваліда. Однак практика показала, що грошова альтернатива є більш популярною серед інвалідів.

З метою підтримки доходу і рівня життя в усіх країнах ЄС розповсюджено грошові виплати особам, які не здатні працювати через інвалідність. Більшість країн надають два види допомоги: 1) фіксована страхова виплата (пенсія) залежна від попередніх внесків та зарплати; 2) незалежна від попередніх внесків виплата для підтримки доходу, якій може передувати оцінка необхідності в ній. Першим критерієм для призначення цих виплат є те, що інвалід не працює. Виключенням з цієї умови є робота протягом кількох годин на тиждень або в терапевтичних цілях. Деякі країни, наприклад, Нідерланди, Швеція, Германія запроваджують поняття часткової непрацездатності, що передбачає регулярну роботу обмежену у часі [3].

Право на такі види допомоги базується на обмеженості чи втраті здатності до праці та заробітку. Правомірність використання такого визначення залежить від того, чи існує переконливий зв'язок між здатністю до праці і станом здоров'я. За умови, що більшість претендентів не працює, основним завданням оцінювачів є виявлення причин їхнього безробіття: чи стан здоров'я, чи загальні умови ринку праці, чи низький рівень професійних навиків, чи недостатність мотивації та ін.

Для призначення грошових виплат у зв'язку з інвалідністю у країнах ЄС використовують три підходи:

- ✦ *процедурний підхід* – виявлення причин, через які особа припинила працювати, та перешкод, які заважали особі продовжувати працювати за попереднім місцем роботи;
- ✦ *профільний підхід* – виявлення, чому особа не здатна отримати роботу відповідно її продуктивності і попиту на ринку праці;
- ✦ *функціональний підхід* – виявлення рівня функціональних недоліків особи [3].

Процедурний підхід найбільше вагомий для системи страхування, особливо стосовно тих питань, коли отримання допомоги у зв'язку з інвалідністю проходить через отримання короткострокової допомоги у зв'язку з хворобою. Наявним прикладом процедурного підходу є покроковий процес ідентифікації інваліда у Швеції. У цьому процесі дослідження потенціалу для поновлення попередньої роботи, після реабілітації або без неї, посідає перше місце, після чого розглядається можливість працевлаштування за іншою посадою у попереднього роботодавця і наприкінці – інші трудові альтернативи.

Представниками країн, які використовують профільний підхід, є Великобританія, Нідерланди та Ірландія. Базовою ідеєю оцінки трудових можливостей є дослідження працездатності особи та порівняння її з працездатністю, яка потрібна для отримання добре оплачуваної роботи.

Найвідомішим інструментом при функціональному підході є спеціальні таблиці, що відображають відсотки втрати працездатності та відповідний їм рівень інвалідності. Класичні таблиці встановлюють рівень інвалідності через медичний стан людини (метод прямих нормативів), але на практиці застосовують таблиці, які дозволяють враховувати ще й вплив інвалідності, що необхідно для оцінки рівня інвалідності внаслідок стійких пошкоджень.

Відповідно до законодавства та створених часами традицій кожна з країн ЄС встановлює свої вимоги щодо надання статусу інваліда. Основним критерієм відношення особи до інвалідів є зниження рівня працездатності або взагалі відсутність здатності до праці (табл. 1). Залежно від відсотка втрати працездатності у деяких країнах створюються групи інвалідності та встановлюється розмір пенсійної виплати. Класифікація інвалідів за групами або категоріями інвалідності прийнята у Франції, Чехії, Словенії, Румунії, Угорщині, Латвії, Литві, Болгарії, Кіпрі, але вони відрізняються відсотками непрацездатності та здатністю інваліда до самообслуговування та виконання певної хатньої роботи.

У Португалії та Греції таблиці дефектів застосовують у державному страхуванні, у той час як у Італії та Іспанії державні страхові установи не схильні використовувати стандартні (комбіновані) таблиці, створюючи власні інструменти оцінки інвалідності на базі функціонального підходу (технічні медичні звіти лікарів).

У цілому кожен з вищеназаних підходів до оцінки інвалідності перетинається один з одним. Наприклад, страхові установи Німеччини і Австрії використовують медичні протоколи поряд із оцінкою трудових можливостей. Іспанія, Португалія, Італія та Греція відрізняються від Німеччини, Австрії, Франції та Бельгії рівнем відокремлення грошового забезпечення від соціальних послуг з охорони здоров'я та фактичною відсутністю реабілітаційних заходів, пов'язаних із грошовими виплатами, а також фінансуванням допомоги інвалідам з місцевих бюджетів (як правило за остаточним принципом). Усі названі країни суттєво відрізняються від Швеції, Норвегії і Фінляндії щодо домінуючої ролі лікарів у системі страхування і відповідно високому акцентуван-

Мінімальні відсотки втрати працездатності для надання права на допомогу [4, 5]

Країна	%	Країна	%	Країна	%
Бельгія	66	Ісландія	50	Нідерланди	35
Болгарія	50	Італія	66	Норвегія	50
Швейцарія	40	Кіпр	60 (60 – 63 роки) 76 (до 60 років)	Австрія	50
Естонія	40	Латвія	25	Португалія	66
Греція	50	Ліхтенштейн	40	Румунія	50
Іспанія	33	Литва	45	Фінляндія	40
Франція	66,6	Швеція	25	Словаччина	41

ні на медичному діагнозі у питаннях інвалідності. Данія займає своє окреме місце через те, що не має системи страхування інвалідів (окрім інвалідів у зв'язку з професійною травмою) та приділяє медичній стороні інвалідності ще менше уваги, ніж країни-сусіди.

В усіх країнах ЄС встановлено однакову кінцеву вікову межу виплат допомоги у зв'язку з інвалідністю, а саме вік виходу на пенсію. Після досягнення цієї межі інваліди мають перейти на пенсію за віком (за старістю). Розглядаючи особливості призначення допомоги, слід звернути увагу на обмеження розміру виплат, а саме на максимальний та мінімальний розмір допомоги, які встановлено у більшості країн, але які різняться за категоріями населення, що їх отримують. Так, розрізняють допомоги самотнім особам і подружнім парам, враховують наявність або відсутність утриманців, регулярність заробітку до настання інвалідності, необхідність сторонньої допомоги та, насамперед, рівень інвалідності (відсоток зниження працездатності та відношення до групи інвалідності). Максимум розміру допомоги встановлюється у відсотках до розміру оподаткованого доходу чи заробітної плати у період сплати внесків (до настання інвалідності) або залежно від базової

пенсій (соціальної чи за віком). Саме ці показники використовуються як база розрахунку для призначення різних видів допомоги у зв'язку з інвалідністю. На *рис. 1* представлено мінімальну межу розміру виплат у деяких країнах ЄС без урахування категорій одержувачів.

При порівнянні країн було використано базовий мінімальний показник, що встановлено для осіб із страховим стажем 40 років. З одного боку, з рисунку видно, що найменший розмір допомоги призначається у Ісландії, Кіпрі, Болгарії, Румунії, Латвії та Естонії (більшу частину країн складають країни колишнього соціалістичного табору), а найбільший – у Норвегії, Люксембурзі та Бельгії. З іншого боку, не можна скласти однозначний висновок щодо соціальної захищеності населення через те, що при порівнянні не було враховано економічний розвиток держав, рівень доходів та витрат населення та інші економічні показники.

Взагалі у країнах ЄС право на виплати у разі настання інвалідності у рамках соціального страхування має усе населення, як особи, які працюють за контрактом, так і само зайняті особи, віком від 16 років до віку виходу на пенсію. До того ж в деяких країнах можливе добровільне страхування, наприклад, у Німеччині – для

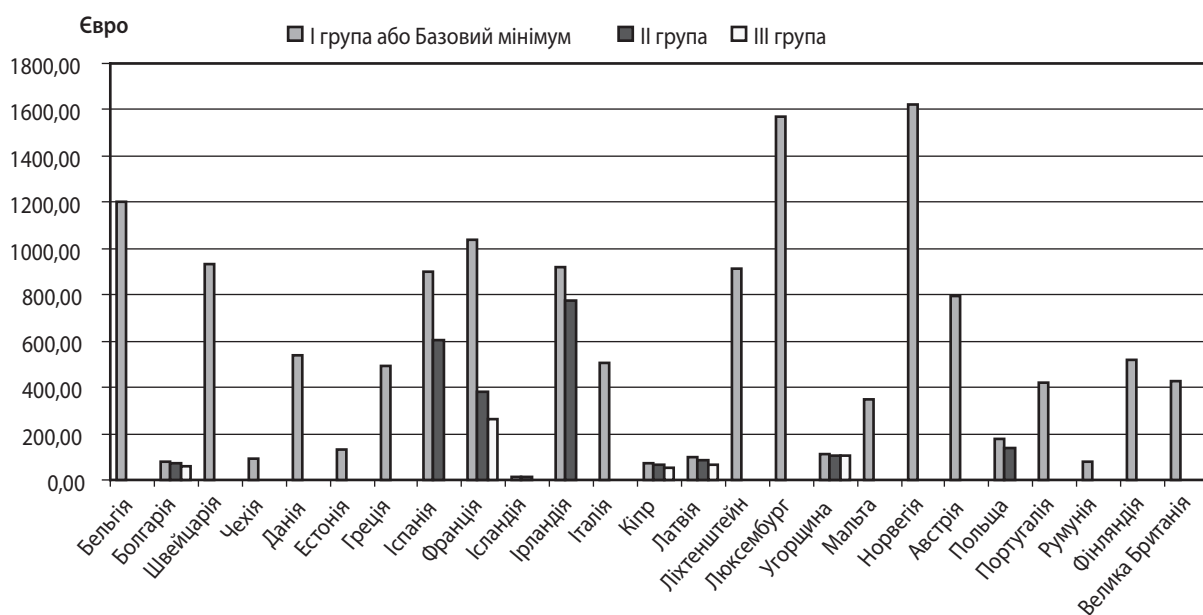


Рис. 1. Мінімальний розмір допомоги у зв'язку з інвалідністю (загальний або для самотніх осіб) [4]

осіб, які проживають у країні тимчасово або працюють за кордоном, у Чехії, Словенії та Словаччині – для безробітних, студентів і працюючих за кордоном, у Франції, Іспанії, Португалії – для певних груп населення.

Поряд із загальним охопленням населення деякі країни встановлюють певні обмеження для осіб з тимчасовою зайнятістю, низьким рівнем доходу та ін. Наприклад, у Німеччині обов'язкове соціальне страхування не розповсюджується на осіб з доходами нижче € 400 на місяць або тривалістю зайнятості менше двох місяців чи 50 днів на рік, у Норвегії – з доходом нижче € 9722 на рік, в Австрії – € 374,02 на місяць, у Великій Британії – € 113 на тиждень. До того ж обмежено права самозайнятих осіб, наприклад, у Великій Британії, якщо дохід є меншим за € 5892 на рік, у Словаччині – € 3948,83 на рік (42% середньої зарплати по країні), у Румунії – € 1893 на рік, та навпаки у Фінляндії більшим за певну межу, а саме, для працюючих за контрактом – вище € 52,49 на тиждень, для самозайнятих – € 6896,69 на рік та для аграріїв – € 3448,34 на рік. На противагу цим країнам у Бельгії, Чехії, Данії, Естонії, Греції, Франції, Італії, Латвії, Литві, Угорщині, Нідерландах, Польщі, Португалії та Швеції не встановлено ніяких обмежень [4].

У деяких країнах, наприклад у Данії й Нідерландах, загострилась проблема у зв'язку зі значним зростанням оформлень інвалідності. Це пояснюється недостатньою зацікавленістю органів управління фондів, які не несуть фінансової відповідальності, у обгрунтованому визначенні підстав для надання допомоги у зв'язку з інвалідністю [6].

Отримання допомоги чи пенсії у зв'язку з інвалідністю паралельно з отриманням доходу від трудової діяльності дозволено у більшості країн-учасниць. Однак законодавством також встановлено певні обмеження стосовно розміру нарахованої допомоги. Так, наприклад, у Данії, Німеччині, Греції, Франції, Ісландії, Люксембурзі, Польщі, Португалії розмір допомоги у зв'язку з інвалідністю буде зменшено або взагалі припинено виплату, якщо загальний сумарний дохід (заробіток плюс пенсія) досягне або перевищить встановлений фіксований розмір. З іншого боку, у Португалії зайнятість неможлива для осіб з повною постійною інвалідністю, у Швеції зайнятість можлива лише поряд із отриманням деяких видів допомоги, наприклад, допомоги на догляд та транспортування, а в Ірландії можливість отримати допомогу взагалі існує лише після припинення трудової діяльності.

Одним із напрямків соціальної політики щодо працевлаштування інвалідів є встановлення квоти на робочі місця. Цей захід притаманний і більшості країн ЄС, де нормативи робочих місць для інвалідів встановлюються залежно (чи незалежно) від кількості працівників суб'єкта господарювання (табл. 2).

Оборотною стороною є система штрафів для роботодавців за невиконання законодавства щодо працевлаштування інвалідів згідно встановленої квоти. Так, у Німеччині штраф становитиме € 105 за кожне незайняте місце для інваліда у рамках від 3% до 5%, € 180 – від 2% до 3% та € 260 – менше 2% [4].

У країнах, де не встановлено квоти, наприклад, у Данії, Естонії, запроваджено систему субсидювання роботодавців, які приймають на роботу інвалідів. А у Словенії та Ісландії, якщо серед претендентів на робоче місце є інвалід, який цілком задовольняє вимоги роботодавця щодо професійних якостей, він має перевагу над неінвалідами (першочергове працевлаштування). Взагалі не існує системи квот і заохочування для роботодавців у Бельгії, Швейцарії, Кіпрі, Латвії, Ліхтенштейні, Нідерландах, Норвегії, Фінляндії, Швеції та Великій Британії [4].

## ВИСНОВКИ

Система соціального страхування ЄС орієнтована на забезпечення соціальних гарантій. Поряд із досягненнями у сфері соціального захисту, в європейських країнах є ряд проблем, серед яких науковці виділяють:

- ✦ значне збільшення видатків пенсійного страхування (у зв'язку з несприятливою демографічною ситуацією);
- ✦ складність забезпечення своєчасного та повного внесення страхових внесків (Португалія, Греція);
- ✦ неефективність контролю при управлінні фондами соціального страхування через механізм соціального партнерства [6].

Структуру багатьох соціальних виплат і заходів, що провадяться європейськими державами (загального добробуту), також можна піддати критиці з точки зору соціальної перспективи. Держави загального добробуту з неринковою системою розподілу ресурсів на соціальні потреби у більшості випадків схилиються до рішення професійних оцінювачів, які розглядають потреби інвалідів та здійснюють відповідний розподіл. Соціальна модель ставить під сумнів використання медичних нормативів для відношення окремих осіб до категорії інвалідів з метою соціального забезпечення. З іншого боку,

Таблиця 2

Квотування робочих місць для інвалідів. [4, 5]

Країна	Кількість працівників, осіб	Відсоток, %	Країна	Кількість працівників, осіб	Відсоток, %
Чехія	25+	4	Мальта	20+	2
Болгарія	50+	4 – 10	Австрія	25+	4
Німеччина	20+	5	Польща	25+	6
Іспанія	50+	2	Румунія	50+	4
Франція	20+	до 6	Словаччина	20+	3,2
Литва	50+	2 – 5	Угорщина	20+	5

вона не перечить застосуванню попередньої експертизи та необхідності соціальних внесків для призначення певних видів допомоги та послуг. Такі розбіжності можна вирішити через реформування чинного законодавства кожної країни. ■

#### ЛІТЕРАТУРА

1. **Крещенко Н.** Соціальний діалог з позиції країн ЄС / Н. Крещенко // Віче. Журнал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.viche.info>
2. Міжнародний документ № R(92)6 / Рекомендації Кабінету Міністрів Ради Європи державам – членам «Про послідовну політику стосовно інвалідів» від 09.04.1992 [Елек-

тронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994\\_128](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_128)

3. **Deborah Mabbett.** Definition of disability in Europe. A comparative analysis / Deborah Mabbett, Helen Bolderson and others. – European Commission: Employment & social affairs, 2002. – 239 p.

4. Mutual Information System on Social Protection of European Commission [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ec.europa.eu/socia>

5. **Stefan Olafsson.** Disability and Welfare in Iceland in an International Comparison: monograph / S. Olafsson. – University of Iceland: Social Science Research Institute, December 2005. – 186 p.

6. **Ярошенко І. С.** Право соціального забезпечення : Навч. посіб. / І. С. Ярошенко. – К. : КНЕУ, 2005. – 232 с.