

DOI: 10.19181/snsp.2021.9.3.8436

СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ГОСУДАРСТВАХ БЛАГОСОСТОЯНИЯ: ОХВАТ ПОМОЩЬЮ И АНТИКРИЗИСНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ. Часть 1

Е. В. Кулагина¹

¹Институт социально-экономических проблем народонаселения
ФНИСЦ РАН. 117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, д. 32

Для цитирования: Кулагина Е. В. Социальное обеспечение лиц с инвалидностью в государствах благосостояния: охват помощью и антикризисное регулирование. Часть 1 // Социологическая наука и социальная практика. 2021. Т. 9, № 3. С. 107–121. DOI: 10.19181/snsp.2021.9.3.8436

Аннотация. В статье, состоящей из двух частей, рассматривается политика социального обеспечения в отношении лиц с инвалидностью трудоспособного возраста в развитых государствах благосостояния (социал-демократических, консервативно-корпоративистских и неолиберальных режимов). В первой части статьи на основе анализа зарубежных исследований, а также данных статистики ЕС и ОЭСР за тридцатилетие изучены подходы к реформированию государственных программ помощи по инвалидности, направленные на преодоление «культуры зависимости» и повышение личной ответственности за благополучие инвалидов. Рассмотрены причины роста спроса на пособия, подходы к оценке инвалидности, основания для ужесточения требований к критериям отбора в программы. Показаны институциональные схемы социального обеспечения, условия участия («активные» меры для перехода к оплачиваемой занятости в данной статье не рассматриваются). Раскрыты подходы к сокращению бедности и неравенства: перераспределение государственных расходов внутри программ по инвалидности и альтернативные схемы поддержки, которые ориентированы на широкий охват социальной помощью лиц с инвалидностью, исходя из данных исследований и самооценок состояния здоровья. Приведены аргументы, вызывающие критику в ходе реформирования государственных программ помощи по инвалидности.

Ключевые слова: реформа, государство всеобщего благосостояния; социальная политика в отношении инвалидов; социальное обеспечение; инвалидность

Введение

В последние десятилетия политика социального обеспечения лиц трудоспособного возраста в государствах благосостояния сконцентрирована на затратах и эффективности. Устранение иждивенческих настроений, подрывающих стимулы к труду и ведущих к высокому бюджетному давлению, основано на огра-

ничении доступа к пособиям, сокращении сроков пребывания в программах, поддержке адресного подхода на основе нуждаемости, снижении коэффициентов перекрытия, активных мерах — «кнута и пряника», обязывающих к оплачиваемой занятости [15, 35]. Программы помощи по инвалидности, смягчающие последствия утраты здоровья (здесь не рассматриваются несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания), будучи частью системы социальной защиты, также подверглись критике ввиду растущей численности трудоспособных участников, «отделившихся» от рынка труда [17]. В соответствии с изменившимися представлениями о социальной справедливости политика в отношении лиц с инвалидностью трудоспособного возраста переориентирована на преодоление «культуры зависимости» [29]. Внимание в социальном обеспечении переключается с вопросов компенсации доходов, полноты охвата пособиями, защиты от бедности и неравенства на требования к полной или частичной занятости: расширению предложения низкоконкурентной рабочей силы [9, 16].

Острота социального конфликта в развитых государствах благосостояния, кардинальной перестройке которых противостоят институты демократии, снижается перераспределением ресурсов и антикризисным регулированием: защита населения сочетается с поддержкой экономики. Вместе с тем курс на сокращение государственных расходов привёл к росту бедности и неравенства, ослаблению прав социального гражданства уязвимых категорий населения [1]. Поиск компромисса между справедливостью и эффективностью в государственном обеспечении граждан с инвалидностью трудоспособного возраста остаётся мало изученным в российских исследованиях. Интерес к такому опыту вызван жёстким курсом реформирования отечественной социальной политики и его последствиями [2]. Ограничение доступа к пенсионным выплатам и высокая степень обусловленности социальной помощи усиливают риски социального неблагополучия и затрудняют выполнение принятых обязательств по недискриминации и самодостаточности лиц с инвалидностью¹. Становится актуальным вопрос, как достичь баланса между сокращением бюджета и сохранением гарантий.

В статье с целью исследования политики социального обеспечения лиц с инвалидностью трудоспособного возраста в развитых государствах благосостояния проанализированы зарубежные исследования и данные статистики ЕС и ОЭСР за последние десятилетия. В задачи входило выявление потенциальных рисков социального неблагополучия в ходе реформирования, а также условий, способствующих снижению социального конфликта. Изучены причины повышенного внимания к государственным программам помощи по инвалидности; факторы, влияющие на расширение спроса со стороны заявителей, и методы оценки инвалидности; институциональные схемы и принципы социального обеспече-

¹ См.: О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов. Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ; О ратификации Конвенции о минимальных нормах социального обеспечения (Конвенции № 102). Федеральный закон от 03.10.2018 № 349-ФЗ.

ния. Рассмотрены меры повышения личной ответственности и условия пребывания в программах, последствия сокращения бюджетных расходов и подходы к расширению охвата социальной помощью. В статью намеренно не включены «активные» меры для перехода к оплачиваемой занятости, заслуживающие особого рассмотрения. Раскрыт характер перераспределения государственных социальных расходов: финансовая политика в периоды подъёмов и кризисов экономики, роль программ по инвалидности в общей системе социальной защиты. Рассмотрена динамика уровня инвалидности в трудоспособном возрасте и показателей бедности этой категории граждан. Для анализа выбраны государства благосостояния неоллиберальной (англо-американской), социально-демократической (скандинавской) и консервативно-корпоративистской (франко-германской) моделей¹.

Программы помощи: изменения спроса и оценки инвалидности

На протяжении последних десятилетий государственные программы помощи лицам с инвалидностью в трудоспособном возрасте подвергаются критике ввиду многочисленности участников и высокого бюджетного давления. Согласно предшествующему опыту, рост численности лиц в программах и расширение расходов находили оправдание в связи с безработицей и необходимостью оживления экономической активности [10]. Смягчение правил зачисления в программы помощи лиц с инвалидностью в периоды кризисов компенсировалось сжатием при подъёме экономики. Однако впоследствии роль автоматического макроэкономического стабилизатора — инструмента перераспределения — ослабла. «Блокирующее воздействие» вызывало удержание в программах. Несмотря на потенциал экономической активности, лица с инвалидностью в трудоспособных возрастах всё реже возвращались к оплачиваемой занятости, ослабевала их привязанность к рабочей силе. Основные причины прекращения участия в программах свелись к смерти и выходу на пенсию по достижении установленного законом возраста [9]. Образовался храповик — «ловушка благосостояния», ведущий к утрате гибкости антициклической политики, сужению возможностей дальнейшего предоставления социальных гарантий и ускоренного экономического развития [34].

К концу 2000-х гг. уровень получателей пособий по инвалидности в трудоспособном возрасте (20–64 лет) в численности населения — около 6% (в 1990 г. — 5%) — стал сопоставим с уровнем безработицы в странах ОЭСР. В Швеции и Норвегии показатели регистрируемой инвалидности превысили 10%, в Великобритании и США — 6%, во Франции и Германии соответствовали уровню 4% в численно-

¹ Выбор государств благосостояния исходил из критериев: 1) уровня экономического развития (ВВП свыше 32 000 евро на душу населения); 2) преимущественно большой площади территории; 3) доступности статистических данных как по широте охвата стран, так и по временным интервалам.

сти населения трудоспособного возраста [27]. Острую критику вызвали размеры средств на программы помощи по инвалидности, которые превысили суммы, расходуемые на пособия по безработице (замещение доходов) [26, 8]. Устойчивое повышение уровня расходов на социальное обеспечение объяснилось рядом факторов, оказывающих внутреннее и внешнее воздействие на рост участников.

В ходе исследований выяснилось, что на численность лиц с инвалидностью трудоспособного возраста оказали воздействие причины, взаимосвязанные с состоянием здоровья, такие как: эпидемиологическая обстановка, технологии и доступ к медицинскому обслуживанию, образ жизни и питание. Были также отмечены демографические признаки: старение населения и, соответственно, увеличение доли лиц в верхних границах трудоспособного возраста (50–64 лет); повышение уровня занятости женщин и их участия в страховых программах [19, 10]. Рост обращаемости за пособиями по инвалидности вызвали такие факторы, как спад экономической активности, постиндустриальный сдвиг, информатизация и глобализация, ведущие к безработице, падению спроса на пожилых, менее квалифицированных работников с плохим здоровьем. Сыграли роль снижение политической власти профсоюзов и переговорной силы работников, соответственно — падение оплаты труда, постоянные потери в группах населения с низкими доходами, рост бедности и неравенства [27, 37].

Спрос на программы помощи по инвалидности усилили реформы новой политики в альтернативных программах помощи по безработице и бедности. Ужесточение контроля над бюджетными средствами, предъявление требований к преодолению трудностей, участию в оплачиваемой занятости, а также снижение размеров и продолжительность выплат повышают ценность перехода в программы по инвалидности с лучшими условиями [31]. Наиболее очевидные преимущества социального обеспечения по инвалидности связаны с пособиями, но меры социальной защиты также включают услуги здравоохранения, реабилитации, образования, социального ухода, вспомогательные устройства для облегчения трудностей, денежную и натуральную помощь, жилищные субсидии, льготный проезд на транспорте [7]. В ходе децентрализации административные органы управления также проявили заинтересованность в зачислении в программы инвалидности, финансируемые из государственного бюджета, с целью ослабления нагрузки на программы местного уровня, такие, как помощь семьям с детьми, ветеранам, субсидии, компенсации работникам, специальное образование [19, 25]. И наконец, причина роста обращений за помощью по инвалидности связана с повышением границ раннего и «стандартного» выхода на пенсию по старости. В странах, где средний возраст выхода из рабочей силы (50 лет) значительно ниже, чем установленный для получения пенсий по старости (65 лет), страхование по инвалидности и другие социальные выплаты способствуют восполнению потери доходов [10, 31].

Однако основной причиной увеличения численности участников программ признана ненадёжность оценки инвалидности — «заслуживающие порицания» административные рычаги воздействия [7]. Главным образом, отмечены недостаточно

ограничительные медицинские критерии, не поддающиеся точному измерению и «не защищающие от манипулирования решением о приемлемости» со стороны врачей, администраторов программ и судей на этапе подачи апелляций [34, 19]. Зависимость спроса на программы от правил отбора — лёгкости доступа, «щедлости» пособий, продолжительности выплат, а также строгость проверки и разногласия по интерпретации медицинских диагнозов — подтвердилась исследованиями [9]. В странах ОЭСР значение критериев и границ приемлемости — минимального порога для назначения пособий по инвалидности — объяснило более 60% различий в численности получателей государственных пособий [10]. Усмотрение при принятии решений также объяснилось субъективностью при оценке информации, относящейся к возрасту, стажу работы, качеству доступной среды, приспособленности рабочих мест, возможностям выполнения профессиональных задач и производительности, а также трудностями поиска занятости и ограничениями рынка труда [17].

Доказательства ненадёжности диагностических методов в измерении состояния инвалидности выступили подтверждением неэффективного использования средств налогоплательщиков [32]. Операционализация понятия «инвалидности» привела к пересмотру критерия «заслуженности» для категории, пользующейся высоким общественным доверием [39]. Признание долгосрочной, чаще пожизненной зависимости от благосостояния вследствие ослабления требований к заявителям в части наличия работы и страхования, а также взаимозаменяемости программ социальной помощи привело к пересмотру договора о социальном обеспечении [20]. Критика государственной поддержки лиц, которым при определённых условиях «следовало бы работать, а не пользоваться экономическими стимулами», вписанная в риторику соревновательного индивидуализма, легла в основу идеологии, ограничивающей вход в программы [34, 16]. Проведение «демаркационной линии» между трудоспособными, ответственными за собственное благополучие, и освобождёнными от обязанностей быть занятыми становится важной задачей социального обеспечения. Пользователи социальных программ превращаются в виновников, а администраторы — в соучастников [23, 32].

Политика повышения личной ответственности нашла опору в общественном движении за права лиц с инвалидностью, а также в выводах исследователей, которые настаивали на важности самостоятельности и независимости от посторонней помощи в повседневной деятельности и занятости, и с течением времени была закреплена в Конвенции Организации Объединённых Наций о правах инвалидов¹. Осуждение идеологии «персональной трагедии» — поддержания неспособности к выполнению социально ожидаемых ролей, ограничения задач и индивидуальных мер помощи, взаимосвязанных с уходом, лечением и реабилитацией, — привело к отказу от медицинской модели инвалидности, сфокусированной на

¹ Convention on the Rights of Persons with Disabilities // General Assembly of the United Nation: [site]. G.A. Res. 61/106. 24.01.2007. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_61_106.pdf (дата обращения: 14.09.2021).

нарушениях здоровья [6]. Переход к социальной, позже к биопсихосоциальной модели (смещение центра внимания от узкомедицинских, профессиональных вопросов к задачам выявления потенциала участия в жизни общества, учёту контекста — политических, социально-экономических, культурных и других факторов, выступающих барьерами для самодостаточности) определил дух реорганизации социального обеспечения [29]. Трансформация «инвалидности» нарушила взаимосвязь между состоянием здоровья и правом на пособия для граждан, не достигших пенсионного возраста. Расширение доказательной базы за счёт включения критериев функциональных способностей к самообслуживанию, ведению домашнего хозяйства, а также к приносящей доход деятельности повлияло на принципы распределения, основанные на потребностях [17, 7].

Стратегия измерения инвалидности на основе Классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья Всемирной организации здравоохранения¹ способствовала стандартизации и «надёжности» процесса оценки, а также обусловленности социальной помощи тем, что акцентировала внимание на функциональных характеристиках и трудоспособности (например, занятости до 15 часов в неделю) и ослабила значение медицинских критериев, диагноза как такового [13]. Определились пороги нарушений² и их категории (незначительные, средние и тяжёлые), служащие основанием для назначения пособий и сокращения размеров выплат [27]. Ужесточение оценки оправдывается стремлением оказать больше помощи серьёзно пострадавшим (следовательно, заслуживающим), а не тем, кто ими не являются (соответственно, не заслуживающим). В свою очередь, разделение потребностей на умеренные, существенные или критические обрабатывается сужением объёмов услуг [30, 12]. Назначение пособий зависит от трудоспособности: только действительно нуждающиеся получают государственные гарантии [28]. Единые правила и административный порядок, призванный не допустить присутствия заявителей и их влияния на врачей и администраторов, ведут к тому, что большинство обратившихся не имеют предписаний на выплаты [28, 13].

Совершенствованию процесса измерения потенциала работоспособности с учётом профессиональных требований и условий занятости способствует модель «прямой» оценки инвалидности Всемирного Банка [7]. Одним из результатов применения метода является попытка удержания (совместными усилиями государства и работодателей) заявителей с нарушением трудоспособности на позициях открытого рынка труда, к которым они признаются пригодными. В ходе «структурированной» оценки — сравнения функциональных возможностей заявителей с потребностями рабочих мест в национальной экономике (Нидерланды, США,

¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) // World Health Organization: [site]. W.H.A. Res. 54/21. 22.05.2001. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (дата обращения: 14.09.2021).

² По 100-балльной шкале в процентах. В среднем по странам ОЭСР минимальное значение порога при превышении 40% нарушений, максимальное — 56%. В неолиберальных странах минимальный порог составляет от 71%, максимальный — от 86%.

Великобритания) – решения не предлагают реабилитации и индивидуальных приспособлений. «Продемонстрированная» оценка с предварительной реабилитацией, главным образом профессиональным обучением (на постоянных или альтернативных рабочих местах) и наблюдением за опытом заявителей (Германия, Дания, Норвегия, Швеция), также не исходит из оптимальных условий занятости и услуг, поскольку, согласно законодательству, они могут быть предоставлены только лицам с инвалидностью [21]. «Экспертная» оценка (Австралия) опирается на профессиональные суждения о трудоспособности заявителей, поэтому чревата субъективностью мнений к требованиям на рабочих местах и к трудоспособности [5].

Несмотря на предпринятые усилия, реформирование оценки инвалидности в сторону усложнения и повышения трудоёмкости всё ещё оставляет открытым вопрос её качества. С одной стороны – из-за разнообразия собираемой информации: к врачам и другим медицинским работникам, выступающим экспертами, часто присоединяются социальные работники, консультанты по трудоустройству; в процессе могут участвовать оценочные комитеты, трибуналы и юридические лица, а также другие государственные служащие [7]. С другой стороны – из-за оптимизации структуры государственного администрирования в ходе реформирования, чтобы процесс оценки инвалидности не стал «слишком дорогостоящим». Экономия бюджетных средств на высококвалифицированном медицинском персонале (перераспределение задач между социальным страхованием и здравоохранением, а также переключивание функций на менее квалифицированных медицинских работников) усиливает внутренние конфликты и снижает уровень профессионализма [13, 33].

Социальное обеспечение: взаимодополняемость и охват помощью

Допуск к государственным программам помощи для лиц трудоспособного возраста помимо оценки инвалидности определяется институциональными условиями. В каждой из двух типов программ в большинстве стран ОЭСР и ЕС, которые могут предусматривать варианты перекрытия, устанавливаются требования на основе схем страхования и проверки на нуждаемость. В страховой программе, взаимосвязанной с занятостью, для получения пособия учитываются размеры заработной платы, налоговые отчисления (social insurance tax contributions) и стаж работы. Существует практика (США), когда заявка может быть отклонена, если заявитель зарабатывает больше установленного порога уровня оплаты труда – «существенной доходной деятельности»¹. В адресной

¹ Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2019. Social Security Administration Office of Retirement and Disability Policy. Office of Research, Evaluation, and Statistics. SAA Publication № 13-11826. URL: https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/di_asr/2019/di_asr19.pdf (дата обращения: 22.05.2021).

программе на условиях нуждаемости (means-tested disability benefit program), нацеленной на борьбу с бедностью, введены правила для лиц с низкими доходами от трудовой деятельности, а также не занятых и не способных к труду из-за физических или психических нарушений. Экономические неактивные и не бедные (традиционно к ним относилось большинство замужних женщин), не включённые в страховые программы супругов или родителей, не обладают правами на государственную помощь по инвалидности [27].

Заявители, допущенные до участия в программах по критериям отбора на основе показателей возраста, здоровья, способностей к повседневной и профессиональной деятельности и нуждаемости, обладают низким статусом, подвергаются повышенному риску быть не занятыми, не иметь медицинского страхования и жить в бедности [18, 28, 22]. Среди участников, как правило, чрезмерно представлены мужчины в границах старшего трудоспособного возраста, от 50 лет и старше, и низкоквалифицированные рабочие с тяжёлой степенью нарушений – преимущественно опорно-двигательного аппарата, что в большей мере отражается на возможностях занятости и производительности [26]. Вероятность зачисления возрастает среди менее образованных, неженатых, вдовых, бездетных, представителей не европеоидной расы [17, 28, 6]. У лиц с высшим образованием и заявителей молодого возраста (от 20 до 34 лет) всё чаще встречаются расстройства нервной системы и психики¹ [22, 24]. В целом лица моложе 45 лет, с лучшими профессиональными навыками для трудовой деятельности, реже зачисляются в программы [18].

От половины до трёх четвертей заявителей оформляют пособия после периода временной нетрудоспособности по причине болезни (в среднем от 6 до 12 месяцев с начала заболевания). Другие, при возникновении проблем со здоровьем, начинают с долгосрочной безработицы или экономической неактивности (в течение двух лет или более). От трети до двух третей обратившихся за пособиями в странах ОЭСР получают отказ; в Германии – половина, в США – более чем две трети. Правомочность принятых решений по зачислению определяется через механизм судебного разбирательства. В Великобритании после первоначального отказа положительные решения составляют около 40% [7]. Примерно столько же в США, где за пятилетний период с начала обращения участниками программ становятся более чем две третьих от первоначальных заявителей².

¹ Study of compilation of disability statistical data from the administrative registers of the member states. Applica & Cesep & European Centre. Final report. November 2007. URL: http://www.cesep.eu/Disabled%20Administr%20data%20study_stat_en.pdf (дата обращения: 22.05.2021).

² Созданный в каждом штате США на средства социальных фондов институт защиты и адвокатуры для консультаций и юридических услуг способствует обжалованию решений, предусматривает помощь для привлечения представителей в судах по административному праву. В 2014 г. в качестве прямых платежей представителям истцов было предоставлено 1,4 млрд долларов США от сумм, выплачиваемых клиентами при получении права на пособия по инвалидности [3].

Отказ, как правило, вынуждает обращаться за пособием по безработице. Как только это право будет исчерпано, или после промежуточного, краткосрочного периода занятости, — за социальной помощью по бедности. Прохождение цикла всех альтернативных социальных программ для лиц трудоспособного возраста, которое предшествует зачислению в программы по инвалидности или к выходу на пенсию, может быть длительным [27].

Попадут ли такие граждане в программы социального обеспечения или будут как можно дольше оставаться в составе рабочей силы, в какие сроки будет оказана помощь — определяется институтами и политикой по сокращению бедности и неравенства [9]. Согласно опыту развитых государств, лица с инвалидностью с большей вероятностью могут удерживаться на пособиях по болезни — временной нетрудоспособности (Норвегия, Швеция, Финляндия, Нидерланды), по безработице (Германия, Франция) или зачисляться в программы по инвалидности, служащие «мостом» к раннему выходу на пенсию (США) [4]. В Великобритании с 2013 г. лица, получавшие пособия по инвалидности, переведены на выплаты личной независимости (personal independence payment) в дополнение к пособиям по трудоустройству, социальной помощи или другим выплатам [35].

По причине ограничений на входе в программы, ошибок в решениях о приемлемости, межведомственного разделения, а также наличия лиц, не обращающихся за помощью, система регистрации в государственных программах по инвалидности не даёт полноты информации о рисках бедности, безработицы и социальной изоляции, связанных с болезнью, недееспособностью и ограничениями трудоспособности [11]. Источником дополнительных сведений становятся национальные обследования [17, 36]. Оценка численности и изучение факторов, взаимосвязанных с обращением за пособиями, опирается на самоотчеты населения о наличии болезней, состоянии здоровья, а также функциональных ограничениях, затрудняющих самообслуживание и приносящую доход деятельность, в течение длительного периода, по крайней мере за последние 6 или 12 месяцев¹. Самооценка считается лучшим способом, чем мнение третьих лиц, составленное на основе фиксированных критериев, при том что тесно коррелирует с показателями здоровья и оба этих метода взаимосвязаны. Есть общее понимание границ использования метода, так как данные обследований не свободны от недостатков. Признаётся субъективность и взаимосвязь с переменными экономического благополучия, статуса занятости, мотивами оправдания выхода из рабочей силы, а также зависимость от объёмов выборки, подходов к измерению,

¹ Инвалидами считаются граждане, испытывающие трудности при выполнении основного вида деятельности (basic activity difficulty), имеющие проблемы со зрением, слухом, подъёмом и сгибом конечностей и т. д. Основой вид деятельности понимается как выполнение задачи или действия. Трудности должны испытываться по меньшей мере 6 месяцев или больше. См.: Eurostat Statistics Explained // Eurostat: [site]. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Basic_activity_difficulty (дата обращения: 22.05.2021).

строгости определений и суждений [11]. Искажения оценки уровня инвалидности (в США – порядка 10 млн человек по разным обследованиям) могут привести к ложным выводам для принятия решений [22].

Обобщение результатов обследований и данных из программ помощи по инвалидности способствует лучшему пониманию контекста для развития политики социальной защиты лиц с инвалидностью, функции которой распределены между программами по безработице, раннему выходу на пенсию, поддержке семей с детьми, бедности, уходу, помощи на питание, жильё, транспорт и др. [14]. Измерение инвалидности социологическими методами также способствует международным сопоставлениям, что регулируется специальным законодательством¹. Данные обследований превышают значение регистрируемого показателя в программах в два и более раза [27]. Согласно данным Европейских обследований, доля лиц в трудоспособном возрасте (преимущественно от 15 до 64 лет) с нарушениями базовой активности в численности населения представлена следующими показателями: 27,9% (2014 г.)², 14% (2011 г.)³ и 17,6% (2019 г.)⁴. В среднем по странам ОЭСР доля лиц в трудоспособном возрасте с нарушениями базовой активности в численности населения оценена на уровне 14% (от 20 до 64 лет, конец 2000-х гг.). Среди лиц с инвалидностью, по данным самооценок, большинство зависят от социального обеспечения, заняты, включая режим неполной недели, – порядка 40% в странах ОЭСР [27] и 47% в ЕС⁵. В среднем по странам ОЭСР только четверть лиц в трудоспособном возрасте получают пособия по инвалидности. Большинство – около 70% распределяются между альтернативными программами помощи. Уровень охвата государственными выплатами и помощью для тех, которые не работают, повышается до 90% (см. рис. 1).

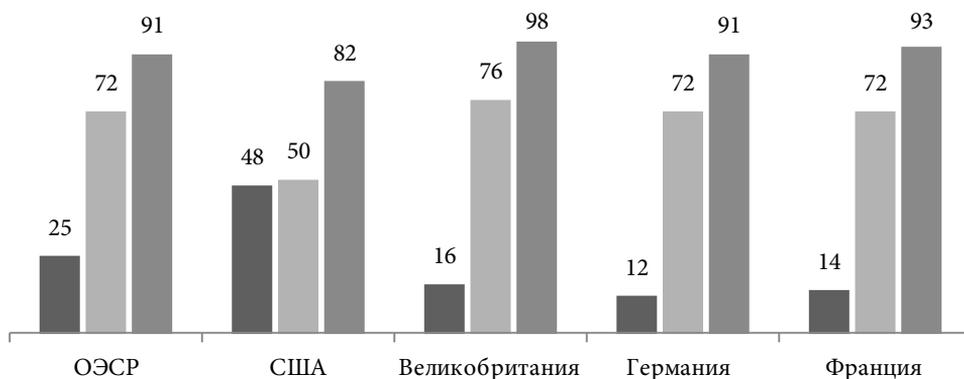
¹ В 2021 г. вступит в силу новый европейский рамочный закон, регулирующий ряд обследований, в том числе касающихся лиц с инвалидностью. См.: Statistik om levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. Slutrapport av regeringsuppdrag // Statistics Sweden [site]. URL: https://www.scb.se/contentassets/048c2c293c404f3e899e91b844b6b9c2/statistik-om-levnadsforhallanden-for-personer-med-funktionsnedsattning_slutrapport-av-regeringsuppdrag.pdf (дата обращения: 22.05.2021).

² Европейское исследование по вопросам здравоохранения и социальной интеграции. См.: European Health and Social Integration Survey (EU-EHSIS) // Eurostat: [site]. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHSI_PL1E_custom_754714/default/table?lang=en (дата обращения: 22.05.2021).

³ Европейское исследование рабочей силы. См.: European labour force survey (EU-LFS) // Eurostat: [site]. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics (дата обращения: 22.05.2021).

⁴ Европейское исследование статистики доходов и условий жизни. См.: The European Statistics of Income and Living Condition (EU-SILC) // Eurostat: [site]. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SILC_12_custom_754879/default/table?lang=en (дата обращения: 22.05.2021).

⁵ European labour force survey (EU-LFS) // Eurostat 2011: [site]. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/8/8c/Infographic_Disability_statistics_final.png (дата обращения: 22.05.2021).



■ Получают государственные пособия по инвалидности

■ Получают государственные пособия по инвалидности, безработице, социальной помощи. Не учитываются компенсационные выплаты работникам, семейные и жилищные пособия

■ Получают государственные пособия и не работают

Рис. 1 Охват лиц с инвалидностью в трудоспособном возрасте (20–64 лет) государственными социальными программами, по данным самооценок за период с 2005 по 2008 гг., %

Источник: [27].

Социальное обеспечение по инвалидности для граждан трудоспособного возраста превышает размеры помощи по бедности; для лиц с максимальным порогом нарушений нарушений уровень пособий приближен к выплатам по безработице. Политика программ, также как и социальной системы в целом, согласно требованиям реформирования, включает перераспределительные и воздействующие на поведение функции [38]. Коэффициент замещения заработной платы в страховых программах по инвалидности носит прогрессивный характер – в пользу заявителей с меньшими доходами. Лицам с иждивенцами назначаются дополнительные выплаты, не связанные со взносами [9]. По данным ОЭСР, в случае минимальной оплаты труда, составляющей 40% от средней по экономике, замещается от 70 до 110% дохода¹. Лица со средним заработком «проигрывают», получая от 50 до 80% от уровня оплаты труда [27]. В странах ЕС в 2018 г. средний уровень перекрытия приближался к 60% от оплаты труда². Некоторые страны вводят частичные пособия в отношении лиц с незначительным превышением порога нарушений, дополнить которые следует доходами от занятости либо альтернативными схемами социальной защиты.

¹ Учитываются подлежащие оплате подоходный налог и взносы на социальное обеспечение, а также другие пособия и выплаты на иждивенцев, на которые может иметь право лицо или домохозяйство, включая семейные или жилищные пособия.

² Social protection statistics // Eurostat: [site]. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_statistics#Recent_developments_in_social_protection_expenditure (дата обращения: 22.05.2021).

Перераспределительный характер выплат, а также налоговая и социальная политики (компенсация пособиями по бедности, по уходу, субсидии на проживание) направлены на сокращение разрыва в экономическом благосостоянии домохозяйств лиц с инвалидностью и их трудоспособных сограждан [9].

Воздействие на поведение усилилось в процессе ужесточения контроля над бюджетными средствами. В ряде стран – это требования к «реабилитации до получения пособия» [4]. Стимулируется также «подталкивание» к выходу из программ: установление процедур пересмотра, понижение коэффициентов замещения доходов и объёмов услуг в системах социального страхования [38]. В Великобритании, где подобная практика была введена одной из первых, величина ежегодного оттока инвалидов из программ в первые годы реформ составила 7%, в большинстве стран ОЭСР – менее 1% в год [26]. Радикальнее воздействуют меры «активной» политики (которые здесь не рассматриваются): санкции на выплаты и финансовые штрафы для повышения индивидуальной ответственности и перехода к оплачиваемой занятости [5, 16]. Преимуществом программ помощи по инвалидности остаётся более постоянный статус участников. Существуют правила, позволяющие сделать попытку занятости на условиях приостановления выплат (до двух лет и более) и вернуться в программу без прохождения повторной переоценки¹. Участникам программ гарантируется пополнение дохода в случае трудоустройства на минимальное количество часов, частичная (до 15 часов в неделю) или даже полная занятость (от 40 часов в неделю) при низкой оплате труда и высокой налоговой нагрузке [27].

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Кулагина Елена Викторовна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.
E-mail: elkulagina@yandex.ru
Author ID РИНЦ: 360101

Список литературы²

Дата поступления в редакцию: 24.05.2021. Принята к печати: 30.07.2021.

DOI: 10.19181/snsp.2021.9.3.8436

Social Provision of Disabled People in Welfare States: The Scope of Social Benefits and Anti-Crisis Regulation. Part I

Elena V. Kulagina¹

¹Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS RAS.
32, Nakhimovsky prosp., Moscow, Russia, 117218 Russia

¹ Например, Австралия, Канада, США, Финляндия, Норвегия, Великобритания.

² См. References.

For citation: Kulagina E. V. (2021). Social provision of disabled people in welfare states: the scope of social benefits and anti-crisis regulation. Part 1. *Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika*. Vol. 9, № 3. P. 107–121. DOI:10.19181/snsp.2021.9.3.8436

Abstract. The article consists of two separate publications (Part 1 and Part 2) and analyses social security policy towards people with disability at working age in developed welfare states (social-democratic, conservative-corporatist and neoliberal regimes). Part 1 considers various approaches to reformation of state disability assistance aimed at overcoming “dependency culture” and increasing personal responsibility for wellbeing. The analysis is conveyed on the basis of international research as well as statistical data of the EU and OECD for the past 30 years. The article discusses the reasons for the growing assistance demand, the grounds for tightening the requirements for selection standards as well as the approaches to evaluation of disability. Institutional schemes of social welfare and participation conditions are accounted for. The author analyses the approaches to reducing poverty and inequality: redistribution of state expenditures within disability programmes and alternative support schemes offering people with disabilities a wide scope of social benefits based on research data and individual evaluation of health condition.

Keywords: welfare state reform; disability; benefit system; social protection; public spending on disability

REFERENCES

1. Kulagina E. V. (2020). Novaya politika gosudarstv blagosostoyaniya: kontekst dlya analiza polozheniya lic s invalidnost'yu. [New Welfare State policies: a context for analyzing the situation of persons with disabilities]. *Sociologicheskaya nauka i social'naya praktika*. Vol. 8, № 4. P. 121–136. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.4.7660 (in Russ.).
2. Kulagina E. V. (2016). Profil' invalidnosti: demograficheskij i regional'nyj aspekty. [Disability profile: demographic and regional aspects]. *Regional'naya ekonomika: teoriya i praktika*. № 11. Iss. 434. P. 103–119. (in Russ.).
3. Asher M. Z. (2017). The wind before the storm : Aging, automation, and the disability crisis. *UC Berkeley Electronic Theses and Dissertations*. URL: <https://escholarship.org/uc/item/4c10v9sq> (дата обращения: 12.05.2021).
4. Baumberg G. B. (2017). Benefits conditionality for disabled people : Stylised facts from a review of international evidence and practice. *Journal of Poverty and Social Justice*. Vol. 25, № 2. P. 107–28. DOI: 10.1332/175982717X14939739331010
5. Baumberg G. B., Garthwaite K., Warren J., Bamba C. (2017). Assessing work disability for social security benefits: international models for the direct assessment of work capacity. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 40, № 24. P. 2962–2970. DOI: 10.1080/09638288.2017. 1366556
6. Berthoud R. (2008). Disability employment penalties in Britain. *Work, Employment & Society*. Vol. 22, №1. P. 129–148. DOI: 10.1177/0950017007087420
7. Bickenbach J, Posarac A, Cieza A, et al. (2015). Assessing disability in working age population – a paradigm shift : from impairment and functional limitation to the disability approach. Washington (DC): World Bank.
8. Black D., Daniel K., Sanders S. (2002). The impact of economic conditions on participation in disability programs : Evidence from the coal boom and bust. *The American Economic Review*. Vol. 92, № 1. P. 27–50. DOI: 10.1257/000282802760015595
9. Bound J., Burkhauser R. V. (1999). Chapter 51. Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities. *Handbook of Labor Economics*. Ashenfelter O., Card D. eds. Amsterdam : Elsevier. Vol. 3, № 1. P. 3417–3528. DOI: 10.1016/S1573-4463(99)30042-0

10. Börsch-Supan A. (2010). Work disability : The effects of demography, health, and disability insurance. *Research Findings in the Economics of Aging*. Wise D. A. eds. The University of Chicago Press. P. 37–58. DOI:10.7208/chicago/9780226903088.003.0003
11. Burchardt T. (2000). The dynamics of being disabled. *Journal of Social Policy*. Vol. 29, № 04. P. 645–668. DOI : 10.1017/S0047279400006097
12. De Boer W. E. L, Brenninkmeijer V. Zuidam W. (2004). Long-term disability arrangements : A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp : TNO Work and Employment.
13. De Wind A. E., Brage S., Latil F., Williams N. (2020). Transfer of tasks in work disability assessments in European social security. *European Journal of Social Security*. Vol. 22, № 1. P. 24–38. DOI: 10.1177/1388262720910307
14. Dieckhoener C., Peichl A. (2009). Financing social security: Simulating different welfare state systems for Germany. *IZA Discussion Papers*. № 4135. Institute for the Study of Labor (IZA). Bonn.
15. Dwyer P. J. (2004). Creeping conditionality in the UK : From welfare rights to conditional entitlements? *The Canadian Journal of Sociology*. Vol. 29, № 2. P. 265–287. DOI: 10.2307/3654696
16. Edmiston D. (2016). Welfare, austerity and social citizenship in the UK. *Social Policy and Society*. Vol. 16, № 2. P. 261–270. DOI: 10.1017/S1474746416000531
17. Haverman R., Wolfe B. (2000). Chapter 18 The economics of disability and disability policy. *Handbook of Health Economics*. Culyer A. J., Newhouse J. P. eds. Amsterdam: Elsevier. Vol. 1, P. 995–1051. DOI: 10.1016/S1574-0064(00)80031-1
18. Jenkins S. P., Rigg J. A. (2004). Disability and disadvantage : Selection, onset, and duration effects. *Journal of Social Policy*. Vol. 33, № 03. P. 479–501. DOI: 10.1017/S0047279404007780
19. Keiser L. R. (1999). State bureaucratic discretion and the administration of social welfare programs : The case of social security disability. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Vol. 9, № 1. P. 87–106. DOI: 10.1093/oxfordjournals.jpart.a024407
20. Keiser L. R. (2010). Understanding street-level bureaucrats' decision making : Determining eligibility in the social security disability program. *Public Administration Review*. Vol. 70, № 2. P. 247–257. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2010.02131.x
21. Kemp P. A., Sunden A., Tauritz B. (2006). *Sick societies? : Trends in disability benefits in post-industrial welfare states*. Geneva : International Social Security Association.
22. Lauer E. A., Houtenville A. J. (2018). Estimates of prevalence, demographic characteristics and social factors among people with disabilities in the USA : a cross-survey comparison. *BMJ Open*. Vol. 8, № 2:e017828. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017828.
23. Lillestø B., Sandvin J. T. (2014). Limits to vocational inclusion? : Disability and the social democratic conception of labour. *Scandinavian Journal of Disability Research*. Vol. 16, № 1. P. 45–58. DOI: 10.1080/15017419.2012.735203
24. Louwerse I., Huysmans M. A., Van Rijssen H. J., Van der Beek A.J., Anema J. R. (2018). Characteristics of individuals receiving disability benefits in the Netherlands and predictors of leaving the disability benefit scheme : A retrospective cohort study with five-year follow-up. *BMC Public Health*. Vol. 18, № 157. P. 1–12. DOI: 10.1186/s12889-018-5068-7
25. Nadel M., Wamhoff S., Wiseman M. (2003/2004). Disability, welfare reform, and supplemental security income. *Social Security Bulletin*. Vol. 65, № 3. P. 14–30.
26. OECD (2009). Employment Outlook 2009. Tackling the Jobs Crisis. Paris : OECD. DOI: 10.1787/emp_outlook-2009-en
27. OECD (2010). Sicknes, disability and work : breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris : OECD. DOI: 10.1787/9789264088856-en
28. OECD (2003). Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris : OECD. DOI: 10.1787/9789264158245-en

29. Oliver M., Barnes C. (2012). *The new politics disablement*. 2nd edition. Basingstoke, UK. Palgrave Macmillan.
30. Oliver M. (2013). The social model of disability : thirty years on. *Disability & Society*. Vol. 28, № 7. P. 1024–1026. DOI: 10.1080/09687599.2013.818773
31. Prinz C. (2010:4). Sickness, disability and work: lessons from reforms and lack of change across the OECD countries. *Disability and employment – lessons from reforms*. Kautto M., Bach Othman J. eds. Finnish Centre for Pensions, Reports. Helsinki.
32. Randolph S. Randi (1987). “The disabled state”. *Clinical Sociology Review*. Vol. 5, Iss. 1. Article 20. P. 197–291.
33. Rauch A., Dornette J. Equal (2010). Rights and equal duties? Activating labour market policy and the participation of long-term unemployed people with disabilities after the reform of the german welfare state. *Journal of Social Policy*. Vol. 39, № 01. P. 53–70. DOI: 10.1017/S0047279409990419
34. Rupp K., Stapleton D. C. (1998). Introduction. *Growth in Disability Benefits: Explanations and Policy Implications*. Rupp K., Stapleton D. C. eds. Kalamazoo. MI : W. E. Upjohn Institute for Employment Research. P. 1–27. DOI: 10.17848/9780880995665.ch1
35. Schrecker T., Bambra C. (2015). How politics makes us sick: Neoliberal epidemics. London : Palgrave Macmillan. DOI: 10.1057/9781137463074
36. SossJ., Keiser L. R. (2006). The political roots of disability claims : How state environments and policies shape citizen demands. *Political Research Quarterly*. Vol. 59, № 1. P. 133–148. DOI: 10.1177/106591290605900112
37. Streeck W. (2015). The rise of the European consolidation state. *MPIfG Discussion Paper*. № 15/1. Max Planck Institute for the Study of Societies. Cologne.
38. W. van Oorschot (2010). Disability benefit reforms in the netherlands 1980–2006, retrenchment and reconstruction. *Disability and employment – lessons from reforms*. Kautto M., Bach Othman J. eds. Finnish Centre for Pensions, Reports 2010:4. Helsinki.
39. W. van Oorschot (2006). Making the difference in social Europe : deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European Social Policy*. Vol. 16, № 1. P. 23–42. DOI: 10.1177/0958928706059829

ЛИТЕРАТУРА НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

1. Кулагина Е. В. Новая политика государств благосостояния: контекст для анализа положения лиц с инвалидностью // Социологическая наука и социальная практика. 2020. Т. 8, № 4. С. 121–136. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.4.7660
2. Кулагина Е. В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты // Региональная экономика: теория и практика. 2016. № 11 (434). С. 103–119.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Kulagina Elena Viktorovna, Candidate of Economy, Leading Researcher,
Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS RAS, Moscow, Russia.
E-mail: elkulagina@yandex.ru
Researcher ID: 1381-2017
Scopus Author ID: 57195297739

The article was submitted on May 24, 2021. Accepted on July 30, 2021