

ДВНЗ «Донецький національний технічний університет»

Факультет економіки та менеджменту

Кафедра «Економіка підприємства»

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри ЕПР

_____ д.е.н., проф. В.М. Хобта
(підпис)

«___»_____2021 р.

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

на тему: «ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ
ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ»

Виконала: студентка 3-го курсу, групи АПУзп-18

спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ткач В.Г.

(підпис)

Керівник: проф. кафедри ЕПР, д.е.н., доц. Далевська Н.М.

(підпис)

Рецензент: доц. кафедри УФЕБ, к.е.н. Придятько Е.М.

(підпис)

*Засвідчую, що у цій випускній кваліфікаційній
роботі немає запозичень з праць інших
авторів без відповідних посилань*

Студент _____
(підпис)

Покровськ – 2021 р.

ДВНЗ «Донецький національний технічний університет»
Факультет економіки та менеджменту
Кафедра «Економіка підприємства»
Освітній ступінь «бакалавр»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Завідувач кафедри ЕПР
_____/В.М. Хобта/
«__» _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ

НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТКИ

Ткач Валентини Геннадіївни

1. Тема роботи: «Забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні» та керівник роботи д.е.н., доц., проф. каф. ЕПР Далевська Н.М. затверджені наказом по університету від «19» квітня 2021 р. № 175.
2. Строк подання студентом роботи – «10» червня 2021 р.
3. Вихідні дані до роботи: нормативні та законодавчі акти, матеріали Державної служби статистики України, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених-економістів, які розкривають основні положення щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки:
 - загальнотеоретичні основи забезпечення соціального захисту вразливих верств населення;
 - інформаційно-аналітичне забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні;
 - рекомендації із вдосконалення соціального захисту вразливих верств населення в Україні.
5. Перелік графічного матеріалу: демонстраційний матеріал на 12 листах формату А4.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I - III	Далевська Н.М., проф. каф. ЕПР		
Нормо-контроль	Далевська Н.М., проф. каф. ЕПР		

7. Дата видачі завдання – «19» квітня 2021 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Дослідження загальнотеоретичних основ забезпечення соціального захисту вразливих верств населення	до 30.04.21 р.	
2	Характеристика інформаційно-аналітичного забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні	до 10.05.21 р.	
3	Розробка рекомендацій із вдосконалення соціального захисту вразливих верств населення в Україні	до 17.05.21 р.	
4	Оформлення випускної кваліфікаційної роботи	до 24.05.21 р.	
5	Рецензування та представлення роботи до захисту	до 10.06.21 р.	

Студент _____ Ткач В.Г.
(підпис)

Керівник роботи _____ д.е.н., доц., проф. каф. ЕПР Далевська Н.М.
(підпис)

АНОТАЦІЯ

Ткач В.Г. Забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні / Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» (спеціалізація «Адміністративний менеджмент»). – ДВНЗ ДонНТУ, Покровськ, 2021.

У роботі досліджено загальнотеоретичні основи забезпечення соціального захисту вразливих верств населення: уточнено особливості життєзабезпечення населення як основи його соціального захисту; охарактеризовано зміст функціонування системи соціального захисту вразливих верств населення.

Досліджено інформаційно-аналітичне забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні, зокрема: проаналізовано бюджетне фінансування соціальної сфери, а також здійснено оцінку соціальної захищеності осіб з обмеженими можливостями.

Запропоновано рекомендації із вдосконалення соціального захисту вразливих верств населення в Україні в частині аналізу досвіду сучасних форм комплексного захисту інвалідів за кордоном та підвищення ефективності інтеграції осіб з обмеженими можливостями у сферу праці.

Ключові слова: вразливі верстви населення, життєзабезпечення, соціальний захист, система, інформаційно-аналітичне забезпечення, інвалід, комплексний захист, інтеграція

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ	7
1.1 Особливості життєзабезпечення населення як основа його соціального захисту	7
1.2 Характеристика функціонування системи соціального захисту вразливих верств населення	17
РОЗДІЛ 2 ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	30
2.1 Аналіз бюджетного фінансування соціальної сфери	30
2.2 Оцінка стану соціальної захищеності осіб з обмеженими можливостями	38
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ІЗ ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	44
3.1 Характеристика сучасних форм комплексного захисту інвалідів за кордоном	44
3.2 Підвищення ефективності інтеграції осіб з обмеженими можливостями у сферу праці	58
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
Додаток А Перелік зауважень щодо оформлення кваліфікаційної роботи ..	75

ВСТУП

Соціальний захист або соціальне забезпечення відноситься до одного з прав людини та, відповідно до свого визначення, є сукупністю заходів і програм, мета яких – скорочувати й запобігати бідність і незахищеність людей упродовж їх життєвого циклу. Соціальний захист містить в собі допомогу на дітей, у зв'язку з вагітністю, по безробіттю, в разі виробничого травматизму, по старості, по інвалідності, у зв'язку з втратою годувальника, виплати через хворобу, а також медичне обслуговування. Таким чином, система соціального захисту забезпечує захист у всіх зазначених сферах за допомогою поєднання страхових і соціальних допомог, які фінансуються за рахунок податків.

Сьогодні соціальний захист вразливих верств населення відіграє ключову роль в досягненні цілей в галузі сталого розвитку якої країни, поширення соціальної справедливості та реалізації права людини на загальнообов'язкове соціальне забезпечення. Тобто політика в галузі соціального захисту є життєво важливим елементом національних стратегій розвитку, які націлені на скорочення масштабів бідності та незахищеності людей упродовж їх життя і забезпечення усеохватного і стійкого зростання за рахунок підвищення доходів домогосподарств, створення стимулів для зростання продуктивності й розвитку людського капіталу, заохочення внутрішнього попиту, сприяння структурній трансформації економіки та поширення гідної праці.

Питання соціального захисту вразливих верств населення розробляють багато вітчизняних та закордонних вчених, таких як – Асахара К. (Asahara K.), Бабич А.М., Блек Е. (Bleck E.), Борецька Н.П., Бредлі Р. (Bradley R.) Лібанова Е.М., Макаров В.Ф., Морозова Е.А., Новіков В.Н., Окубо Т. (Okubo T.), Черенько Л.М., Макарова О.В., Палій О.М., Хирабаяши Н. (Hirabayashi N.), Хмелевська О.М. та інші. Їхні дослідження спрямовані, в основному, на вивчення теоретико-методологічних, методичних та практичних питань щодо системи соціального захисту населення, підвищення її ефективності та подальшого вдосконалення. Разом з тим деякі теоретичні та практичні питання, зокрема щодо новітніх тенденцій та

процесів у системі соціальних послуг України, розроблені ще недостатньо.

Мета роботи полягає у подальшому розвитку теоретичних основ та розробці практичних рекомендацій щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні. Для досягнення мети було поставлено та вирішено такі завдання:

- проаналізувати особливості життєзабезпечення населення як основи його соціального захисту;
- охарактеризувати функціонування системи соціального захисту вразливих верств населення;
- проаналізувати бюджетне фінансування соціальної сфери;
- оцінити стан соціальної захищеності осіб з обмеженими можливостями;
- охарактеризувати сучасні форми комплексного захисту інвалідів за кордоном;
- запропонувати заходи щодо підвищення ефективності інтеграції осіб з обмеженими можливостями у сферу праці.

Об'єкт дослідження – процеси забезпечення соціального захисту вразливих верств населення.

Предмет дослідження – теоретичні підходи, методичні та практичні питання щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення.

Методи дослідження. У процесі дослідження були використані методи аналізу й синтезу з метою уточнення сутності стимулювання та мотивації персоналу, методи системного підходу, діалектичний метод, методи абстракції та порівнянь, статистичного аналізу при виконанні аналізу забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні.

Структура та загальний обсяг випускної кваліфікаційної роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів і висновків, загальним обсягом 73 сторінки, містить 9 рисунків, 11 таблиць, 51 джерело, 1 додаток.

РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Особливості життєзабезпечення населення як основа його соціального захисту

Однією з головних цілей діяльності органів влади на всіх рівнях управління, незалежно від соціально-економічної ситуації, є забезпечення для населення високої якості життя, що передбачає створення сприятливих умов проживання і роботи. Значною мірою вказане стосується вразливих верств населення, для яких доступ до багатьох аспектів нормального життя ускладнений або взагалі неможливий.

Названа мета може бути досягнута за допомогою організації процесу надання населенню комплексу спеціальних послуг, які називаються у кваліфікаційній роботі послугами життєзабезпечення. Проте на сьогодні в науковій літературі та нормативно-правових документах відсутній єдиний підхід до визначення даного виду послуг.

Так на думку Сакаєвої Є.З. до послуг життєзабезпечення відноситься комплекс послуг, які задовольняють фізіологічні потреби людства [35]. Очевидно, що з даною думкою можна погодитися лише частково, оскільки рамки зони задоволення виключно фізіологічних потреб не представляються достатніми для забезпечення нормальної життєдіяльності населення. Вочевидь більш виправдано використовувати термін «базові потреби», задоволення яких є необхідною умовою забезпечення нормальних умов проживання на конкретній території.

Інакше кажучи, незадоволення хоча б однієї з базових потреб здатне привести до порушення всієї системи життєзабезпечення населення території. Очевидно, що створення і функціонування системи життєзабезпечення обумовлено регіональною специфікою і територіальними особливостями. У містах такі системи традиційно мають більш складну

систему, ніж в сільській місцевості. На рисунку 1.1. представлена уніфікована система організацій життєзабезпечення.

СИСТЕМА ОРГАНІЗАЦІЙ ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ	
	медичні установи та аптеки
	організації, що забезпечують екологічну безпеку
	організації, що торгують товарами першої необхідності
	транспортні та логістичні організації
	організації ЖКГ
	організації зв'язку та інформаційного забезпечення
	кредитно-фінансові установи
	будівельні організації, що мають високу територіальну значущість
	організації соціального захисту

Рисунок 1.1 – Система організацій життєзабезпечення населення

Дана система повинна забезпечувати створення і надання наступних груп послуг: послуги у сфері соціального захисту, послуги торгівлі, банківські послуги, медичні послуги, послуги у сфері безпеки, послуги ЖКГ, транспортні послуги, послуги зв'язку, послуги будівництва тощо.

Необхідно відзначити, що запропоновані групи складаються з 2 видів послуг:

- належать до сфери життєзабезпечення (задовольняють базові потреби);

- не належать до сфери життєзабезпечення (задовольняють потреби, що знаходяться за межами базових) (рис. 1.2).

зв'язку	транспортні	банківські
медичні	ПОСЛУГИ ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ	ЖКГ
у сфері торгівлі		у сфері безпеки
у сфері соціального захисту		у сфері будівництва

Рисунок 1.2 – Групи послуг життєзабезпечення населення

Перерахуємо приблизний перелік послуг, що належать до сфери забезпечення:

1) послуги у сфері соціального захисту (Послуги життєзабезпечення_{сз}):

- у сфері забезпечення виплат допомоги (в т.ч. пенсій);
- у сфері соціального обслуговування та соціальної допомоги;
- у сфері похоронного обслуговування населення;
- державні послуги реєстрації шлюбу.

2) послуги торгівлі (Послуги життєзабезпечення_{торг}):

- забезпечення населення продуктами харчування і товарами першої необхідності;
- по реалізації товарів через магазини;
- складські та транспортно-логістичні.

3) банківські послуги, в тому числі послуги в сфері соціальної допомоги малому бізнесу (Послуги життєзабезпечення_{банк});

4) медичні послуги (Послуги життєзабезпечення_{мед}):

- швидкої та первинної медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- у сфері торгівлі спеціальним медичним обладнанням і ліками;
- з безплатної вакцинації та надання карантинних місць для людей і тварин від різного роду хвороб;

5) послуги у сфері безпеки (Послуги життєзабезпечення_{безп}):

- у сфері забезпечення пожежної безпеки;
- у сфері забезпечення екологічної безпеки;
- у сфері запобігання аварійних і надзвичайних ситуацій;
- у сфері санітарно-епідеміологічного нагляду.

6) послуги ЖКГ (Послуги життєзабезпечення_{жкх}):

- у сфері підтримки чистоти місць проживання та відпочинку;
- у сфері збирання сміття на території;
- у сфері забезпечення житловим фондом;
- у сфері водопостачання;
- у сфері електропостачання і газопостачання житлового фонду;
- з озеленення території.

7) транспортні послуги (Послуги життєзабезпечення_{тр}):

- з надання публічного транспорту;
- з обслуговування життєво важливих об'єктів транспортної інфраструктури;

8) послуги зв'язку та інформаційного забезпечення (Послуги життєзабезпечення_{зв}):

- у сфері організації зв'язку;
- поштові послуги;
- інформування по телебаченню, радіо і т.д.

9) послуги будівництва (Послуги життєзабезпечення_{буд}).

На основі вищезазначеного можна дати наступне визначення послугам життєзабезпечення – це соціальні послуги, які забезпечують задоволення

базових потреб населення в створенні сприятливих умов життєдіяльності, включаючи забезпечення захисту від негативного впливу як внутрішніх, так і зовнішніх несприятливих факторів.

Діяльність, що пов'язана з організацією процесів надання послуг життєзабезпечення населення, повинна бути безперервною, відносно автономною та використовувати переважно внутрішні ресурси. Проте традиційно в Україні сфера послуг життєзабезпечення, є доволі неефективно працюючим комплексом галузей, які не задовольняють потреби населення (у тому числі його вразливих верств) в якісних і доступних послугах, при наданні яких повинні застосовуватися інноваційні технології. Можна говорити й про те, що в даній сфері досить слабо використовуються ринкові принципи.

Відзначимо, що згідно з концепцією економічного блага даний вид послуг відноситься, більшою мірою, до змішаних благ. Проте найважливішою групою послуг і найбільш проблемною сферою життєзабезпечення є послуги ЖКГ, орієнтовані, перш за все, на забезпечення потреб населення в комфортному стані місць проживання. Процес виробництва і надання даного виду послуг дуже складний, тому що інтегрує в собі риси ринкового і неринкового підходів.

Однак в рамках даного дослідження можна стверджувати, що дефініція «послуги життєзабезпечення ЖКГ» повинна бути значно ширше загальноприйнятого в нашій країні поняття «послуги ЖКГ», оскільки між цими поняттями існують принципові відмінності, які представлені в табл. 1.1.

Саме тому, на думку автора, доцільно використовувати термін «послуги життєзабезпечення населення», оскільки в цьому випадку можна краще врахувати їх суспільну цінність.

Головною відмінністю послуг життєзабезпечення ЖКГ від послуг ЖКГ, крім номенклатури, є, перш за все, більша орієнтація послуг життєзабезпечення саме на задоволення потреб населення в високих

стандартах умов проживання і виконання професійної діяльності.

Таблиця 1.1 – Відмінності в поняттях «послуги життєзабезпечення ЖКГ» і «послуги ЖКГ»

Ознаки	Послуги життєзабезпечення ЖКГ	Послуги ЖКГ
Матеріальність	матеріальні та нематеріальні	матеріальні
Мета	створення для населення сприятливих умов проживання і роботи	задоволення потреб населення в послугах ЖКГ
Рівень соціальності	високий рівень соціальності	низький рівень соціальності
Якість послуг	висока	може бути низькою
Доступність	висока (весь комплекс послуг має бути доступний для населення)	середня (частина послуг може бути недоступна для окремих споживачів)
Інноваційність	обов'язковість застосування високих технологій при виробництві послуг	необов'язковість застосування високих технологій при виробництві послуг
Врахування регіональної специфіки	регіональний характер послуг	уніфікований характер послуг
Номенклатура послуг	відкрита	закрита
Альтернативність	можлива	відсутня

В роботі були виділені наступні основні риси, властиві послугам життєзабезпечення ЖКГ населення (в т.ч. вразливих його верств):

- 1) Соціальна орієнтованість значної частини послуг, яка обумовлена:

- облігаторністю процесу надання, тобто незалежністю процесу надання послуг від фінансового стану, в тому числі фінансової стійкості, організації-постачальника послуг (відповідно діяльність організації не може бути припинена за будь-яких причин крім тих, які вказані в законодавстві);
- можливістю надання послуги на безоплатній або пільговій основі, що продиктовано, з одного боку, загальними правами на отримання послуги, а з іншого – наявністю на ринку даного виду послуг відчутної частки вразливих верств населення, що відноситься до пільгової (дотаційної) категорії споживачів;
- прямим впливом рівня і якості життя населення регіону на діяльність організацій, що надають послуги життєзабезпечення;
- особливою системою встановлення тарифів на послуги життєзабезпечення (питання доступності послуг для всіх категорій споживачів) і взаємозв'язком тарифної політики з рівнем соціальної і політичної стабільності в регіонах.

2) Значна частка бюджетної участі в процесах виробництва послуг життєзабезпечення населення, продиктована, зокрема, правовими нормами, а також наявною відповідальністю органів влади за безперебійне функціонування ряду об'єктів інфраструктури, що надає послуги життєзабезпечення.

3) Висока монополізація, тобто наявність великої кількості монополістів в процесах виробництва і надання послуг життєзабезпечення населення, діяльність яких значною мірою, регулюється і контролюється органами влади та місцевого самоврядування, в тому числі в частині забезпечення надійності об'єктів інфраструктури, якості послуг і установки розміру тарифів.

4) Гарантованість щоденного збуту вироблених послуг і передбачуваність грошових потоків, в тому числі в середньостроковій і

довгостроковій перспективі, організацій-виробників послуг.

5) Значна інвестиційна місткість і тривалий термін окупності більшості проектів по формуванню і модернізації об'єктів інфраструктури послуг життєзабезпечення.

6) Залежність фінансових показників функціонування частини об'єктів інфраструктури від вартості джерел енергії та інших ресурсів (газ, вугілля, мазут, електроенергія і т.п.).

7) Обов'язковість застосування на практиці інноваційних методів в управлінні формуванням і розвитком процесів надання послуг життєзабезпечення з метою формування чіткої схеми тарифоутворення, застосування сучасних технологій, зниження рівня (економія) виробничих витрат і втрат, формування методики оцінки ключових показників ефективності функціонування організацій, що надають послуги життєзабезпечення [25].

Для підвищення ефективності процесу надання послуг життєзабезпечення (будь-якої групи) потрібна наявність окремої інфраструктури – надалі інфраструктури життєзабезпечення населення.

Регіональна інфраструктура послуг життєзабезпечення населення, будучи частиною соціальної інфраструктури, становить собою комплекс взаємопов'язаних об'єктів (містобудівних, житлово-комунальних, транспортних, безпеки, інформаційних та ін.), створених і функціонуючих за допомогою надання спеціальних послуг з метою формування для населення регіону комфортних умов проживання, в тому числі за допомогою нейтралізації негативних впливів навколишнього середовища. Кожна з дев'яти груп послуг має свою власну інфраструктуру. Структура регіональної інфраструктури послуг життєзабезпечення ЖКГ населення наведена на рис. 1.3.

Розв'язання проблем, пов'язаних зі створенням, розвитком, модернізацією та функціонуванням будь-яких об'єктів соціальної

інфраструктури, в тому числі об'єктів інфраструктури послуг життєзабезпечення, має здійснюватися шляхом прийняття і реалізації комплексних політико-економічних рішень на всіх рівнях управління (від муніципального до федерального). Це продиктовано особливою роллю ринку розглянутого виду послуг в соціально-економічному розвитку країни, створення інфраструктури послуг життєзабезпечення потребують серйозних політичних і економічних рішень на державному рівні, що, своєю чергою, буде сприяти активізації інвестиційних потоків і швидкому та вільному переміщенню капіталу. Тому одним із завдань влади на сучасному етапі економічного розвитку є вдосконалення державного регулювання суспільних відносин в досліджуваній сфері.

ІНФРАСТРУКТУРА ПОСЛУГ ЖИТТЄЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ			
об'єкти утримання житла		об'єкти обслуговування, постачання та благоустрою території	об'єкти супроводу життєзабезпечення
- ремонт, модернізація житлового фонду; - теплопостачання; - електропостачання; - впровадження новацій ...		- дорожнє господарство, транспорт; - надання побутових послуг; - вивіз і утилізація відходів; - санітарне очищення; - озеленення ...	- консультації та документаційний супровід; - інформування, допомога з питань надання послуг життєзабезпечення ...

Рисунок 1.3 – Інфраструктура послуг життєзабезпечення ЖКГ населення

Відзначимо, що в ряді чинних нормативних документів констатується, що загальний стан об'єктів соціальної інфраструктури країни не відповідає сучасним вимогам. Особливу тривогу викликає регіональний комплекс

об'єктів, що забезпечують формування для населення регіону комфортних умов проживання шляхом створення безпечного, зручного та комфортного проживання людей і надання їм комунальних ресурсів та широкого спектра послуг. У роботі під цим комплексом об'єктів розуміється регіональна інфраструктура послуг життєзабезпечення населення.

Статистика, свідчить про те, що більшість об'єктів розглянутого виду інфраструктури, в тому числі житловий фонд, практично у всіх регіонах країни, не відповідає поставленим вимогам, потребує ремонту і модернізації, що виражається в постійному зниженні якості послуг, відсутній контроль за обґрунтованістю і достовірністю встановлення тарифів на житлово-комунальні послуги, в тому числі не проводиться експертиза їх економічної обґрунтованості, практична відсутність конкурсного відбору організацій на виконання робіт по наданню даних послуг населенню і т.п. [16]

Все викладене підтверджує необхідність проведення дослідних і методичних робіт по оптимізації функціонування інфраструктури послуг життєзабезпечення населення, як з точки зору модернізації (і, в найближчому, у великій мірі цифровізації) техніки та технологій даної категорії послуг, так і з точки зору організації більшої взаємодії органів влади з приватним капіталом, зокрема, шляхом реалізації державно-приватного партнерства (ДПП) в розвитку та організації функціонування об'єктів інфраструктури послуг життєзабезпечення населення (перш за все для) і визначає актуальність даного дослідження.

У зв'язку з тим, що організації життєзабезпечення населення (див. рис. 1.1) характеризуються великою різноманітністю як організаційних структур, так і характером й формами послуг, які надаються, що передбачає застосування різних підходів до дослідження їх функціонування, в даній роботі, для конкретизації основна увага зосереджена на дослідженні системи реалізації та надання послуг життєзабезпечення соціально вразливим верствам населення, як важливої частини названої інфраструктури.

1.2 Характеристика функціонування системи соціального захисту вразливих верств населення

Становлення поняття «соціальний захист» пов'язано з історичними особливостями розвитку суспільства. В кінці XIX - початку XX ст., в період формування основ індустріального суспільства, вперше формується потреба в наданні мінімальних соціальних гарантій найманим працівникам, що залучені до процесу створення продукту, створюються прообрази фондів соціального страхування, спрямовані на покриття ризиків, викликаних виробничими ризиками. Так, в 1919 році в Німеччині був створений благодійний союз робітників, діяльність якого була спрямована на боротьбу з безробіттям і голодом [12] Економічна криза 20-30 рр. XX століття зумовила активний розвиток системи соціального захисту населення і відповідний термін вперше з'являється в працях американських вчених, які досліджують механізми соціальних процесів в суспільстві.

В рамках актуальних економічних проблем під соціальним захистом розумілося створення комплексу заходів, спрямованих на захист громадян країни від економічних і соціальних втрат, пов'язаних з різким погіршенням їхнього економічного становища. Одночасно в Радянському Союзі у 20-і роки XX ст. з'являється термін «соціальне забезпечення», під яким розумілася діяльність державних інститутів, спрямована на матеріальне забезпечення літніх і непрацездатних громадян, сімей з дітьми, а також подальше соціальне обслуговування. Соціальне забезпечення виступало елементом державної соціальної політики. В якості основних інструментів надання соціального забезпечення розглядалися [22]:

- виплата пенсій по старості, інвалідності, втрати годувальника;
- надання допомоги по тимчасовій непрацездатності та пологах, по догляду за дитиною віком до року;
- субсидування (повне або часткове) оплати перебування дітей в яслах, дитячих садах, піонерських таборах, а також інтернатах;

- утримання непрацездатних в спеціалізованих установах;
- надання медичної та соціальної допомоги особам з обмеженими можливостями тощо.

Розвиток соціально-економічних відносин, в тому числі в нашій країні, стимулював інтенсивне зростання різних методологічних підходів до поняття «соціальний захист», яке розглядається у роботі, в першу чергу, як елемент соціально-орієнтованого ринкового суспільства. В цілому, досліджувана дефініція передбачає створення заходів правового, інституційного та економічного спрямування, що сприяє зниженню рівня негативного впливу соціальних ризиків на окремих громадян та / або їх груп.

В основі теоретичного аналізу значущості соціального захисту лежить концепція гуманістичної (трансперсональної) теорії А. Маслоу, який визначив потребу в збереженні мінімального рівня задоволення в якості основних інтересів індивіда [26].

З позиції інституціонального розгляду «соціальний захист» може бути представлений як комплекс заходів, що забезпечують громадянам країни необхідний, відповідний мінімальним потребам рівень життя. Даний підхід обумовлений важливістю реалізації прав громадян соціальної держави на задоволення потреби в захисті. В рамках управлінського підходу до визначення принципів і способів організації державного управління поняття «забезпечення захисту прав громадян» по суті трансформувалося в поняття «соціальна відповідальність держави», що є наріжним каменем теорії «соціальної держави». Відповідно, основним завданням соціальної держави є створення ефективних інститутів, що забезпечують оптимальний рівень соціального захисту населення.

Згідно з положеннями теорії А. Мюллера-Армака, соціальне ринкове господарство дає більш надійну гарантію соціального прогресу за допомогою свідомого вироблення заходів, відповідних перерозподілу доходів через державний бюджет [32]. Таким чином, досягнення завдань соціального захисту розглядається в рамках оптимізації процесу державного управління

соціально-економічною системою, причому виявляється обернено пропорційний зв'язок між рівнем життя населення країни та потребами соціального захисту держави.

У разі забезпечення високого рівня життя, що ґрунтується на методологічно обґрунтованих допустимих параметрах соціальної та економічної підсистеми національної економіки (надання медичних послуг, якість навколишнього середовища, структура і якість продуктів харчування, освіти тощо) необхідність в отриманні соціального захисту нижче, ніж в слаборозвиненій економічній системі. Крім того, більшість послуг, необхідних для відновлення втрачених соціальних благ, громадяни можуть отримати на основі власних накопичених фінансових ресурсів, без залучення державної допомоги.

Основоположним нормативним актом, що постулює важливість соціального захисту в нашій країні, є Конституція України, згідно з якою забезпечується державна підтримка сімей, материнства, батьківства і дитинства, інвалідів та людей похилого віку, розвивається система соціальних служб, встановлюються державні пенсії, посібники та інші гарантії соціального захисту. Положення Конституції отримали розвиток в численних документах загальної та специфічної спрямованості.

Відповідно до вищесказаного в роботі система соціального захисту розуміється як сукупність інститутів, спрямованих на ефективну реалізацію комплексу заходів економічного, правового, організаційного характеру, що сприяють попередженню або пом'якшенню результатів негативних наслідків для людини і її сім'ї при настанні певних соціально важливих обставин (в тому числі соціальних ризиків).

Основною метою реалізації заходів виступає збереження прийняттого рівня матеріального і соціального добробуту громадян. Залежно від використовуваних інструментів система соціального захисту населення може бути представлена як сукупність соціальних гарантій, спрямованих на забезпечення соціально прийняттого рівня матеріальної підтримки населення

і як сукупність взаємовідносин між суб'єктом і об'єктом соціального захисту з приводу запобігання та ліквідації наслідків соціально-ризикових ситуацій за допомогою забезпечення гідного рівня і якості життя.

Нижче представлені характеристики даних уявлень.

1. *Система соціального захисту населення як сукупність соціальних гарантій, спрямованих на забезпечення оптимального рівня матеріальної підтримки населення.* Соціальні гарантії припускають надання соціальних благ і послуг громадянам без врахування трудового внеску і перевірки нужденності на основі принципу розподілу за потребами наявних суспільних ресурсів цих благ [22]. До складу соціальних гарантій включаються такі види соціальної підтримки:

- медичне обслуговування, що здійснюється за рахунок коштів фонду обов'язкового медичного страхування;

- мінімальний розмір заробітної плати працівника, пенсії по старості та по інвалідності, що встановлюються на законодавчому рівні; стипендії тим, хто навчається в освітніх установах на умовах бюджетного фінансування на очній формі;

- соціальна допомога, що надається з нагоди народження дитини, а також на період догляду за дитиною до досягнення нею певного віку і т.п.

Особливою формою соціальних гарантій є соціальні пільги, призначені для окремих соціально незахищених категорій населення.

2. *Сукупність взаємовідносин між суб'єктом і об'єктом соціального захисту з приводу запобігання та ліквідації наслідків соціально-ризикових ситуацій за допомогою забезпечення гідного рівня і якості життя* [22]. Основною метою системи соціального захисту виступає створення умов для збереження індивідами рівня життя, досягнутого ними до виникнення соціально-ризикових обставин. Реалізація даної мети здійснюється через функціонування ефективних інституційних механізмів соціально-економічної системи держави, побудованих за блоковим принципом (рис. 1.4).

СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ		
соціальні гарантії	соціальне страхування	соціальне забезпечення
- мінімальний розмір оплати праці; - розмір базової частини трудової пенсії; - щомісячна допомога на період відпустки по догляду за дитиною; - мінімальний розмір допомоги по безробіттю; - мінімальний розмір стипендії	- соціальне; - пенсійне; - медичне	- соціальне обслуговування та соціальна допомога окремим категоріям громадян; - пенсійне забезпечення; - грошова допомога; - медичне обслуговування; - утримання і виховання дітей

Рисунок 1.4 – Структура соціального захисту населення

Представлена схема є концептуальною, тобто – містить весь комплекс напрямків соціального захисту. Обґрунтованість включення того чи іншого аспекту соціального захисту в фокус розгляду активно дискутується різними вченими [46, 39, 47, 3, 36, 37].

Метою соціального страхування виступає застосування колективного фонду, сформованого для підтримки громадян в умовах появи соціальних ризиків, що дозволяє загрозу абсолютної втрати матеріального добробуту. Як об'єкти соціального страхування виступають ризики втрати непрацездатності (хвороби, старості), безробіття та обумовлені ними зниження або втрата одержуваного доходу. В рамках соціального страхування з коштів роботодавців і працівників формується фонд, який становить собою солідарний фінансовий резерв, таким чином, забезпечення економічної безпеки громадянина має колективний характер. Державна соціальна

допомога надається в грошовій і натуральній формах відповідно до принципів потреби та адресності. Соціальна допомога в грошовій формі, має форму грошової виплати (табл. 1.2).

Таблиця 1.2 – Види державної соціальної допомоги населенню у формі грошових виплат

Класифікаційна ознака	Характеристики соціальної виплати
Тип фінансування	державні та регіональні (за рахунок коштів державних позабюджетних фондів)
Цільове призначення	- з тимчасової втрати роботи; - підтримка соціально незахищених неповнолітніх; - підтримка малозабезпечених громадян; - підтримці громадян, які внесли суттєвий внесок у розвиток суспільства
Періодичність виплат	одноразові, щомісячні, періодичні
Категорія одержувачів	- одержувачі пенсій за різними підставами; - опікуни, усиновителі та особи, які здійснюють догляд за дітьми; - ветерани ВВВ та інших військових дій ...
Форма видачі	- при настанні певних обставин; - за наявності певних прав у громадянина

Як натуральне вираження соціальної допомоги можуть розглядатися: надання безплатних обідів, засобів реабілітації, гігієни, палива і т.п. Підстави для надання окремим категоріям громадян соціальної допомоги в натуральному вираженні визначаються, як правило, регіональними нормативними актами. Основні види соціальної допомоги населенню в натуральній формі представлені в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 – Основні види державної соціальної допомоги населенню в натуральній формі

Класифікаційна ознака	Характеристики соціальної виплати
Ситуація, що вимагає допомоги	- наслідки стихійного лиха; - відсутність офіційних доходів, достатніх для підтримки встановленого порогу рівня життя; - тимчасове знаходження в кризовій ситуації внаслідок хвороби
Періодичність виплат	одноразові, щомісячні, періодичні
Категорія одержувачів	- інваліди, в тому числі діти-інваліди; - самотні громадяни похилого віку; - матері дітей-інвалідів; - новонароджені віком до одного року; - вагітні жінки...
Форма видачі	- допомога в придбанні та доставці товарів і продуктів харчування, палива; - допомога при проведенні гігієнічного обслуговування і медичних процедур; - прибирання приміщення; - отримання державних послуг та культурно-дозвіллевих послуг; - надання психологічної підтримки ...

В цілому забезпечення соціального захисту населенню можна розглядати з позицій, перелічених нижче.

1. Ступінь охоплення одержувачів соціального захисту:

- загальні (для всіх груп населення, наприклад, пенсії по старості);
- категоріальні (для окремих груп громадян);
- надзвичайні (в разі виникнення форс-мажорних ситуацій, наприклад,

аварії техногенної або природної властивості).

2. Метод надання соціальної допомоги:

- пряма (виплата грошових коштів);
- опосередкована (надання пільг, натуральної допомоги у вигляді соціальних послуг).

3. Характер участі суб'єктів соціального захисту в процесі підтримання рівня добробуту:

- активний (формування в повному обсязі або частково пенсійних накопичень, придбання поліса добровільного страхування підвищення кваліфікації й т.п.);
- пасивний (отримання встановлених законодавством грошових виплат).

4. Джерела надання соціального захисту:

- державні (виплати, регульовані нормативно-правовою базою у сфері надання соціального захисту);
- приватні (власні кошти суб'єктів соціального захисту, кошти благодійних фондів).

5. Тривалість надання соціальної послуги:

- одноразові;
- періодичні;
- безстрокові.

За останні десять років стійко зростає і кількість, і частка громадян, які потребують соціального захисту. Відповідно, зростають і витрати різних бюджетів на реалізацію заходів соціальної підтримки. Дослідження свідчать про значне зростання витрат, які істотно випереджають зростання чисельності даної категорії громадян (наприклад, зростання витрат бюджетів на грошові виплати особам старше працездатного віку).

При цьому окремо слід відзначити, що висока соціальна значущість діяльності системи соціального захисту, спрямованість її діяльності на забезпечення економічної безпеки громадян, які перебувають в соціально

вразливому становищі, обумовлюють особливу небезпеку таких дій корупційного характеру:

- зниження цін контрактів в ході проведення конкурсних процедур;
- невідповідність звітів про надані послуги дійсності;
- надання співробітникам установ системи соціального захисту населення безпроцентних позик.

Поняття «соціальний захист» необхідно відокремити від терміна «соціальне забезпечення», і розглядати його як дефініцію більш високого порядку. Важливим дискусійним питанням є допустимість включення в об'єкти соціального захисту громадян, які не включені в систему соціального страхування. Так, Макаров В.Ф. зазначає, що термін «соціальне забезпечення» необхідно зберегти для позначення того напрямку державної діяльності, який належить до соціального захисту громадян, що мають заслуги перед суспільством, але не охоплених соціальним страхуванням (наприклад, ветеранів воєн) [23].

Е.І.Холостова підкреслює тотожність цих понять, ґрунтуючись на аналізі їх застосовності в нормативно-правових актах. На думку автора, соціальний захист і соціальне забезпечення є синонімами «через визначення їх сутності в законодавчій базі як рівнозначних» [18].

Існує точка зору, яка припускає, що поняття «соціальний захист» є більш широким, через те, що передбачає не тільки гарантії по соціальному забезпеченню, а й гарантії прав найманих працівників у взаємовідносинах з роботодавцями [31]. Тобто автор пропонує відносити до об'єктів соціального захисту не тільки громадян, інтересам яких вже завдано збитків від негативних соціальних, економічних, політичних факторів, а й тих, для яких існує усвідомлена ймовірність виникнення загроз їх інтересам і їх економічній безпеці.

В цілому дослідження структури системи соціального захисту ґрунтується на дослідженні правомірності включення до її складу форм соціального захисту, що надаються безпосередньо за рахунок коштів

державного бюджету, через надання соціальних державних послуг, або віднесення до соціального захисту також форм соціального захисту попереднього характеру, що полягають у створенні умов щодо недопущення формування низького рівня життя громадян, формування ситуації хронічного ігнорування їх економічних і соціальних інтересів.

Окремо слід зазначити, що діяльність щодо соціального захисту населення також здійснюють громадські та приватні благодійні організації, які надають допомогу нужденним верствам населення. Проте у зв'язку з особливостями організації їх функціонування інструменти соціального захисту, що застосовуються в громадських організаціях, часто виключаються з розгляду системи соціального захисту.

Структура системи соціального захисту має істотну диференціацію за формами й методами надання послуг. Необхідно відзначити, що створення умов для підтримки та розвитку соціально «безризикових» параметрів життєдіяльності громадян знаходиться в тісному взаємозв'язку з формуванням моделі сталого розвитку країни, тобто вироблення таких стратегій державного управління, які дозволять максимально повно задовольняти потреби у достатньому рівні життя. Рівень розвитку соціально-економічних відносин в країні визначає інструментарій для створення соціальних інститутів, спрямованих на надання підтримки соціально незахищених верств суспільства.

Система соціального захисту населення потребує управління та вироблення найбільш раціональних способів вирішення її завдань. Методологія управлінського підходу до організації соціального захисту обумовлює необхідність виділення об'єкта і суб'єкта управління. Згідно з місією надання соціального захисту – створення умов для збереження рівня життя в рамках параметрів безкризового стану соціально-економічної системи – об'єктами виступають громадяни, які потребують надання допомоги.

Основними критеріями віднесення громадянина (групи громадян) до

об'єктів соціального захисту є наявність доходів нижче прожиткового мінімуму, неможливість здійснення своїх цивільних прав в силу непередбачених обставин. Віднесення громадян до об'єктів соціального захисту здійснюється відповідно до вимог нормативно-правової бази в цій галузі. Суб'єктами системи соціального захисту виступають організації та установи, що знаходяться у віданні органів державної виконавчої влади, що здійснюють соціальну політику держави по: наданню соціальних гарантій; соціальному забезпеченню; наданню соціальної допомоги; соціальним страхуванням.

Регулювання процесу надання соціального захисту населенню знаходиться у сфері органів законодавчої та виконавчої влади України. У зв'язку з вираженням соціально значущим характером функціонування системи соціального захисту ключову роль у виробленні комплексу заходів правового, інституційного, економічного спрямування відіграють інститути державного управління. Основна частина заходів по соціальному забезпеченню і соціальній допомозі повною мірою здійснюється організаціями та установами, що перебувають під керівництвом профільних органів виконавчої влади.

Основні функції по виробленню і реалізації державної політики та нормативно-правовому регулюванню у сфері соціального захисту населення здійснює Міністерство соціальної політики. Структурними підрозділами, що безпосередньо здійснюють регуляційний вплив, є Директорат розвитку соціальних послуг та захисту прав дітей, Директорат розвитку соціального страхування та пенсійного забезпечення, Головне управління пенсійного забезпечення, Директорат соціального захисту прав осіб з інвалідністю, Директорат адресної соціальної підтримки населення та розвитку соціального інспектування, Управління з питань гуманітарної допомоги, підвідомчих підприємств та установ. З метою реалізації компенсаційної та забезпечувальної функцій соціального захисту Міністерство здійснює координаційну взаємодію з Пенсійним Фондом України та Фондом

соціального страхування України. Відповідно до сформульованих в нормативно-правових актах принципів поділу повноважень ряд функцій по реалізації цілей системи соціального захисту населення належать до ведення територіальних органів влади.

До складу викликів і загроз можуть бути включені й ті, які прямо і побічно пов'язані з ефективністю процесів управління в організаціях соціального захисту населення. Вони представлені в таблиці 1.4 в зіставленні з наслідками їх реалізації.

Таблиця 1.4 – Класифікація викликів і загроз економічній безпеці в сфері соціального захисту населення

Загрози ЕБ	Наслідки реалізації загрози		
	соціальне забезпечення	соціальне страхування	соціальні гарантії
Недостатньо ефективне державне управління	невідповідність пенсій та допомог реальному прожитковому мінімуму	збитковість виробництва продукції, робіт, послуг за рахунок високих ставок відрахувань до позабюджетних фондів	невідповідність реальному прожитковому мінімуму
Високий рівень криміналізації та корупції в економічній сфері	відсутність або низький рівень якості обслуговування громадян внаслідок корупційної поведінки персоналу	«чорні» і «сірі» схеми виплати заробітної плати, дефіцит позабюджетних фондів	соціальна апатія значної частини населення, зростання несистемної опозиції
Зниження якості та доступності медичної допомоги	відносно низька тривалість життя, зростання смертності	неефективне використання коштів територіальних фондів обов'язкового медичного страхування	неможливість використання послуг платної медичної допомоги для соціально вразливих верств населення

В цілому, забезпечення соціального захисту різних верств населення націлене на збереження необхідного рівня життя громадян, недопущення зростання бідності, соціальної напруженості, і засноване на використанні широкого спектра інструментів прямого і непрямого впливу на соціальну структуру суспільства.

РОЗДІЛ 2 ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

2.1 Аналіз бюджетного фінансування соціальної сфери

Сучасні соціальні видатки держави є видатками на всіх рівнях бюджетної системи, які виступають важливим параметром державної соціальної політики, її пріоритетів, масштабів, напрямків. Одночасно соціальна політика держави покликана забезпечити вирішення ключових проблем суспільного розвитку, таких як бідність і соціальна нерівність, депопуляція і висока захворюваність населення тощо. Основними джерелами фінансування заходів, спрямованих на соціальний захист вразливих верств населення в Україні, виступають кошти державного та місцевих бюджетів, які у сукупності утворюють зведений бюджет України.

Протягом 2015-2020 рр. видатки на цілі соціального розвитку складали понад половину зведеного бюджету України, варіюючись в межах 51–63%. Детальна інформація щодо видатків зведеного бюджету України представлена у табл. 2.1 та на рис. 2.1.

Таблиця 2.1 – Видатки зведеного бюджету України за 2015-2020 рр. в номінальному вираженні, млрд. грн.

Показник	Роки						2020 до 2015 рр., %
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	2	3	4	5	6	7	8
Загальнодержавні функції	117,6	134,3	166,3	191,5	203,1	204,8	174,1
Оборона	52,0	59,4	74,4	97,0	106,6	120,4	231,5
Громадський порядок, безпека та судова влада	55,0	72,1	88,5	118,0	143,7	159,5	290,0
Економічна діяльність	56,3	66,2	102,9	140,8	154,2	262,9	467,0
Охорона навколишнього природного середовища	5,5	6,3	7,3	8,2	9,7	9,1	165,5
Житлово-комунальне господарство	15,7	17,5	27,2	30,3	34,5	32,2	205,1

Кінець табл. 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8
Охорона здоров'я	71,0	75,5	102,4	115,9	128,4	175,8	247,6
Духовний та фізичний розвиток	16,2	16,9	24,3	29,0	31,6	31,7	195,7
Освіта	114,2	129,4	177,9	210,0	238,8	252,3	220,9
Соціальний захист та соціальне забезпечення	176,3	258,3	285,8	309,4	321,8	346,7	196,7
Усього	679,9	835,8	1057,0	1250,2	1372,4	1595,4	234,7

Таким чином, за період, який досліджувався у роботі, загальні видатки бюджету України зросли на 134,7% та склали у 2020 році 1595,4 млрд. грн. За всіма статтями видатків спостерігається зростання майже в 2 рази, крім видатків на економічну діяльність, які у 2020 році зросли в 4,67 рази порівняно з видатками 2015 року. Найменше зросли видатки на охорону навколишнього природного середовища – в 1,65 рази (порівнюючи 2015 та 2020 рр.).

Для визначення пріоритетності соціального розвитку країни проаналізуємо більш детально структуру видатків зведеного бюджету за 2015-2020 роки (рис. 2.1).

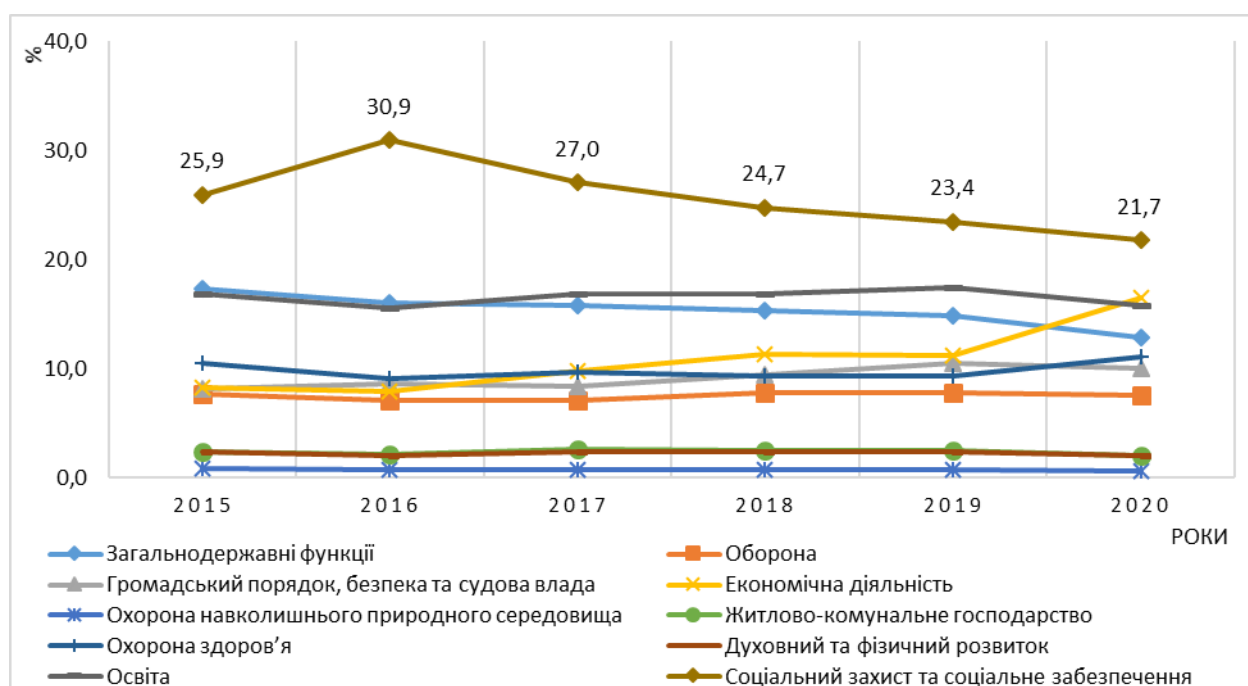


Рисунок 2.1 – Структура видатків зведеного бюджету України у 2015-2020 рр.

За даними, наведеними на рис. 2.1, можна зробити висновок, що соціальний захист та соціальне забезпечення є найбільшою видатковою статтею зведеного бюджету України, яка за своїми обсягами випереджає видатки на освіту, охорону здоров'я, оборону тощо. За досліджуваний період найбільший обсяг видатків на соціальний захист спостерігався у 2016 році – 30,9 % загальної суми видатків зведеного бюджету України. Починаючи з 2016 року спостерігається щорічне зменшення видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення, які у 2020 році вже складали лише 21,7% загальних видатків.

Проаналізуємо детальніше абсолютну та відносну зміну видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення за окремими статтями (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Динаміка видатків на соціальний захист у 2019-2020 роках в Україні

Показники	Видатки на соціальний захист, млрд. грн.		Відхилення	
	2019	2020	абсолютне, млрд. грн.	відносне, %
Соціальний захист на випадок непрацевдатності	18,71	4,05	-14,66	-78,4
Соціальний захист пенсіонерів	191,23	212,33	21,10	11,0
Соціальний захист ветеранів війни та праці	9,88	2,24	-7,64	-77,3
Соціальний захист сім'ї, дітей та молоді	44,09	2,18	-41,91	-95,1
Соціальний захист безробітних	0,19	6,74	6,55	3447,4
Допомога у вирішенні житлового питання	41,89	39,41	-2,48	-5,9
Соціальний захист інших категорій населення	10,19	73,49	63,30	621,2
Фундаментальні та прикладні дослідження і розробки у сфері соціального захисту	0,03	0,03	0,00	0,0
Інша діяльність у сфері соціального захисту	5,58	6,25	0,67	12,0
Всього	321,79	346,72	24,93	7,7

Отже, за результатами виконаних розрахунків зміни видатків на соціальний захист, наведеними в табл. 2.1, можна зробити висновок, що в цілому загальна сума видатків на соціальний захист у 2020 році відносно 2019 року зросла на 24,93 млрд. грн., тобто на 7,7%. Слід зазначити, що у абсолютному вираженні найбільше зростання спостерігалось за статтею «соціальний захист інших категорій населення», яка за досліджуваний період зросла на 63,3 млрд. грн. У той же час найбільше скорочення видатків відбулося за статтею «соціальний захист сім'ї, дітей та молоді», яка знизилась на 41,91 млрд. грн.

Проаналізуємо динаміку зміни (ланцюгові темпи приросту) видатків на соціальний захист порівняно з динамікою зміни валового внутрішнього продукту (ВВП) – рис. 2.2.

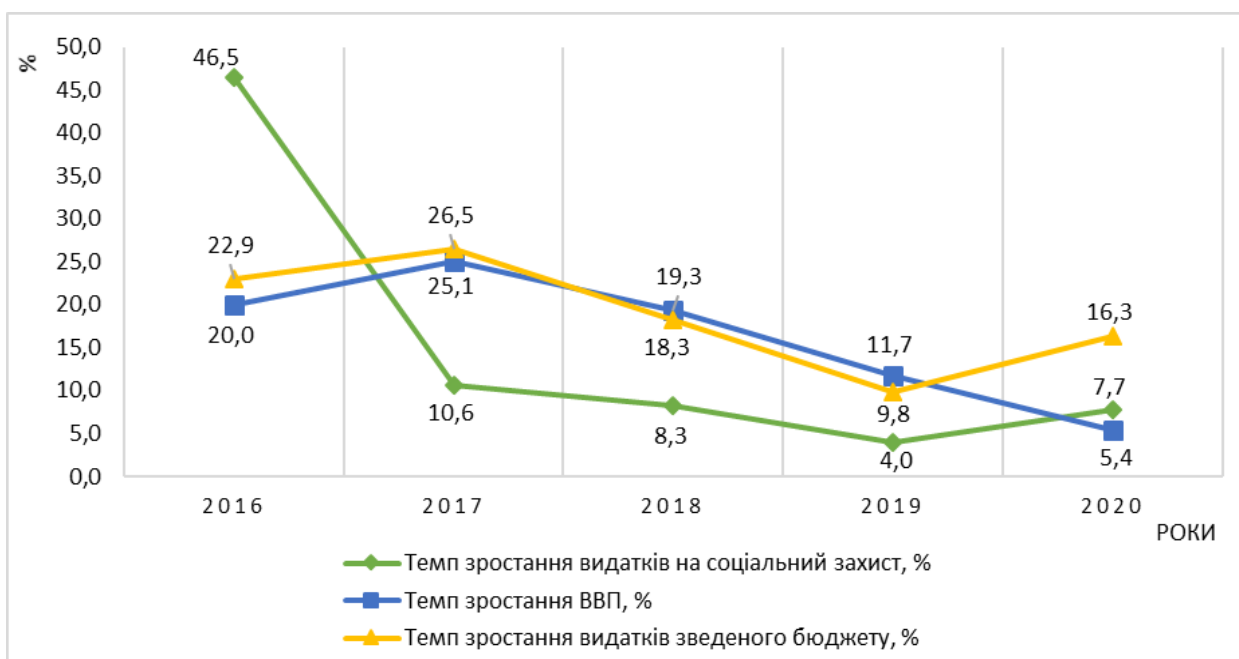


Рисунок 2.2 – Приріст видатків на соціальний захист у порівнянні до зростання ВВП та видатків зведеного бюджету за 2016-2020 рр.

За даними, наведеними на рис. 2.2, можна зробити висновок, що лише у 2016 році темпи зростання видатків на соціальний захист перевищили темпи

зростання ВВП та видатків зведеного бюджету, та збільшення склало 46,5% до значення попереднього року. У всіх інших періодах (тобто з 2017 р. по 2020 р.) видатки на соціальний захист зростали нижчими темпами, ніж відбувалось зростання обсягів ВВП та видатків зведеного бюджету України, що може свідчити, про відсутність пріоритетності сфери соціального захисту у політиці держави.

Кризовим для української економіки став 2020 рік, коли темп зростання ВВП відносно попереднього року склав лише 5,4% (рис. 2.2), та був нижчим, ніж темп зростання видатків зведеного бюджету та видатків на соціальний захист та соціальне забезпечення. Ця ситуація була обумовлена пандемією коронавірусної інфекції, внаслідок якої були введені жорсткі карантинні обмеження, що охопили майже всі сфери та види економічної діяльності та призвели до скорочення надходжень до державного бюджету України.

Певні коливання динаміки та структури соціальних видатків зведеного бюджету в останні роки значною мірою обумовлені стадіями економічного циклу. За 2016-2020 рр. частка видатків на соціальний захист від ВВП країни поступово скорочується від 10,8% у 2016 році до 8,3% у 2020 році, що свідчить про негативні тенденції та зниження соціальної орієнтації держави. Проте в номінальному вираженні обсяги бюджетного фінансування соціальної сфери стабільно збільшуються. Пріоритет в соціальних витратах належить витратам на соціальний захист населення, що свідчить про патерналістський, забезпечувальний характер соціальної політики в Україні, орієнтованої на недопущення різкого зниження та підтримання існуючого рівня і якості життя населення.

Зазначена структура соціальних видатків з переважанням видатків на соціальний захист населення характерна для більшості країн (табл. 2.3).

Таблиця 2.3 – Структура видатків державного бюджету за функціональним типом, %

Країна	Охорона здоров'я	Освіта	Житлово-комунальне господарство	Відпочинок, культура, релігія	Соціальний захист		Соціальні видатки, разом
					у % до загальних видатків бюджету	у % до соціальних видатків	
Україна	11,0	15,8	2,0	2,0	21,7	40,9	53,1
Німеччина	16,3	9,6	0,9	2,3	43,2	58,6	73,7
Норвегія	17,1	11,1	1,7	3,1	40,0	53,5	74,8
Китай	8,9	12,3	8,2	1,5	22,0	40,0	55,0
Великобританія	17,8	12,0	1,1	1,5	38,4	52,9	72,6
США	24,4	16,1	1,3	0,7	20,6	32,6	63,1
Японія	19,6	8,2	1,8	1,0	41,8	55,4	75,4
Австралія	18,9	14,3	2,0	2,2	27,2	40,8	66,6

За даними табл. 2.3, соціальна політика в більшості держав з точки зору співвідношення основних напрямків витрат носить багатфункціональний характер. Найважливішою особливістю сучасної соціальної політики є виконання нею в суспільстві двох взаємопов'язаних функцій – функції захисту і функції розвитку. Частка витрат на соціальний захист визначається обсягом соціальних гарантій держави, національними параметрами рівня життя і стандартів соціально-економічної безпеки та традиційно коливається в межах 40-55% з незначними відхиленнями. При цьому навіть держави з ліберальною моделлю соціальної політики забезпечують інвестиції в розвиток людських ресурсів на основі витрат на освіту, культуру, охорону здоров'я. Відбувається очевидне зміщення пріоритетів у соціальній політиці більшості сучасних держав – від акценту на перерозподілі через бюджет ресурсів на користь нужденних і незахищених ключовою функцією стає формування сприятливого для самореалізації кожного члена суспільства соціально-економічного середовища.

Одночасно дані табл. 2.3 наочно свідчать про суттєве відставання України за рівнем бюджетного фінансування галузей соціальної сфери, що забезпечують формування людського капіталу суспільства, і акценті на

реалізацію захисної функції соціальної політики. Україна, судячи зі структури витрат в соціальній сфері, продовжує виконувати функцію компенсатора недостатньо високих параметрів рівня та якості життя населення. Обсяги коштів, що виділяються на освіту і охорону здоров'я, явно недостатні порівняно з завданнями, що стоять перед галузями (ліквідація дефіциту працівників, розвиток мережі організацій, підвищення доступності послуг тощо).

Разом з тим необхідність посилення соціальної орієнтованості сучасних економік, ускладнення уявлень про параметри рівня і якості життя населення, формування нових викликів і загроз в самій національній соціально-економічній системі і за її межами вимагають переосмислення соціальної функції держави, вдосконалення базових підходів та інструментів забезпечення розвитку людського потенціалу. Відповіддю в західних країнах стала активна соціалізація бізнесу, формування і розвиток великого некомерційного сектора, який прийняв на себе певну частину функцій, соціальна спрямованість практично всіх напрямків економічної політики держави (структурної, інвестиційної, антимонопольної тощо). Йдеться про тісну взаємодію ринкового і неринкового, в тому числі державного і сімейного секторів, при вирішенні найважливіших соціальних завдань.

Підсумовуючи, можна дійти висновку, що в діяльності державних (муніципальних) установ залишається ряд невирішених проблем і питань, причому більшість проблем носить системний характер і властиві всій системі бюджетного планування та управління соціальною сферою. До них відносяться:

- переважне застосування для розрахунку необхідного обсягу фінансування методу зворотного рахунку (метод «первинних нормативних витрат», визначених шляхом ділення суми поточних витрат на кількість наданих послуг). Даний метод, визначений як оптимальний тільки для перехідного періоду, проте наразі продовжує активно застосовуватися. Метод прямого рахунку, який передбачає розрахунок витрат на основі вимог

до умов та якості надання послуг (навчальних планів, освітніх стандартів, стандартів надання медичної допомоги, санітарних норм і правил тощо) реалізується декларативно;

- орієнтація діяльності установ з виконання державного (муніципального) завдання на виконання кількісних показників, а не на підвищення її якості; як наслідок – низька якість послуг, що надаються;

- обмеження фінансово-економічної самостійності установ, особливо автономних, з боку органу-засновника; зайвий контроль за фінансовими потоками на шкоду оцінці досягнення показників обсягу і якості надання державних послуг;

- неефективне використання майнових комплексів установ, закріплених на праві оперативного управління, за відсутності показників ефективності використання майна;

- низька продуктивність праці в бюджетному секторі, необґрунтована диференціація в заробітній платі керівників та рядових співробітників тощо.

Основна проблема сформованої моделі фінансового забезпечення державних (муніципальних) послуг бачиться в тому, що вона залишається способом фінансування від досягнутого, в рамках наявних бюджетних можливостей, а не потреб у фінансових ресурсах. Як наслідок, і державні (муніципальні) програми, і державні (муніципальні) завдання залишаються набором витратних зобов'язань, які відображають переважно можливості бюджету, але є погано пов'язаними з цілями, завданнями, необхідними результатами.

Однак до теперішнього часу підвищення ефективності та якості надання державних (муніципальних) послуг у соціальній сфері пов'язують не стільки з удосконаленням механізму державного (муніципального) завдання, скільки зі створенням відкритого ринку соціального сервісу шляхом залучення недержавних організацій до надання послуг у соціальній сфері. Саме цей напрям вдосконалення соціальної політики держави, як було зазначено вище, є одним із пріоритетних в західних країнах, які обрали шлях

рівноправного та збалансованого розвитку та взаємодії ринкового і неринкового секторів в соціальній сфері.

В умовах систематичної обмеженості бюджетних коштів на цілі соціального захисту та одночасно необхідності посилення соціальної орієнтації економіки України потрібно вдосконалення існуючих та розробка нових механізмів бюджетного фінансування соціальної сфери. Країни Заходу, які зіткнулися свого часу зі схожими проблемами, знайшли вихід у формуванні великого недержавного некомерційного сектора, що сприяє реалізації значної частини функцій соціального захисту і розвитку з одночасним підвищенням соціальної відповідальності бізнесу.

З урахуванням світового досвіду в Україні основним напрямком вирішення даного завдання наразі є: розвиток практики бюджетного фінансування державних та недержавних постачальників на конкурсній основі з метою формування єдиного ринку соціальних послуг. Практично має місце передача надання (виконання) значної частини державних послуг в ринковий, неринковий і сімейний сектор. Це вимагає системного регулювання участі державних організацій в наданні державних і муніципальних послуг, а саме: вдосконалення механізмів закупівель для державних і муніципальних потреб, надання грантів та інших субсидій постачальникам послуг на конкурсній основі, розробки та впровадження інструменту цільових споживчих субсидій (ваучерів), розширення напрямків державної підтримки соціального підприємництва та соціально орієнтованих некомерційних організацій.

2.2 Оцінка стану соціальної захищеності осіб з обмеженими можливостями

Соціальний захист осіб з обмеженими можливостями є складовою державної соціальної політики щодо забезпечення прав та можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами та полягає у наданні державної

допомоги, пенсій, компенсаційних та інших виплат, соціальних послуг, пільг, встановленні опіки, здійсненні реабілітаційних заходів або забезпеченні стороннього догляду.

Наразі в Україні розрахунки розмірів певних соціальних допомог здійснюються на основі прожиткового мінімуму, який базується на застарілій методології, що не відповідає вимогам сьогодення. Недостатній рівень соціальної допомоги, який розраховується з використанням вищевказаного показника, обумовлює погіршення становища соціально вразливих верств населення країни. А тому особи з обмеженими можливостями наразі є найнезабезпеченішими категоріями населення в Україні.

Станом на 1 січня 2020 року за даними Державної служби статистики України чисельність осіб з обмеженими можливостями становила майже 2,7 млн. осіб (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Динаміка чисельності осіб з обмеженими можливостями в Україні за 2017-2020 рр.

Показник	Роки				2020 до 2017 рр., %
	2017	2018	2019	2020	
1. Загальна чисельність осіб з обмеженими можливостями, тис. ос.	2603,3	2635,6	2659,7	2703,0	103,8
- інваліди I групи	240,6	235,4	226,3	222,3	92,4
- інваліди II групи	900,5	899,2	896,1	900,8	100,0
- інваліди III групи	1306,2	1341,9	1375,7	1416	108,4
- діти з інвалідністю	156,1	159	161,6	163,9	105,0
2. Загальна чисельність населення країни, тис. ос.	42584,5	42386,4	42153,2	41902,4	98,4
3. Частка осіб з обмеженими можливостями в загальній чисельності населення, %	6,11	6,22	6,31	6,45	105,5

За даними, наведеними в табл. 2.4, можна зробити висновок, що протягом 2017-2020 рр. спостерігається стала тенденція до зростання

чисельності осіб з обмеженими можливостями – зростання за зазначений період склало 3,8 %. Разом з тим протягом досліджуваного періоду відбувається скорочення загальної чисельності населення країни, яке становило -1,6 %. Під впливом двох вищезазначених факторів відбувається щорічне зростання частки осіб з обмеженими можливостями у загальній чисельності населення країни: з 6,11% у 2017 році до 6,45% у 2020 році.

Дослідимо зміни у структурі осіб з обмеженими можливостями за останні 2 роки (рис. 2.3).

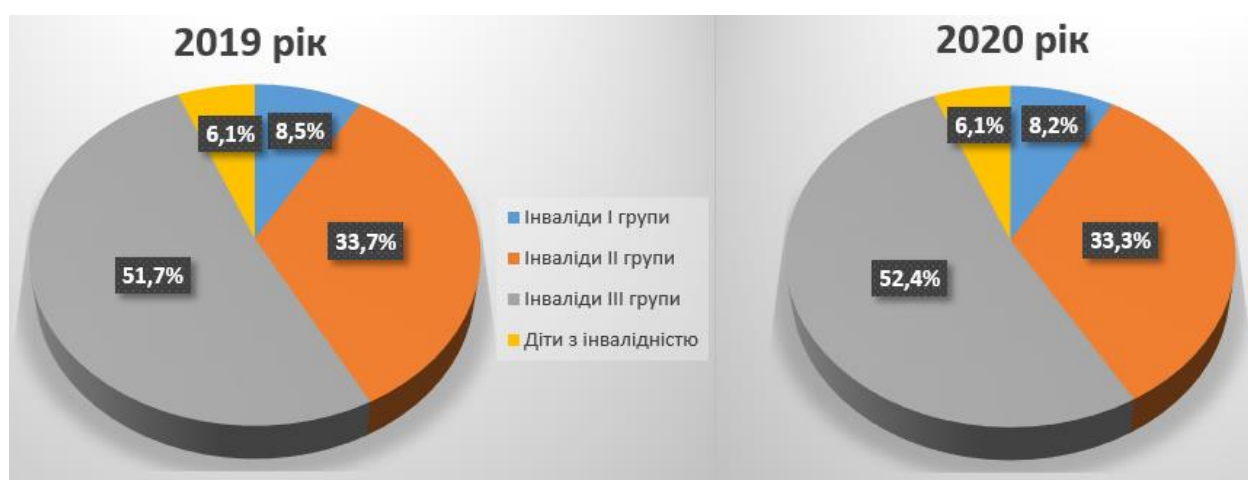


Рисунок 2.3 – Структура осіб з обмеженими можливостями за групами інвалідності у 2019-2020 рр.

Таким чином, за даними, наведеними на рис. 2.3, можна стверджувати, що у структурі осіб з інвалідністю протягом 2019-2020 рр. Відбулися наступні зміни: зросла частка інвалідів III групи (з 51,7% у 2019 році до 52,4% у 2020 році); зменшилась частка інвалідів I групи (з 8,5% у 2019 році до 8,2% у 2020 році) та скоротилась частка інвалідів II групи (з 33,7% у 2019 році до 33,3% у 2020 році). Частка дітей з інвалідністю у загальній чисельності осіб з обмеженими можливостями протягом досліджуваного періоду залишилася незмінною – 6,1%.

Проаналізуємо динаміку розміру пенсій по інвалідності в Україні за 2017-2020 рр. у розрізі квартальних даних (рис. 2.4).

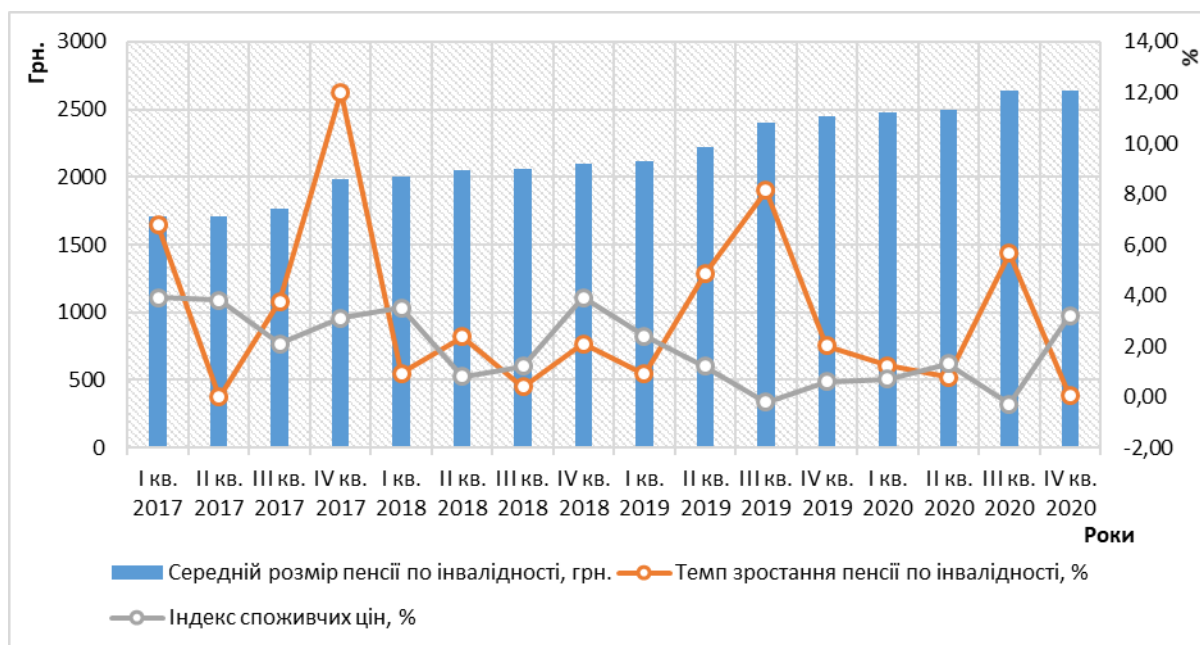


Рисунок 2.4 – Динаміка зміни розміру пенсії по інвалідності та індексу споживчих цін в Україні за 2017-2020 рр.

За даними рис. 2.4 можна зробити висновок, що розмір пенсії по інвалідності є вкрай низьким – наприклад, на кінець 2020 року його значення становило 2641,97 грн. Негативним фактом є перевищення рівня інфляції над рівнем зростання пенсії по інвалідності – наприклад, у IV кварталі 2020 року інфляція склала 3,2%, а середній розмір пенсії по інвалідності зріс лише на 0,03%. Таким чином, наразі пенсія по інвалідності є нижчою за встановлений прожитковий мінімум, а темпи її зростання в певних періодах є нижчими за темпи інфляції. Дані факти підтверджують вищезазначене твердження, що особи з обмеженими можливостями наразі є найбільш незахищеною категорією населення в Україні.

Одним з напрямків підтримки осіб з інвалідністю є регулювання їх працевлаштування та створення відповідних умов праці на підприємствах. Проаналізуємо детальніше статистичні дані щодо виконання роботодавцями нормативу робочих місць, які призначені для працевлаштування осіб з інвалідністю за 2016-2020 рр. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Дані щодо виконання роботодавцями нормативу робочих місць, які призначені для працевлаштування осіб з інвалідністю за 2016-2020 рр.

Показник	Роки				
	2016	2017	2018	2019	2020
1. Кількість підприємств, які подали звіти до відділень Фонду соціального захисту інвалідів (од.), в т.ч.:	83881	87010	90010	90331	81024
1.1 Бюджетних установ (од.)	24260	24343	23790	23400	20906
1.1.1 Відсоток кількості бюджетних установ до кількості підприємств, що подали звіти (%)	28,9	27,9	26,4	25,9	25,8
1.2 На яких за звітний період, виконувався встановлений норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю (од.)	70704	74911	78491	79339	72135
1.2.1 Відсоток до кількості підприємств, які подали звіти (%)	84,3	86,1	87,2	87,8	89,0
2. Кількість робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю, яка мала бути створена роботодавцями за звітний період в межах встановленого нормативу (од.)	313096	312412	314016	315618	278518
3. Чисельність осіб з інвалідністю, яка фактично працювала у звітному році на підприємствах (осіб)	381883	390012	405153	417897	379776
4. Перевищення законодавчо встановленого нормативу (осіб)	91814	89889	100102	110508	107865

Отже, дані табл. 2.5 свідчать, що протягом 2016-2019 рр. спостерігалась стала тенденція до збільшення кількості робочих місць та чисельності осіб з інвалідністю, які фактично працювали на підприємствах. Проте у 2020 році

відбулось скорочення чисельності працевлаштованих інвалідів до 379776 осіб, також відбулось зниження кількості робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю до 278518 од. Зазначені тенденції в першу чергу обумовлені кризою, що виникла внаслідок пандемії коронавірусної інфекції.

Варто зазначити, що необхідно враховувати сучасні тенденції трансформації соціально-трудових відносин під впливом четвертої промислової революції, які пов'язані з автоматизацією і роботизацією виробництва і праці; високими темпами змін у змісті праці і, як наслідок, перебудовою функціонального і професійного поділу праці, стиранням міжпрофесійних кордонів; широким впровадженням цифрових технологій у виробничий процес, що радикально змінює способи виконання трудових функцій; зміною парадигми відносин між працівником і компанією, що збільшує гнучкість соціально-трудових відносин. При цьому змінюється вимога до праці людини, в тому числі і з інвалідністю. Таким чином, з огляду на сучасні законодавчі та соціально-економічні умови, необхідно досліджувати процес працевлаштування осіб з обмеженими можливостями здоров'я та вдосконалювати його.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ІЗ ВДОСКОНАЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ВРАЗЛИВИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Характеристика сучасних форм комплексного захисту інвалідів за кордоном

У міжнародному масштабі перші кроки в становленні організаційних аспектів в області реабілітації відбулися в 1958 році, коли відбулося перше засідання експертів ВООЗ з медичної реабілітації [10]. На цьому засіданні були зафіксовані найважливіші завдання реабілітації, які, на думку закордонних фахівців, полягають в соціалізації інваліда, за допомогою оптимальних методів відновлення і розвитку його соціально-професійних навичок з урахуванням обмежень життєдіяльності.

Для досягнення цього завдання соціальна політика також змушена була реагувати на трансформацію економіки та соціальних умов. Таким чином, з'явилися великі зміни у ставленні до соціальної безпеки, зайнятості, житлових проблем, охорони здоров'я, освіти, сім'ї. Соціальні реформи в області соціального захисту інвалідів стали невіддільною частиною процесу перетворень. Головною метою соціальної політики стала передача особі та сім'ї відповідальності за їх соціальний добробут, збільшення кількості форм і суб'єктів соціальної політики й введення місцевих автономій і самоврядування в області соціальної сфери [1].

Закріплення реабілітації як соціального завдання в традиційній системі соціального захисту, розширення мислення в цій галузі має велике значення. Пацієнти, які страждають хронічними захворюваннями, мають фізичні, розумові та психічні порушення. У цих пацієнтів питання діагностики відступають на задній план; терапія гострих симптомів хвороби залишається важливою, але все ж займає другорядне місце. Більш істотне значення мають питання виживання з порушеннями, що залишаються, і оцінка обмеження як

результат перебігу хвороби.

З цієї точки зору, реабілітація в закордонних країнах включає спільність зусиль, спрямованих на те, щоб осіб з фізичними, розумовими або психічними обмеженнями, отриманими в результаті хвороби, вродженого захворювання або зовнішніх впливів, перевести від лікування гострих станів до заходів, що включає медичні, професійні й загальносоціальні аспекти, які допомагають придбати відповідний спосіб життя і знову повернутися в побутову, суспільну і професійну діяльність.

Реабілітація повинна мати оптимальну форму інтеграції в медицину, але водночас охоплювати соціальні, професійні, педагогічні, психологічні аспекти життєдіяльності інваліда. Основною тезою реабілітації за кордоном є комплексність, що передбачає, відсутність кордонів між її медичною і соціальною частинами.

У процесі лікування хворих однією з основних ідей є якомога більш раннє підключення медичних реабілітаційних заходів. Реабілітація повинна бути багатоланковою і комплексною та брати до уваги багатопланові аспекти фізичного, психічного і соціального існування індивіда. Багатопланова реабілітаційна робота повинна забезпечити пацієнтові можливість інтеграції або реінтеграції в сім'ю і суспільство і, по можливості, в професійне життя з допомогою послідовного використання наявних функціональних можливостей [13].

Соціальна реабілітація інвалідів заснована на застосуванні технологій спрямованих на відновлення їх соціального статусу, соціальних зв'язків з метою створення для них можливостей розвитку в сімейному, політичному і культурному плані. Соціально-побутова реабілітація в розвинених закордонних країнах надається в різних формах: спеціальних служб харчування; служб пристосування до середовища; інформаційних і юридичних служб; культурного обслуговування; служби дозвілля; продажу товарів за спеціальними (зниженими) цінами; забезпечення житлом і т.д.

Однією з форм довгострокового соціального обслуговування в розвинених закордонних країнах є спеціалізовані установи для інвалідів. У Великобританії, наприклад, до установ, такого типу відносяться лікарні, будинки для інвалідів, які своєю чергою, діляться на будинки, що знаходяться у віданні органів управління соціальних служб, будинки добровільних організацій, будинки приватних агентств, будинки сестринського догляду, притулки-гуртожитки готельного типу для осіб з порушеннями психіки або інвалідів та деякі інші.

У США лише невелика частина інвалідів проживає в спецстановах різного профілю, хоча їх частка постійно зростає. Найбільше число різних типів – установ для інвалідів є в Італії. До них відносяться притулки, установи для надання допомоги вдома, будинки-готелі, денні центри, денні стаціонари, будинки відпочинку і т.д.

В останні десятиліття в ряді розвинених закордонних країн як еквівалент соціального обслуговування інвалідів у спеціальних установах отримали розвиток так звані служби громадського користування: денне обслуговування, «їжа на колесах», періодичне обслуговування, разове обслуговування та ін. Послуги, що надаються в «денних центрах», включають: купання, харчування, забезпечення продуктами харчування або організацію харчування в самому центрі; психологічну реабілітацію, соціальну реабілітацію, проведення дозвілля, роботу в майстернях.

У Німеччині соціальне обслуговування людей похилого віку вдома включає: доставку харчування на будинок; догляд за інвалідами (купання, годування, прання та ін.), заготівлю продуктів; відвідування інвалідів; прибирання квартири; проведення екскурсій; послуги пересувної бібліотеки; реабілітацію та професійну терапію; спорт та організацію дозвілля.

У США, протягом багатьох десятиліть діяла інституційна система соціального обслуговування інвалідів. Молодь розміщувалася в навчальні заклади, хроніки – в спеціальні будинки для інвалідів, хворі – в госпіталі

тощо. Тому і зараз розвиток надомних служб є альтернативою інституційного забезпечення. Наприклад, надомні служби «Медікейд» містять в собі не лімітоване обслуговування кваліфікованими доглядальницями або лікарями; фахівцями з мовних дефектів; забезпечення медичними фахівцями, обладнанням, протезами.

У Канаді організовані програми соціального обслуговування вдома, мобілізують для діяльності безліч добровільних агентств і забезпечують координацію служб реабілітації, що містять медичне та сестринське обслуговування, фізіотерапію і відповідні служби з надомного обслуговування інвалідів. Служби фінансуються за рахунок урядових субсидій і приватної благодійності. В обслуговування включено забезпечення велоколяскою, харчування, протезування, функціональна допомога, засоби для пересування, центри денного обслуговування і програми подорожей.

У Фінляндії, починаючи з 70-х рр. XX століття поряд з будинками-інтернатами почалося будівництво спеціальних житлових будинків і торговельних центрів культурно-побутового і медичного обслуговування громадян похилого віку та інвалідів. У складі житлового будинку або невеликого житлового комплексу є клубне приміщення з кухнею, дві сауни, пральня, обладнана пральними машинами. Є також приміщення для гуртків «умілі руки» (в'язання, ткацтво; шиття, виготовлення виробів з дерева, металу, кераміки й т.п.). Приміщеннями обслуговування користуються як літні люди, інваліди, які живуть в цих будинках, так і пенсіонери житлового району і навіть міста.

У Данії надається інвалідам можливість залишатися у звичному для себе середовищі до кінця життя, для цього використовується спеціальне житло. Квартири повністю оснащуються спеціальним обладнанням, що полегшує повсякденне життя мешканця, з урахуванням його індивідуальних

можливостей і потреб. У квартирі встановлюються система комунікацій і система екстреної допомоги, пов'язана зі службою надомної допомоги. У Швеції прикладом найкращої інтеграції індивідуумів в суспільство може служити «Фокус суспільство». Основним принципом цього суспільства є надання інваліду можливості жити у власному будинку з наданням йому всілякої необхідної допомоги.

В Австралії всі провінції та території країни зобов'язані дотримуватися положень законодавства про будівництво, що передбачає при зведенні нових будівель і споруд зробити їх доступними для інвалідів. В Англії соціальні служби добре допомагають в створенні різних пристосувань в домашніх умовах (кухні, ванній й т.д.). У деяких випадках встановлюється телефонне і телеобслуговування. Інші служби містять в собі соціальні та професійні клуби, створення спеціальних будинків для постійного в них проживання, а також надають допомогу інвалідам в проведенні відпусток і вільного часу.

Слід зазначити, що важливу роль в соціально-побутовій реабілітації інвалідів в закордонних країнах надається інформаційним центрам, що ознайомлюють інвалідів з усіма допоміжними технічними засобами.

В цілому, аналіз наявної системи реабілітації в різних закордонних країнах дозволив виявити типові риси й принципи (рис.3.1), які можуть бути використані або враховані в практиці побудови системи медико-соціальної реабілітації в нашій країні.

Таким чином, в цілому система реабілітаційних заходів (медичних, соціально-побутових, про які говорилося вище), спрямована на гарантоване забезпечення основних життєвих умов для тих людей, які знаходяться в стані матеріального і соціального неблагополуччя. Вона передбачає превентивні заходи по медико-соціальній допомозі у важких і критичних ситуаціях, в яких часто виявляються інваліди в умовах складної соціально-економічної ситуації.

Характерні риси та принципи побудови системи реабілітації інвалідів	
	основний постулат реабілітації – реабілітація особистості
	медична реабілітація повинна бути інтегрована в лікувальну медицину і бути органічною складовою частиною лікувального процесу
	медичні заходи стоять на першому місці з метою досягти максимального відновлення функціональної незалежності пацієнта
	складовими частинами професійної реабілітації є професійне управління, професійна підготовка і працевлаштування
	медичне обслуговування здійснюється за трьома системам: обов'язкове та часткове страхування, національна служба охорони здоров'я
	закон захищає право інвалідів на працю, проте рівень безробіття серед інвалідів значно вище, ніж серед решти населення
	для інвалідів повинен бути доступний будь-який рівень освіти
	організація спеціального житла з центрами культурно-побутового і медичного обслуговування
	повсюдно консультативні служби та інформаційні служби з усіх питань, пов'язаних з інвалідністю

Рисунок 3.1 - Характерні риси та принципи побудови системи медико-соціальної реабілітації інвалідів (складено за [13])

Реабілітація інвалідів як система заходів, спрямованих на відновлення їх здоров'я, порушених функцій, працездатності, на повернення їх до суспільно-корисного економічного та соціального життя суспільства, міцно увійшла в практику соціального забезпечення більшості країн світу. Важливе місце в цій системі заходів займає трудове влаштування інвалідів, що включає ряд етапів, починаючи з профорієнтації та підготовки до праці, і закінчуючи підготовкою виробництва до працевлаштування інвалідів та

контролем якості останнього.

Попри схожість загальних принципів працевлаштування інвалідів, у кожній країні їх реалізація має свої особливості. Певний інтерес представляє досвід реабілітації та працевлаштування інвалідів в таких Європейських країнах як Бельгія, Швеція, Нідерланди.

У Бельгії професійну реабілітацію інвалідів веде Національний Фонд соціальної інтеграції інвалідів, що працює в структурі Міністерства з питань праці та зайнятості. Фонд субсидує створення центрів професійної реабілітації, які здійснюють профорієнтацію і профнавчання інвалідів. Існують курси прискореного навчання і перенавчання інвалідів, а місцеві органи зайнятості мають фахівців з працевлаштування, які відповідають за працевлаштування інвалідів.

У Швеції реабілітаційну діяльність координують державна рада інвалідності, центральний комітет інвалідних організацій і центральний комітет з реабілітації. У країні є мережа реабілітаційних клінік з розрахунку 300 місць на 200 тисяч населення. Установами професійної реабілітації є училища для інвалідів молодого віку. Організація заходів з реабілітації інвалідів, включаючи видачу стипендій учням, здійснюється губернськими трудовими комісіями. У групи регулювання на підприємствах включаються представники адміністрації, профспілок і служби зайнятості. Такі групи консультують інвалідів і працівників пенсійного віку для забезпечення їх зайнятості та збереження за ними робочих місць, залучаючи до цієї роботи медичний персонал і фахівців з техніки безпеки [17].

У Нідерландах професійне навчання інвалідів проводиться в навчальних центрах для дорослих, на робочих місцях підприємств, в спеціальних установах для інвалідів з фізичними та розумовими вадами. Для інвалідів встановлена система квот (2% від числа працюючих) та скорочений робочий день. Роботодавцям, які приймають інвалідів на роботу, встановлена система субсидій на виплату заробітної плати інвалідам, а підприємці, які не дотримуються зазначеної квоти, мають виплачувати штраф.

Найбільш ефективно реабілітація та трудове влаштування інвалідів

здійснюється в тих країнах, де є прагнення до скорочення витрат на виплату інвалідам пенсій з державного бюджету, з капіталу страхових товариств і спілок. З цією метою інвалідам надається широка можливість проходження професійної реабілітації, а після здійснення трудового влаштування виплата пенсії їм припиняється.

Таким чином, професійна реабілітація інвалідів є економічно вигідною для компаній, агентств, товариств, які організовують цю роботу, а також для багатьох промислових фірм, які з одного боку, отримують на проведення реабілітаційних заходів великі суми від держави або страхових компаній, а з іншого – готують для своїх підприємств кваліфіковану і стабільну робочу силу. Необхідно підкреслити, що державна участь у фінансуванні заходів щодо соціально-трудової реабілітації інвалідів має значно меншу питому вагу в сумі коштів, що йдуть на ці цілі, в порівнянні з фінансуванням за рахунок компаній, товариств та приватних благодійних фондів.

Специфічні прийоми в організації професійної реабілітації інвалідів практикуються в країнах Америки та Азії. Так, в Канаді служби з профнавчання інвалідів знаходяться в компетенції комісії з питань зайнятості та імміграції. Службами комісії, в тому числі місцевими організовується навчання і перенавчання інвалідів. Це може бути спеціальне навчання на підприємствах, вдома, на заочних курсах за повною або скороченою програмою. Навчання інвалідів здійснюється так само в навчальних центрах, в приватних торгових школах і навіть в університетах. Допомога в працевлаштуванні надається провінційними бюро по реабілітації.

У Сполучених Штатах Америки справу професійної реабілітації інвалідів зосереджено в руках більш ніж 70 приватних організацій (служб) кожна з яких має у своєму розпорядженні десятки відділень реабілітації. Координація робіт медиків, соціальних працівників, педагогів по відновленню працездатності інвалідів, вивченню і поширенню інформації щодо техніки та методів відновлення працездатності, розробки програм навчання фахівців з реабілітації, заохочення досліджень з цієї проблеми покладено на комітет по відновленню працездатності, а також Академії

фізіотерапії та відновлення працездатності. У США встановлено квоту для працевлаштування інвалідів на підприємствах та санкції за порушення підприємствами цієї квоти.

В Японії процес реабілітації та трудове влаштування інвалідів регламентовані спеціальними законами. Створено 17 центрів з навчання інвалідів з фізичними вадами, де проводиться їх навчання з урахуванням індивідуальних можливостей. Відповідальність за реєстрацію і профорієнтацію інвалідів несуть державні установи щодо забезпечення зайнятості. Створено 38 центрів з працевлаштування інвалідів. В Японії, так само як і в інших країнах, введена система квот, яка зобов'язує роботодавців мати в складі працівників від 1,5% до 1,9% інвалідів, встановлені законом санкції (штрафи) за недотримання встановлених квот.

Таким чином, соціальна політика в більшості закордонних країн спрямована на комплексну допомогу особам з обмеженнями життєдіяльності, а інваліди, що знаходяться в працездатному віці, незалежно від статусу зайнятості та від одержуваних посібників мають право на професійне навчання, допомогу в пошуку роботи та на інші послуги, націлені на розширення трудової інтеграції (в тому числі адаптація робочих місць з урахуванням обмежень життєдіяльності). Саме така комплексна оцінка потреб є відправною точкою для розробки заходів щодо забезпечення зайнятості та розширенню професійних можливостей для інвалідів та їх активному включенню в життя суспільства.

Одним із пріоритетних напрямків соціальної політики багатьох держав на сучасному етапі розвитку суспільства є розв'язання проблем інвалідності та інвалідів, тобто так званих неповнофункціонуючих громадян. Адже розв'язання даної проблеми в чималому ступені визначає соціально-економічний добробут, як всього населення, так і найбільш вразливих його верств. В кінцевому підсумку рішення даної медико-соціальної проблеми – це веління нинішнього часу, що характеризується кризовими ситуаціями в економіці та загостренням питань збереження і відтворення суспільного здоров'я. Повною мірою розв'язанню проблеми зміцнення здоров'я

населення, зниження рівня і тяжкості інвалідності, збільшення тривалості життя і поліпшення її якості сприяє реабілітація, яка охоплює весь комплекс заходів, необхідних для того, щоб людину, яка стала внаслідок хвороби або травми на виробництві фізично, розумово або душевно неповноцінною, привести після лікування гострого періоду в відповідний, гідний його стан, щоб він знову міг зайняти своє місце в повсякденному житті, суспільстві та професійній діяльності.

Для визначення переваг і недоліків вітчизняної системи проведена порівняльна оцінка різних систем, розглянуто світовий досвід управління системою соціального страхування осіб, які постраждали на виробництві.

Всі наявні в розвинених країнах системи соціального страхування осіб, які постраждали на виробництві, можна розділити (умовно) на три базових моделі: модель Бісмарка, модель Беверіджа і приватно-корпоративну модель. Однак в більшості випадків має місце поєднання різних моделей, тому переважну більшість систем можна розглядати як змішану [6].

Модель Бісмарка (Німеччина, Австрія, Франція, Італія та ін.) побудована по страховому принципу. Так в Німеччині, як основоположниці моделі, зараз існують кілька страховиків, розділених за галузевим принципом: кілька сільськогосподарських професійних товариств і об'єднані в єдину систему (DGUV) товариства в промисловості (9 товариств) і публічному секторі (26 суб'єктів). Участь в страхуванні визначено законом (Соціальним кодексом) і не може бути замінено приватним страхуванням. Вона піднаглядна та підконтрольна державі, але страховики є саморегульованими організаціями. В управлінні активну участь беруть представницькі органи, що складаються як зі страховиків, так і з застрахованих і страхувальників-роботодавців.

Система виплат вибудована за наступним принципом: на першому місці профілактика, потім реабілітація і тільки потім відшкодування шкоди, сертифікати для надання реабілітаційних заходів не застосовуються.

Модель Беверіджа (Великобританія, Ірландія та ін.) побудована за страховою ознакою. Обов'язкова наявність в якості страховика державного

органу, підпорядкованого відповідному міністерству. Страхування обов'язково за законом, однак кошти йдуть і з національного бюджету. Не передбачено отримання прибутку страховиком, перехід до іншого страховика неможливий. Страхове забезпечення обмежено тільки виплатою допомоги, питання профілактики травматизму (і захворюваності) та реабілітації лежать на інших органах. Крім того, відсутнє обмеження відповідальності роботодавця, до якого в рамках права може бути поданий відповідний позов.

У Великобританії паралельно діють два механізми страхування працівників, за рахунок яких постраждалі отримують виплати: від державної системи (за рахунок податків), від комерційних страхових компаній (за рахунок страхування своїм роботодавцем). Єдиного органу, який здійснює контроль всіх аспектів управління ризиками, не існує. Кожен орган займається своїм напрямом [13]. Виплати розподілені наступним чином: допомога по тимчасовій непрацездатності, по інвалідності (мінімальний розмір), оплата частини медичних послуг здійснюються державними органами за рахунок податкових надходжень; одноразова компенсаційна виплата при травмі, медичні послуги та витрати на повернення до професійної діяльності – за рахунок страхових внесків роботодавців (по страхуванню відповідальності роботодавців і медичної страховки).

Приватно-корпоративна система (Бельгія, Португалія, Фінляндія та ін.). Відповідальність перед працівником застрахована в приватній страховій компанії, вибір якої здійснює сам роботодавець. Придбання поліса обов'язково. Водночас страхування окремих груп працівників здійснюється публічно-правовими страховиками (наприклад, торговий флот і сільгоспробітники). Координацію діяльності покладено на об'єднання страхових компаній (федерації страховиків). Системою забезпечується тільки виплата страхового забезпечення, профілактика і реабілітація не входить в їх компетенцію.

У системах страхування професійних ризиків, прийнятих в країнах ЄС, передбачено участь роботодавців і працівників в управлінні системою страхування з чітким розмежуванням обов'язків і повноважень, в основному

у формі комітетів на основі паритетного представництва соціальних партнерів [8].

Зазначене дозволяє говорити про систему страхування як про самоврядну в силу наступного:

соціальні партнери зацікавлені в ефективній роботі системи;

для такої роботи необхідно знання умов праці, обґрунтоване встановлення співвідношення між превентивними та реабілітаційними заходами й фактичними умовами на підприємствах;

сама по собі участь в управлінні дає впевненість кожному, що саме його інтереси не будуть ущемлені.

Аналіз особливостей фінансування реабілітаційних заходів для постраждалих на виробництві в різних країнах представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Особливості фінансування реабілітаційних заходів для постраждалих на виробництві в світовій практиці

Країна	Характерні особливості системи
Німеччина	Державний фонд страхування від нещасних випадків на виробництві (DGUV) є єдиним джерелом, що відповідає за розподіл послуг медичної та професійної реабілітації. Застосовується принцип «все в одних руках». Створена система інформаційного обміну: введені юридичні норми, які зобов'язують роботодавця в триденний термін повідомляти органи соціального забезпечення про нещасні випадки, що відбулися з працівниками. Розроблено систему підготовки кадрів: сімейні лікарі, повинні пройти навчання з професійної патології, для ранньої діагностики професійних ризиків. Розробляється система стандартів і протоколів для реабілітації постраждалих.
Канада	Система зв'язку захворювання з професією має деякі особливості: професійним визнається захворювання, яке швидко розвивається на конкретному виробництві в результаті причин і умов, властивих певним заняттям; в різних штатах свої деталі визначення профзахворювання; включаються і ті нозологічні форми, які можуть розвинути після припинення початкового впливу – роботи зі шкідливим фактором.

Кінець табл. 3.1

Країна	Характерні особливості системи
Італія	В країні передбачено страхове та пенсійне забезпечення працівників, функціонують 2 організації: INAIL (Національний інститут страхування від нещасних випадків на робочому місці) і INPS (Національний інститут соціального забезпечення). Амбулаторне лікування проводиться за рахунок Національної системи охорони здоров'я. Іноземні працівники – громадяни з країн ЄС також мають гарантоване право на зазначені виплати. Підприємства, які страхують працівників, звільняються від цивільної відповідальності за наслідки травм і шкоди, які вони можуть отримати на роботі. Охорона здоров'я працівників в Італії має систематичний характер.
Китай	Законодавча система своєчасного надання медичної допомоги орієнтована на оперативну реабілітацію постраждалих з максимально можливою високою швидкістю відновлення функцій – концепція медичного лікування та реабілітації до призначення інвалідності.
Франція	Діє закон про соціальне забезпечення, куди включені й професійні захворювання. При визнанні захворювання професійним потерпілий отримуватиме компенсації: всі витрати з лікування та страхові виплати при встановленні часткової постійної непрацездатності. Регламентовано обов'язкове дотримання всіх медичних приписів.
США	Велика увага надається збору інформації про ПЗ і відповідній звітності, що позиціонується як основа в справі запобігання пов'язаних з роботою травм і захворювань. При НС і ПЗ передбачені компенсації, які можуть запізнюватися, при цьому є можливість отримувати їх за рішенням суду. Визначено терміни давності подання позову на відшкодування шкоди здоров'ю і в разі смерті потерпілого.
Норвегія	Існує чітка система інформування в NAV (Норвезька Адміністрація Праці та соціального забезпечення), яка розглядає звіт про виробничу травму протягом 14 днів. Після письмового підтвердження страхового характеру травми потерпілий використовує лист у лікаря, на лікуванні в лікарні, в аптеці і т.д. не маючи будь-яких витрат. Страхування покриває практично всі процедурні та медичні витрати, пов'язані з виробничим травматизмом.

Аналіз представлених механізмів фінансового забезпечення застрахованих, а також можливості використання методичних і

організаційних підходів до реабілітації постраждалих на виробництві дозволяє зробити висновок про необхідність створення в Україні єдиної системи реабілітації постраждалих на виробництві та координуючого даний процес органу, що дозволить істотно підвищити ефективність проведених заходів та раціонально використовувати кошти соціального страхування, а також забезпечить усунення адміністративних бар'єрів і дефектів міжвідомчої взаємодії.

Резюмуючи вищевикладене слід зазначити, що з урахуванням чинного законодавства, тенденцій його розвитку, наявної практики, а також практики діяльності міжнародних організацій і товариств, думки вчених і фахівців в розвинених закордонних країнах була вироблена певна концепція (модель, принципи) медико-соціальної реабілітації та соціального захисту інвалідів, яка багато в чому сприяє їх інтеграції в сім'ю і суспільство. Відповідно до цієї моделі інтеграція інвалідів не може бути досягнута без створення спеціальних служб, що охоплюють всі етапи їх медико-соціальної реабілітації. Відновлення можливостей індивідуума повинні проводитися спільними зусиллями різних фахівців. Саме комплексні зусилля кожного з фахівців в рамках секторального розподілу відповідальності дають найкращі результати.

Секторний розподіл відповідальності означає, що відповідальність за забезпечення рівних можливостей для інвалідів в межах конкретної територіальної одиниці несуть відповідні територіальні органи влади. Даний принцип виходить з того, що в створенні умов для повноцінної участі інвалідів у житті місцевої громади повинні бути задіяні всі сектори економіки та політики, а також широка громадськість.

Іншими словами, соціальна політика щодо інвалідів не може залишатися виключною функцією органів охорони здоров'я або соціального захисту. Секторний розподіл відповідальності повинен будуватися на міцній правовій базі та економічній готовності компенсувати обмежені можливості інвалідів у всіх тих сферах, де інваліди стикаються з перешкодами – в побуті, в праці, у використанні транспорту, в отриманні інформації, освіти тощо.

3.2 Підвищення ефективності інтеграції осіб з обмеженими можливостями у сферу праці

У всесвітній доповіді про інвалідність зазначено, що інвалідність – одна зі складових людського існування. Майже кожна людина протягом життя може мати тимчасові або постійні порушення, а ті, хто доживуть до старшого віку, можуть відчувати все більші труднощі з функціонуванням. Інвалідність – складне явище, а заходи втручання щодо подолання шкоди, обумовленої інвалідністю, носять комплексний і системний характер та варіюються від конкретних умов [49].

Як вже зазначалося, визнання громадянина інвалідом проводиться при наявності трьох основних ознак:

- хвороби, що викликає порушення функцій організму;
- обмежень функцій організму, що викликають обмеження життєдіяльності;
- соціальної недостатності, що викликає потребу в соціальній допомозі.

При відсутності хоча б однієї з ознак громадянин не може бути визнаний інвалідом. Йому може бути знижена група інвалідності при подоланні соціальної недостатності методом реабілітації. Визнання громадянина інвалідом забезпечує йому невеликий, але все ж стабільний дохід. У зв'язку з цим виникає ряд протиріч, по-перше, між прагненням відновити своє здоров'я і страхом втрати пенсійних виплат; прагненням до виконання рекомендованих заходів реабілітації та страхом зниження групи інвалідності, і значить, зменшенням матеріальної підтримки. Водночас результатом реабілітації може бути не одужання інваліда, а лише навчання самостійної життєдіяльності в умовах інвалідності, тобто зняття соціальної недостатності та потреби в сторонній допомозі, що відповідно також веде до зниження групи інвалідності.

Інвалідність, як правило, зв'язується зі складністю працевлаштування і малої прибутковості. У зв'язку з цим, всім громадянам, визнаним інвалідами,

виплачується однакове (в залежності від групи інвалідності) пенсійне забезпечення, яке залежить від їх фактичного доходу. Однак, в сьогоденних умовах ряду громадян, що мають стабільний дохід від вкладів та інших надходжень для придбання ліків, засобів реабілітації може не знадобитися державна допомога, в той час, як інші громадяни мають гостру потребу в найнеобхіднішому.

Рекомендації медико-соціальної експертизи (МСЕ) до трудової діяльності також можуть увійти в суперечність з однією з ознак інвалідності: потреби громадянина в сторонній допомозі. Це пов'язано з тим, що трудова діяльність на підприємстві, як правило, не передбачає сторонньої допомоги працівникові. Протиріччям є і те, що інваліди, зареєстровані як безробітні, умовою для якого є готовність до праці та наявність у них індивідуальної програми реабілітації (абілітації) інваліда (ІПРА), фактично можуть бути не готові до виконання трудових функцій у зв'язку з тим, що заходи, передбачені ІПРА, не реалізовані. В результаті, будучи безробітними, вони тривалий час можуть залишатися на обліку в службі зайнятості, отримувати крім пенсії допомогу з безробіття, але не мати можливості знайти відповідну роботу.

В рамках чинного законодавства центрами зайнятості населення інвалідам надається допомога по адаптації на відкритому ринку праці, однак проведені заходи також можуть вступати в протиріччя зі специфічними потребами інвалідів, наприклад, направлення інвалідів на професійну підготовку в навчальні заклади, умови перебування в яких не завжди відповідають їх потребам до соціально-побутової обстановки, а також відсутність в ході навчального процесу медичного контролю та психологічного супроводу можуть зробити навчальний процес неефективним, оскільки не завершиться працевлаштуванням за набутою професією, відповідно державні кошти, спрямовані на навчання інваліда будуть витрачені марно.

Крім зазначених, виникає багато інших протиріч між наявністю ознак інвалідності та виконанням рекомендацій МСЕ, в тому числі умовами рекомендованого середовища життєдіяльності та організації праці на підприємстві, між відсутністю спеціалізованого робочого місця (умов праці) на підприємстві, на яке інвалід спрямований для працевлаштування, та відсутністю підприємств, які виробляють технічні засоби для забезпечення його праці та потребою в спеціальних засобах організації праці.

Протиріччя, що з'являються, а також суто індивідуальний підхід до визначення і реалізації реабілітаційного потенціалу інвалідів, ускладнює прийняття єдиної методики оцінки ефективності заходів, що забезпечують їх соціальну та економічну безпеку. Традиційно під ефективністю розуміється результативність процесу, операції, проекту, що визначається як відношення ефекту, результату до витрат, який зумовив його отримання [34]. Перевищення отриманих доходів над витратами коштів, спрямованих на отримання цих доходів, належить до економічної ефективності, однак мета інтеграції інвалідів в трудову діяльність переслідує ще й соціальну ефективність. Розглядаючи інвалідність як важку життєву ситуацію, що характеризується соціальними та економічними ризиками, викликаними погіршенням здоров'я та інвалідністю, можна виділити основні з них:

- можливе погіршення стану здоров'я і потреба в постійному лікуванні та збільшенні витрат на лікування;
- втрати або зниження доходів внаслідок безробіття, викликаного інвалідністю, страх отримання доходів нижче прожиткового мінімуму;
- безпорадний стан і потреба постійної сторонньої допомоги;
- замкнутість в домашньому просторі, обмеженість соціального середовища перебування і десоціалізація;
- неадаптованість, відчай;
- почуття власної неповноцінності, відчуття себе «зайвою» людиною, депресивний стан;
- неможливість втілити свій творчий потенціал, обмеженість доступу

до загальнолюдських культурних цінностей;

- психологічна нестабільність і незадоволеність ситуації, що склалася;
- неможливість створення (збереження) сім'ї;
- відсутність режиму життєдіяльності: праці та відпочинку.

Більшою чи меншою мірою наведені ризики характерні для кожного інваліда. На наш погляд, їх можна об'єднати за основними ознаками:

1. Медичний, що включає ризик погіршення здоров'я через неотримання дорогого лікування.

2. Економічний, коли витрати можуть перевищувати доходи, одержувані інвалідом, що призведе до бідності й убогості, можливу втрату житла і т.д.

3. Соціальний, виражений в необхідності постійної сторонньої допомоги, обмеженості в соціальному спілкуванні, безробіття.

4. Психоемоційний, що характеризується психологічною напруженістю та нестабільністю.

Виходячи з вищевикладеного, досягнення результатів соціальної та економічної безпеки інвалідів виражається в ефективності від подолання або зниження перерахованих ризиків. У таблиці 3.2 запропоновані заходи щодо зниження соціально-економічних ризиків інвалідності, повсюдна реалізація яких буде сприяти соціальній і економічній захищеності інвалідів.

З наведеної таблиці видно, що стосовно сфери безпеки інвалідів можна виділити соціальну та економічну ефективність. Своєю чергою, економічна ефективність може бути досягнута за допомогою:

- підвищення ступеня працездатності шляхом проведення заходів реабілітації;
- скорочення періоду безробіття інваліда;
- зниження числа інвалідів, які не пройшли або не закінчили професійну підготовку, заходи реабілітації або абілітації;
- організації робочих місць;
- створення умов для закріплення інвалідів на робочих місцях.

Таблиця 3.2 – Пропозиції щодо зниження соціально-економічних наслідків інвалідності

Найменування ризиків	Заходи щодо зниження ризиків	Передбачуваний ефект
Медичний та медико-соціальний	- розвиток системи медичної реабілітації у т.ч. реконструктивної хірургії; - удосконалення протезоортопедичної допомоги; - розвиток виробництва технічних засобів реабілітації	подолання захворювання або поліпшення стану здоров'я, зниження необхідності сторонньої допомоги, можливість самостійного життя і трудової діяльності
Економічний	- реабілітація інваліда, що забезпечує доступ до роботи (навчання) та середовища інформації; - впровадження технічних засобів навчання та методів педагогічної корекції; - більш розвинута система комунікацій, трудова зайнятість у т.ч. дистанційно; - врахування при підборі професії специфічних потреб інвалідів, стану та динаміки ринку праці, розміру оплати праці; - забезпечення інвалідів технічними засобами для професійної діяльності; - спеціалізація робочого місця, врахування ергономічних особливостей, пристосування під потреби інвалідів	для інваліда: можливість отримати роботу на відповідному робочому місці та збільшити дохід своєї сім'ї, розширити коло соціального спілкування, організувати власне життя, домогтися позитивного настрою на активну життєву позицію; для держави: відрахування соціальних податків у бюджет; відрахування податків на прибуток від реалізації продукції.
Соціальний	проведення заходів соціальної реабілітації, включаючи соціально-середову і соціально-побутову адаптацію, соціально-середову орієнтацію, соціально-психологічну та соціально-культурну реабілітацію, педагогічну корекцію	для інваліда: вироблення навичок самообслуговування пересування та спілкування сприяють інтеграції в суспільство. для держави: зростання чисельності економічно активного населення.
Психологічний	проведення заходів психологічної реабілітації та підтримки, психотренінгів (щодо особистості інваліда та трудової діяльності)	вирівнювання психоемоційного фону, формування позитивного настрою на активну життєву позицію

Найбільш уразливі інваліди в плані зниженої конкурентоспроможності на ринку праці та низької ймовірності отримання відповідного робочого місця з урахуванням своїх психофізіологічних можливостей, що, по суті, визначає економічну безпеку інвалідів. Важливо враховувати, що роботодавці у своїй діяльності переслідують отримання прибутку як основну мету. Для того, щоб домогтися збільшення прибутку, підприємства мінімізують витрати, збільшуючи при цьому дохід. Новий працівник необхідний організації або для заповнення нестачі кадрів, або для розширення діяльності організації, отже, діяльність нового співробітника має робити внесок в діяльність організації. Незалежно від того, кого приймає на роботу роботодавець – інваліда або здорову людину, – він буде йому платити заробітну плату і здійснювати інші витрати. В такому випадку інтерес для роботодавця представляє не загальна сума витрат по створенню робочого місця для співробітника інваліда, а сума додаткових витрат, яка еквівалентна величині різниці між вартістю найму інваліда і кандидата на вакансію, який не є інвалідом.

Згідно з результатами проведеного дослідження соціальна ефективність проявляється в підвищенні рівня соціальної адаптованості та ступеня інтегрованості в суспільство. Таким чином, мірою соціальної ефективності може виступати зіставлення поставлених цілей з результатами виконання заходів соціальної реабілітації інвалідів, передбачених ІПРА.

Оцінка соціальної ефективності може бути проведена, виходячи з експертних оцінок стану інваліда, що проводяться органами медико-соціальної експертизи при повторному огляді інвалідів та контролі за якістю виконання ІПРА після проведення заходів реабілітації або абілітації, здійснюваних в ході чергового огляду інваліда. Оцінка проводиться за наступними показниками:

- наявність реабілітаційного потенціалу;
- реабілітаційний прогноз при реалізації реабілітаційних заходів;

- ступінь відновлення або зниження обмежень життєдіяльності;
- ступінь можливої інтеграції в трудову діяльність.

Трудова діяльність – один з найбільш важливих показників професійної реабілітації. Працевлаштування інваліда може провадитись у звичайних умовах по його колишній або знов набутій професії, а так само в спеціально створених умовах та вдома. Сучасні технології дозволяють організувати дистанційне робоче місце для інваліда в домашніх умовах.

Проект працевлаштування інвалідів на спеціалізовані робочі місця повинен реалізовуватися з опорою на співпрацю органів зайнятості, медико-соціальної експертизи, реабілітації інвалідів.

Таким чином, соціальна, професійна реабілітація інвалідів, що включає оцінку їх професійних потенційних можливостей, професійну орієнтацію, професійну підготовку або перепідготовку, а також їх раціональне працевлаштування, не тільки дозволяє реально підвищити рівень життя інвалідів, забезпечити їх соціально-економічну безпеку та інтеграцію в суспільство, а й економічно вигідно для держави. Це пов'язано з тим, що вкладені в реабілітацію кошти дозволяють надалі отримувати додатковий дохід за рахунок податків до бюджету держави. Соціальний ефект, який має першорядну важливість, вже в першому році ефективної реалізації заходів соціальної та професійної реабілітації інвалідів може забезпечити зниження рівня безробіття інвалідів, збільшення доходів даної категорії, що, в кінцевому підсумку, дозволить знизити рівень соціальної напруженості на ринку праці.

Створення спеціалізованих робочих місць, які враховують особливі потреби інвалідів, організація дисциплінованої роботи дозволяє інвалідам придбати не тільки додатковий дохід, а й інтегруватися в суспільство в цілому, знайти психологічну рівновагу. Сумарний ефект від інтеграції інвалідів в суспільство і трудову діяльність виражається в соціальній та економічній ефективності.

Реалізація міжвідомчої взаємодії основних соціальних партнерів організаційних структур системи інтеграції інвалідів у сферу праці (соціальних партнерів) дозволить зв'язати воедино комплекс соціальних, професійних реабілітаційних заходів і працевлаштування інвалідів через професійну підготовку інваліда в спеціальному реабілітаційному закладі, трудову адаптацію на спеціальному адаптованому робочому місці. Гарантією ефективності механізму є істотні матеріальні стимули для роботодавців і організацій, що здійснюють професійну реабілітацію, а також державний контроль за реалізацією соціальної політики щодо людей з обмеженими можливостями здоров'я.

Проведені дослідження та узагальнення теорії й практики соціально-економічної безпеки інвалідів дозволяють констатувати, що в Україні склалася певна система інтеграції інвалідів у сферу праці. Однак її ефективність недостатньо висока, у зв'язку з цим рівень зайнятості інвалідів залишається вкрай низьким на тлі збільшення кількості працевлаштованих інвалідів на спеціальні робочі місця. Подолання цієї ситуації вимагає:

1. Вдосконалення законодавства, спрямованого на забезпечення соціально-економічної безпеки інвалідів, що включає розвиток і спеціалізацію робочих місць, придатних для інвалідів, реабілітацію та трудову адаптацію інвалідів.

2. Створення на основі довгострокових концепцій спеціальних цільових програм сприяння зайнятості інвалідів, що включають вдосконалення технологій роботи органів зайнятості, розвиток мережі установ, які поліпшують трудові якості інвалідів та інше.

3. Розвиток мережі реабілітаційних установ, зокрема, профреабілітаційної спрямованості, з можливістю надання комплексних послуг реабілітації інвалідів при медичному і психологічному супроводі й в тісній взаємодії з регіональними центрами зайнятості населення, що забезпечують їх зайнятість.

4. Вдосконалення науково-дослідної та методичної роботи, в тому числі створення науково-методичної літератури з соціальної та професійної реабілітації інвалідів, що включає інформацію про установи, які реалізують заходи індивідуальних програм реабілітації (абілітації) інвалідів, особливості праці інвалідів з точки зору трудового законодавства і законодавства про соціальний захист, організацію спеціальних робочих місць, специфіку трудової адаптації інвалідів на робочому місці й в трудовому колективі та ін.

5. Підготовки кваліфікованих кадрів в області соціального захисту, соціальної та професійної реабілітації, сприяння зайнятості, ергономіки праці, які здійснюють заходи соціальної та професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями.

6. Удосконалення механізму взаємодії всіх учасників реабілітаційного процесу щодо інтеграції людей з обмеженими можливостями у сферу праці та забезпечення їх соціально-економічної безпеки.

7. Посилення контролю за реалізацією заходів індивідуальних програм реабілітації (абілітації) інвалідів та оцінка їх ефективності.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі, виходячи з поставленої мети й задач, проведено дослідження щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні. Основні результати можна звести до такого.

Однією з головних цілей діяльності органів влади на всіх рівнях управління є забезпечення для населення високої якості життя. Значною мірою вказане стосується вразливих верств населення, для яких доступ до багатьох аспектів нормального життя ускладнений або взагалі неможливий. Враховуючи той факт, що на сьогодні в науковій літературі та нормативно-правових документах відсутній єдиний підхід до визначення такого виду послуг як послуги життєзабезпечення, в роботі узагальнено світовий досвід щодо змісту системи організацій життєзабезпечення населення, основних груп послуг життєзабезпечення населення та інфраструктури послуг життєзабезпечення ЖКГ населення. Результати аналізу довели необхідність проведення додаткових досліджень щодо особливостей функціонування інфраструктури послуг життєзабезпечення населення, як з точки зору їх модернізації.

Розвиток соціально-економічних відносин стимулював інтенсивне зростання різних методологічних підходів до поняття «соціальний захист», яке у першу чергу розглядається як елемент соціально-орієнтованого ринкового суспільства. В цілому, досліджувана дефініція передбачає створення заходів правового, інституційного та економічного спрямування, що сприяє зниженню рівня негативного впливу соціальних ризиків на окремих громадян та / або їх груп. Виходячи з зазначеного в роботі уточнено структуру соціального захисту вразливих верств населення, схарактеризовано основні види державної соціальної допомоги йому, наведено класифікацію викликів і загроз економічній безпеці у сфері соціального захисту населення. При цьому система соціального захисту

розуміється як сукупність соціальних гарантій, спрямованих на забезпечення соціально прийняттого рівня матеріальної підтримки населення і як сукупність взаємовідносин між суб'єктом і об'єктом соціального захисту з приводу запобігання та ліквідації наслідків соціально-ризикових ситуацій за допомогою забезпечення гідного рівня і якості життя.

Соціальна політика держави покликана забезпечити розв'язання ключових проблем суспільного розвитку. При цьому основними джерелами фінансування заходів, спрямованих на соціальний захист вразливих верств населення в Україні, виступають кошти державного та місцевих бюджетів. Проведений в роботі аналіз бюджетного фінансування соціальної сфери в частині динаміки видатків на соціальний захист та їх структури за функціональним типом довів, що в умовах систематичної обмеженості бюджетних коштів та одночасної необхідності посилення соціальної орієнтації економіки України, сьогодні вкрай необхідно вдосконалення наявних та розробка нових механізмів бюджетного фінансування соціальної сфери.

Соціальний захист осіб з обмеженими можливостями є складовою державної соціальної політики щодо забезпечення їхніх прав та можливостей нарівні з іншими громадянами. Проте на практиці не все є так. Оцінка стану соціальної захищеності зазначених осіб в частині динаміки їх чисельності, зміни розміру пенсії у порівнянні з індексом споживчих цін в Україні за 2017-2020 рр. довела недостатній рівень соціальної допомоги вразливим верствам населення країни, який розраховується з використанням прожиткового мінімуму. А тому особи з обмеженими можливостями наразі є наднебезпечними категоріями населення в Україні.

Соціальна політика у світі не є чимось статичним, вона постійно реагує на трансформацію економіки та соціальних умов. Саме тому реформи в області соціального захисту вразливих верств населення стали неодмінною частиною процесу перетворень. Враховуючи зазначене в роботі

досліджено основні сучасні форми комплексного захисту інвалідів в частині характерних рис побудови системи медико-соціальної реабілітації інвалідів та особливостей фінансування відповідних заходів для постраждалих на виробництві в світовій практиці. Доведено, що соціальна політика щодо інвалідів не може залишатися виключною функцією органів охорони здоров'я або соціального захисту – в створенні умов для повноцінної участі інвалідів у житті місцевої громади повинні бути залучені всі сектори економіки та політики, а також широка громадськість.

Визнання громадянина інвалідом забезпечує йому невеликий, але все ж стабільний дохід. При цьому в його житті виникає ряд протиріч: між прагненням відновити своє здоров'я і страхом втрати пенсійних виплат; прагненням до виконання рекомендованих заходів реабілітації та страхом зниження групи інвалідності – тобто зменшенням матеріальної підтримки. Водночас результатом реабілітації може бути не повне одужання інваліда, а лише навчання самостійної життєдіяльності в умовах інвалідності, тобто зняття соціальної недостатності та потреби в сторонній допомозі. Саме тому в роботі окремої уваги приділено підвищенню ефективності інтеграції осіб з обмеженими можливостями у сферу праці через запровадження комплексу заходів щодо зниження соціально-економічних наслідків інвалідності.

Отримані результати проведеного дослідження в цілому сприятимуть подальшому розвитку теоретичних основ та розробці практичних рекомендацій щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Andreev A.L., Detisov Yu.V. (1992). Cultural Policy in Contemporary Russia. *Renewal of Russia: A Difficult Search for Solutions*. M., 45 p.
2. Asahara K., Hirabayashi K., Yokouchi N. and Okubo T. (1993). A Field assessment of a community 'rehabilitation class' for home handicapped persons - focusing on participant social network. *Nippon Koshu Eisei Zasshi - Japanese Journal of Public Health*. P. 363-374.
3. Babich A.M. (2014). Theoretical and methodological foundations of the social economy. *Social policy and social partnership*. P. 5-17.
4. Batavia A.I. (1993). Health care reform and people with disabilities. *Health Affairs*. P.48; 40-57.
5. Belinska Y.V. (2016). Features and main directions of social protection of disabled people: foreign experience and possibilities of its application in Ukraine. *Problems of the economy*. Vol. 4. PP. 223–230.
6. Bleck, E.E. (1995). Jobs: the end-point of rehabilitation (editorial). *Developmental Medicine & Child Neurology*. P. 377-378.
7. Boyko A.K. (2013). Regarding employment of disabled people in Ukraine. *Collection of scientific works of Kharkiv National Pedagogical University named after GS Skovoroda. "Right"*. Vol. 20. PP. 48-51.
8. Bradley R.H., Parette H.P. and VanBiervliet A. (1995). Families of young technology-dependent children and the social worker. (Review). *Social Work in Health Care*. P. 23-37.
9. Bushin M.I. (2010). The main trends of social rehabilitation and employment of disabled people of the Great Patriotic War in the postwar period (1945-1950). *Black Sea Chronicle*. Vol. 2. PP. 10-18.
10. Dega V. (1968). Principles and ways of development of medical rehabilitation. *Rehabilitation of a child with damage to the musculoskeletal system*. Constance, p. 6-18.
11. Drobina L. (2008). Employment of disabled people as a type of work of

social security bodies of Bukovina in the postwar years. *Questions of the history of Ukraine*. T. 11. PP. 248-252.

12. Firsov M.V. (2019). *The history of social work*. M.: KnoRus, 400 p.
13. Frye B.A. (1993). Review of the World Health Organization's report on disability prevention and rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*. № 18. PP. 43-44.
14. Fuchs-Climent D., Varray A., Desplan J., Cadopi M., Prefaut C.G. (2001). Laboratoire de Physiologie des Interactions, Hospital Arnaud de Villeneuve, Montpellier, France. Factor analysis of quality of life, dyspnea, and physiologic variables in patients with chronic obstructive pulmonary disease before and after rehabilitation. *Am-J-Phys-Med-Rehabil*. 2001 Feb. P. 43; 113-120.
15. Globa O.P. (2010). Ways to implement state support for vocational rehabilitation and employment of people with disabilities in Ukraine. *Scientific journal of the National Pedagogical University named after MP Drahomanov. Series 19: Correctional pedagogy and special psychology*. Vol. 16. PP. 19-22.
16. Grishina E.Yu. (2009). Administrative and legal regulation in the field of housing and communal services. Problems and ways to solve them. *Administrative law*. Vol. 1. P. 85-92.
17. Healy D. (2000). North Wales Department of Psychological Medicine, Hergest Unit, Bangor, UK. *Reboxetine: its effects as measured by the Social Adaptation Self-evaluation Scale*. *Acta-Psychiatr-Scand-Suppl*. P. 28; 45-51.
18. Kholostova E.I. (2017). *Social work*. M.: Dashkov and Co, 612 p.
19. Kisil N.M. (2013). Foreign experience of interaction between the state and non-profit organizations in providing social services to vulnerable groups. *Scientific works of NDFI*. Vol. 1. PP. 26-35.
20. Krakhmalova N.A. (2018). Franchising as a form of business development for socially vulnerable groups. *Bulletin of Kyiv National University of Technology and Design. Series: Economic Sciences*. Vol. 3. PP. 57–67.
21. Kurchaba T.M. (2017). Social problems of employment of disabled people in modern market conditions (on the example of Rivne region). *Scientific journal of the National Pedagogical University named after MP Drahomanov. Series 15:*

Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports). Vol. 5K. PP. 177-180.

22. Kuznetsova E.M., Filatov V.A. (2010). *Features of social protection of the population in the Omsk region*. Omsk. 54 p.

23. Makarov V.F. (2014). *Constitutional and legal foundations of social policy: Author's abstract. dis. ... Cand. jurid. sciences*. M., p. 22.

24. Martsenyuk O.V. (2015). Social protection of the population of Ukraine. *Theoretical and practical aspects of economics and intellectual property*. Vol. 2 (3). PP. 166-170.

25. Martynova E.Yu. (2017). Regional policy of joint participation in housing and communal services. *Moscow Economic Journal*. No. 3. URL: <http://qje.su/otraslevaya-i-regionalnaya-ekonomika/moskovskij-ekonomicheskij-zhurnal-3-2017-75/>.

26. Maslow A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harpaer & Row.

27. Matros O.O. (2018). Basic principles of social protection of persons with disabilities in Ukraine. *Collection of scientific works of Kherson State University. Pedagogical sciences*. Vol. 82 (2). PP. 213-216.

28. Melnik V.P. (2015). Development of legislation on social protection of persons with disabilities in an independent Ukrainian state. *Public law*. Vol. 2. PP. 260-266.

29. Melnik V.P. (2017). State social protection of persons with disabilities: scientific and theoretical context. *Social law*. Vol. 1. PP. 152-163.

30. Melnik V.P. (2018). Concepts and signs of public social protection of persons with disabilities. *Scientific Bulletin of the International Humanities University. Series: Jurisprudence*. Vol. 32. PP. 71-75.

31. Morozova E.A. (2016). Social protection mechanisms. *Economy of the region*. No. 4. P. 235.

32. Muller-Armak A. (1999) Principles of social market economy. Social market economy. *Theory and ethics of the economic order in Russia and Germany*. SPb.:

School of Economics.

33. Nadion O.V. (2014). Regarding the problems of employment of disabled people in Ukraine. *Current issues of law: theory and practice*. Vol. 29. PP. 183–189.

34. Ozhegov S.I. (2005). *Explanatory dictionary of the Russian language*. M.: ITI Technologies, p. 726.

35. Sakaeva E.Z., Akchurina A.M. (2014). World practice of classification of life support services in the region. *Topical issues of economic sciences*. No. 40. P. 32-42.

36. Sharin V.I. (2020). *Fundamentals of social policy and social protection*. Infra-M, 383 p.

37. Sharkov F.I. (2019). *Foundations of the welfare state*. M.: Dashkova and Co, 305 p.

38. Silenko N. (2015). Theoretical principles of employment of the disabled. *Legal Bulletin*. Vol. 2. PP. 153-157.

39. Skachko G. (2016). The role of social insurance in the system of social protection of the population. *Public service*. No. 2. P. 127.

40. Skiba O.V. (2015). Employment of elderly and disabled people in seaports. *Current problems of transport medicine: environment; occupational health; pathology*. № 3 (2). PP. 53-56.

41. Sokur N. (2016). Modern problems of social policy in the field of protection of persons with disabilities in Ukraine. *Actual problems of public administration*. Vol. 1. PP. 88-91.

42. Sushik I.V. (2014). Social protection of the most vulnerable segments of the population of Volyn as part of the postwar history of everyday life. *Gurzhiyev's historical readings*. Vol. 7. PP. 190-193.

43. Tarasenko V.S. (2007). Legal provision of employment of the disabled. *Current issues of state and law*. Vol. 30. PP. 37-40.

44. Teryukhanova I. (2012). The norm of workplaces for employment of disabled people is the domestic reality and foreign practice. *Ukraine: aspects of*

work. Vol. 3. PP. 24-30.

45. Tkachenko O.V. (2017). Medical care for socially vulnerable groups in Kyiv in the second half of the XIX - early XX century. *A young scientist*. Vol. 9.1. PP. 155-159.

46. Troshkina O.N. (2020). Social protection: legal justification. *Company Lawyer magazine*. 13.01.2020. URL: <https://www.law.ru/blog/22122-sotsialnaya-zashchita-pravovoe-obosnovanie>.

47. Vovchenko N.G., Romanova T.F., Andreeva O.V., Sukhoveeva A.A. (2019). *Social services and protection of the population*. Comprehensive analysis of the socio-economic development of the city of Rostov-on-Don: comparative dynamics and key trends. Rostov-on-Don, RGUE Publishing House, pp. 134-164.

48. Vyshnovetskaya S.V. (2018). Social protection of persons with disabilities: theoretical and legal problems. *Legal Bulletin. Air and space law*. № 2. PP. 199-200.

49. World report on disability (2011). Malta, P. 27. URL: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf?ua=1 (date accessed: 23.04.2021).

50. Zaveriko N.V. (2014). Self-help and mutual aid groups as a means of activating the community of vulnerable groups. *Pedagogy of formation of creative personality in higher and general education schools*. Vol. 36. PP. 163-169.

51. Zavinovsky I.S. (2015). Social protection of the disabled in Ukraine. *Social and labor relations: theory and practice*. Vol. 2. PP. 246-252.

Додаток А.

Перелік зауважень щодо оформлення кваліфікаційної роботи

Означення документа	Документ	Умовна відмітка	Зміст зауваження