

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ – ЦЕЛЕВОЙ ОРИЕНТИР СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Л.Н. Фахрадова*

В работе изложена методика расчета индекса качества жизни на основе данных социологического исследования, проводимого на территории Вологодской области с 2013 г. Показано, что ведущую роль в повышении качества жизни инвалидов в регионе может сыграть расширение их социального участия. Сформулированы предложения о выделении целевых групп инвалидов при разработке мероприятий социальной политики. Представленная методика может использоваться в системе мониторинга качества жизни инвалидов на уровне страны, регионов и муниципальных образований.

Ключевые слова: инвалидность, социальная политика, индекс качества жизни, социальная включенность, равенство возможностей.

JEL-классификация: I31.

Материал поступил 3.02.2017 г.

В трактовке ООН инвалидность представляется, с одной стороны, как эволюционирующее понятие, с другой – как сложный феномен, возникающий при взаимодействии между людьми, имеющими нарушения здоровья, и отношенческими и средовыми барьерами, которые затрудняют их полное и эффективное участие в жизни общества наравне с другими (Дарган, 2011).

Первое законодательное упоминание термина «инвалидность» принято относить к 1980 г., когда была подписана «Декларация о правах инвалидов». Существует несколько подходов к определению понятия «инвалидность» (табл. 1). Они отличаются пониманием природы инвалидности и оценкой принципиальной возможности интеграции инвалидов и общества.

Таблица 1

Классификация концепций и моделей инвалидности

Концепция	Модель	Понятие инвалидности	Интеграция
Традиционная	Медицинская	Болезнь или дефект	Адаптация человека к неизменяемой среде
	Медико-социальная (административная)	Социальная недостаточность, приводящая к ограничению жизнедеятельности	
	Экономическая	Полная или частичная потеря трудоспособности	
	Моральная	Результат греха	Исключена
Социокультурная	Социальная	Ограничение способности социально функционировать	Изменение общественного устройства в соответствии с потребностями инвалидов
Концепция независимой жизни инвалидов	Политико-правовая	Ограничение в возможностях	
	Модель культурного плюрализма	Культурное ограничение наравне с различиями в цвете кожи, вероисповедании и т. п.	

Источник. (Дарган, 2011).

* **Фахрадова Лейла Натиговна** (leyl.fachradova2014@yandex.ru), младший научный сотрудник Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук (Россия, г. Вологда).

С развитием медицины, усложнением социальных связей, изменением форм политического устройства государств изменились и преобладающие идеи об инвалидности. Так, интегральной характеристикой моделей, сложившихся в рамках традиционной концепции, являлось акцентирование внимания на «недостатках», присущих людям с инвалидностью. В соответствии с этим усилия государств были направлены на «реабилитацию» инвалида, возвращение его в привычную жизненную среду. Если же это было невозможно, инвалид помещался в специальное учреждение. На данном этапе концептуального осмысления инвалидности еще не возникало вопроса о возможности изменения самого жизненного пространства для устранения барьеров, препятствующих включению людей с инвалидностью в социальную жизнь. Социокультурная концепция изменила само понимание инвалидности: маркером инвалидности стало ограничение способности социального функционирования, а не просто наличие неких «недостатков» у человека. При этом причиной таких ограничений признавалось несовершенство среды жизнедеятельности. Как следствие – возможность интеграции инвалидов и общества оказывалась тесно связанной с устранением барьеров во внешней среде, предоставлением людям с инвалидностью социальной поддержки. Следующий шаг в осмыслении инвалидности был сделан в рамках концепции независимой жизни инвалидов. Политико-правовая модель предполагала рассмотрение инвалидности как ограничения в возможностях (а не в способностях), которое может иметь врожденный либо приобретенный характер. В модели культурного плюрализма инвалидность рассматривалась как культурное ограничение (как цвет кожи, вероисповедание и т. д.). Обе модели объединены идеей о необходимости интеграции инвалидов и общества. Непременными условиями интеграции выступают: изменение среды жизнедеятельности в соответствии с потребностями инвалидов и равенство в реализации законных прав для всех людей вне зависимости от состояния здоровья.

Перечисленные модели инвалидности можно расположить на условной шкале от

тех, в которых преобладает медицинское понимание природы инвалидности, до таких, в которых доминирующая роль в конструировании инвалидности отводится обществу. Понимание инвалидности, господствующее в обществе, становится основой для реальных действий, в частности, для формирования социальной политики. В зависимости от того, как государство воспринимает роль инвалидов в обществе, их способность защитить свои интересы, оно определяет направления и целевые ориентиры их социальной поддержки.

Все модели инвалидности, вплоть до правовой, не могли стать основой для построения общества «равных возможностей», где человеческий потенциал изучаемой группы может быть реализован в наибольшей степени. Создание механизмов обеспечения более высокого качества жизни инвалидов – главное условие формирования такого общества.

По мере увеличения численности инвалидов и роста их доли в общей численности населения актуализируется проблема интеграции. Согласно статистическим данным, показатель первичного выхода на инвалидность в Российской Федерации в период с 2000 по 2013 г. превышал значения аналогичного параметра в странах ЕС, Беларуси, а также среднее значение по СНГ. В то же время в период с 2005 по 2013 г. отмечено снижение показателя и его сближение с уровнем, регистрируемым в странах Евросоюза (рис. 1).

Политика европейских стран в отношении людей с инвалидностью претерпела значительные изменения в начале XX в.: происходил отказ от медицинской модели инвалидности в пользу социальной и политико-правовой. Особенно ярко эти перемены проявились в сфере обеспечения людей с ограниченными возможностями здоровья правом на трудоустройство. Осмысление основных тенденций и направлений развития политики в интересах инвалидов стало предметом неизменного интереса со стороны исследователей. Так, сравнительный анализ направлений и мер европейской политики в области инвалидности (van Oorschot, Hvinden, 2000) показал, что во многих европейских странах неэффективные управлен-

Повышение качества жизни инвалидов – целевой ориентир социальной политики

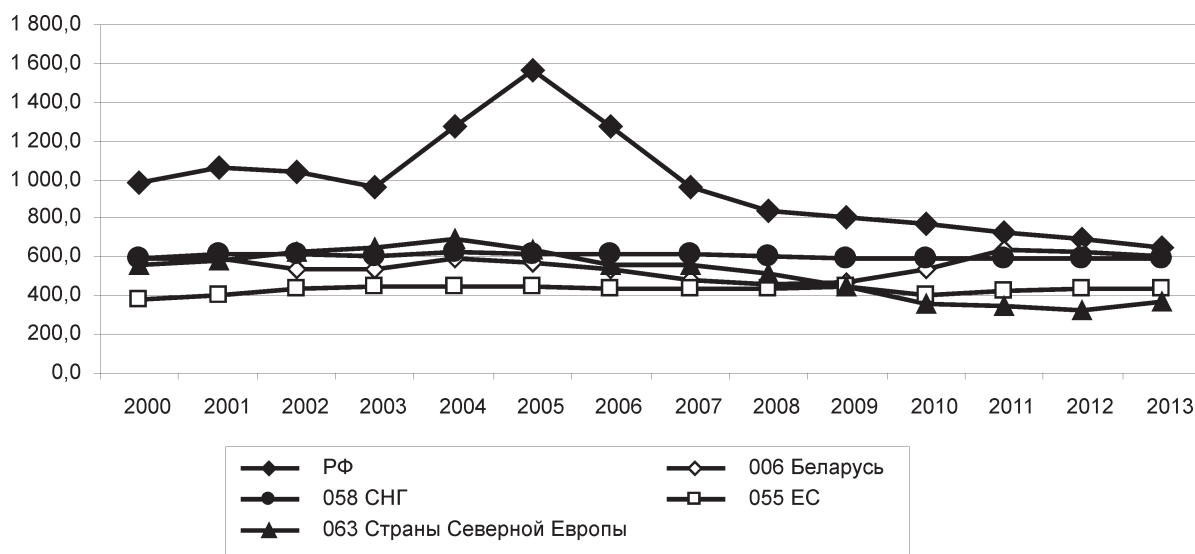


Рис. 1. Динамика показателя первичного выхода на инвалидность по странам Европейского региона, на 100 000 чел. населения

Источник. Европейская база данных «Здоровье для всех». URL: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html

ческие решения сменили меры, реализуемые в рамках «политики активации» и зачастую ориентированные на содействие занятости инвалидов (van Oorschot, Hvinden, 2000). В работе (Acheson, 2001) подробно проанализированы изменения в содержании и целях деятельности общественных организаций инвалидов в Северной Ирландии. Показано, как протекало развитие их сотрудничества с властью. Отмечено, что в 1970–1980 гг. было положено начало активному вовлечению общественности в решение проблем эксклюзии инвалидов. Г.А.М. Бакенроч (Backenroth, 2001), рассматривая проблемы трудоустройства инвалидов, указал на высокую актуальность разработки таких мер, которые позволят вовлечь в эффективную трудовую деятельность максимально возможное число инвалидов и снизить благодаря этому социальную и финансовую зависимость группы от поддержки в виде государственных выплат (Backenroth, 2001). С. Бенгтссон приводит примеры удачных и провальных политических решений в сфере содействия трудоустройству инвалидов, демонстрирует их социальный и экономический эффект (Bengtsson, 2000). Результаты сравнительного анализа скандинавской и американской моделей социального участия инвалидов позволили автору обосновать вывод о том, что привлечение к принятию политических решений самих заинтересо-

ванных лиц (инвалидов) обеспечило лучший социальный эффект, чем практика индивидуальной защиты прав и интересов инвалидов в суде (как это практикуется в США). Введение в Швеции более жестких критериев для предоставления социальной помощи привело к появлению новых институциональных барьеров для инвалидов (Lindqvist, 2000). В работе (Lundstrom, McAnaney, Webster, 2000) описаны изменения в работе органов государственного управления, рассмотрены рекомендации, высказанные экспертами Комиссии по положению людей с ограниченными возможностями и нашедшие практическое применение в разных сферах социальной политики в отношении инвалидов, оценен эффект от этих мер. Во многом именно результаты работы Комиссии, считают ученые, позволили внедрить в практику социального управления нововведения, обусловившие замену медицинской модели инвалидности социальной. В то же время, рассматривая развитие социальной политики в Великобритании, авторы (Floyd, Curtis, 2000) указали на сложность выявления *степени перехода к социальной парадигме инвалидности*, т. е. к перенесению акцента с качеств индивида на возможности социального действия с целью преодоления барьеров интеграции.

В работе (Verdugo, Jimenez, de Urries, 2000) показаны пути развития политики в

интересах инвалидов в Испании, а также влияние европейской политики на этот процесс. В числе инструментов содействия трудоустройству инвалидов рассмотрены налоговые льготы и выплаты для предприятий за каждого трудоустроенного инвалида, квотирование рабочих мест на предприятиях с численностью сотрудников более 50 чел. Подобные инструменты широко применяются и в других странах в настоящее время (например, в России), поэтому эффект, полученный в Испании, представляет исследовательский интерес.

В Нидерландах в 1990-е годы были приняты законодательные акты в сфере защиты прав инвалидов, вводившие, в частности, систему бонусов и наказаний для предприятий. С одной стороны, система позволяла работодателям получать субсидии от государства, если они в течение года набирали работников из числа людей с инвалидностью. С другой стороны, предприятия, виновные в инвалидности работников, должны были платить штрафы. Эта практика оказалась неэффективной, поскольку сама процедура вызывала недовольство среди работодателей, и в 1995 г. была отменена. Вторая волна преобразований социальной политики затронула порядок определения права на получение социального обеспечения. Степень ограничения трудоспособности присуждалась на основании медицинского заключения. Право на социальное обеспечение получали только те, кто совершенно не мог трудиться достаточно долго, чтобы получать минимальный доход. Для сохранивших частичную трудоспособность подобное социальное обеспечение не предусматривалось (Oorschot, Voos, 2000).

В Российской Федерации социальная политика в отношении инвалидов формируется с учетом норм международного права. Ратификация Конвенции ООН о правах инвалидов¹ способствовала активизации работы по созданию безбарьерной среды, расширению возможностей для обучения и трудоустройства инвалидов. Улучшилось качество статистических данных о положении инвалидов. В настоящее время реализуется государственная про-

грамма «Доступная среда»², цель которой – создание правовых, экономических и институциональных условий, способствующих интеграции в общество и повышению уровня жизни инвалидов. В действительности проблемное поле, связанное с инвалидностью населения, гораздо шире. Оно включает разработку мер по оценке эффективности проводимых мероприятий социальной политики на федеральном, региональном и местном уровнях, поддержку отечественных предприятий, выпускающих реабилитационное оборудование, лекарственные препараты для инвалидов, совершенствование пенсионного обеспечения граждан с инвалидностью, разработку и реализацию системы работы по сопровождению инвалидов при трудоустройстве. Значительные усилия необходимы для развития профилактики ключевых причин первичной инвалидности. Целевыми индикаторами действующей программы выступают в основном показатели охвата инвалидов теми или иными мероприятиями государственной политики или доля инвалидов, положительно оценивающих какой-либо из аспектов жизнедеятельности. При этом определение вклада именно государственной социальной политики, например, в рост доли инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к их проблемам, представляется затруднительным. В большей степени интересам управления соответствовали бы целевые показатели, отражающие эффективность работы по каждому из направлений. Такие индикаторы могут быть основаны на данных тематических социологических опросов, а также мониторинга качества жизни инвалидов.

Качество жизни – интегральная характеристика жизненных условий людей и их удовлетворенности этими условиями. Л.А. Беляева (2009) определяет качество жизни как «комплексную характеристику условий жизнедеятельности населения, которая выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связана с восприятием людей

¹ URL: <http://base.garant.ru/70170066/>

² URL: <http://www.rosmintrud.ru/ministry/programms/3/0>

ми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе». Автор указывает на то, что роль показателя качества жизни состоит прежде всего в предоставлении стандарта сравнения между собой различных территорий, социальных групп. В связи с этим для обеспечения корректности такого сопоставления предлагается учитывать и объективные показатели качества жизни, и субъективные оценки самого населения.

Для людей с инвалидностью качество жизни определяют предоставляемое лечение, уровень жизни, полученное образование, доступность и комфорт среды обитания, возможность свободного участия в жизни общества, реализации собственного человеческого потенциала. Последнее особенно важно, так как люди с инвалидностью подвержены повышенному риску социального исключения. В социологии данное явление известно под названием социальная эксклюзия. Ее атрибуты – затруднения в реализации основных гражданских прав, слабая вовлеченность группы в общественную жизнь.

Все перечисленные компоненты качества жизни инвалидов могут выступать объектами управления, следовательно, обеспечение качества жизни можно назвать целевой функцией государственной политики. На практике оценка эффективности государственной социальной политики на основе мониторинга качества жизни инвалидов затруднена из-за отсутствия общепринятой методики измерения этой величины.

В качестве примера оценки качества жизни инвалидов рассмотрим результаты расчета индекса качества жизни на основе данных социологических исследований³, проведенных на территории Вологодской области в 2013, 2014, 2015 и 2016 гг. В социологическом опросе принимали участие инвалиды четырех целевых групп: по зрению, по слуху,

имеющие трудности при передвижении, требующие постоянного постороннего ухода.

Измерение качества жизни такой неоднородной социальной группы, как люди с ограниченными возможностями здоровья, предполагает поиск интегральных характеристик, отражающих уровень удовлетворения условиями жизни самих инвалидов, а также действие параметров социальной и экономической среды. Для определения вклада в формирование качества жизни социальных и экономических аспектов в составе интегрального были выделены три частных индекса – материального благополучия, доступности среды, включенности в социум.

В состав интегрального индекса вошли три частных, рассчитанных на основе распределения ответов респондентов на вопросы анкеты (см. табл. 2, 3, 4). Из суммы процентов по «положительным» вариантам ответа вычиталась сумма «отрицательных» вариантов.

Общий вид формулы, использованной для расчета частных индексов:

$$I = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n i_n, \quad (1)$$

где I – любой из трех частных индексов;

i_n – значение разности «положительных» и «отрицательных» ответов, полученное для n -го вопроса;

n – число вопросов, распределение ответов на которые использовано для расчета частного индекса.

Полученные значения были скорректированы путем прибавления 100, чтобы избавиться от отрицательных значений. Интегральный индекс качества жизни инвалидов рассчитан как среднее арифметическое частных индексов. Таким образом, значения каждого из частных индексов расположились в интервале от 0 до 200 п. Шкала была разделена на равные интервалы⁴: значения от 0 до 50 соответствуют низкому уровню, от 50 до 100 – уровню ниже среднего, от 100 до 150 – выше среднего, от 150 до 200 – высокому.

³ В выборочном социологическом опросе среди инвалидов Вологодской области старше 18 лет принимали участие 139 чел. из Вологды, Череповца, Сокола и Великого Устюга. Выборка целевая, квотная. Среди респондентов в равной степени представлены инвалиды по зрению, слуху, требующие помощи при передвижении, а также требующие постоянного постороннего ухода. Ошибка выборки не превышает 5%. Опросы проводились в рамках выполнения работ по договорам с Агентством мониторинга и социологических исследований Вологодской области.

⁴ Деление на равные интервалы обусловлено тем, что индекс оценивает совокупность респондентов в целом и к нему нельзя применить методы построения интервальных шкал, основанные на особенностях распределения первичных данных.

Вопросы для расчета индекса материального благополучия инвалидов

Вопрос	«Положительные» варианты ответа	«Отрицательные» варианты ответа
К какой из следующих групп населения Вы скорее могли бы отнести себя?	На среднем уровне Несколько выше среднего уровня Значительно выше среднего уровня	Значительно ниже среднего уровня Несколько ниже среднего уровня
К какой из следующих групп населения (по доходу) Вы скорее могли бы отнести свою семью?*	Денег хватает на продукты и одежду Мы можем без труда приобретать товары длительного пользования, однако действительно дорогие вещи приобретать затруднительно Мы можем позволить себе достаточно дорогостоящие вещи – квартиру, дачу и многое другое	Мы едва сводим концы с концами, денег не хватает даже на продукты На продукты денег хватает, но покупка одежды вызывает финансовые затруднения

* В 2015 и 2016 гг. вопрос не задавался.

Источник. Составлено по результатам социологического исследования положения инвалидов в обществе, проведенного в Вологодской области в 2013–2016 гг.

Вопросы для расчета индекса доступности среды

Вопрос	«Положительные» варианты ответа	«Отрицательные» варианты ответа
Оцените, пожалуйста, насколько доступны объекты и услуги в следующих сферах жизнедеятельности: здравоохранение, культура, транспорт, информация и связь, образование, социальная защита, спорт и физкультура, жилой фонд	Доступны Скорее доступны	Скорее недоступны Недоступны

Источник. Составлено по результатам социологического исследования положения инвалидов в обществе, проведенного в Вологодской области в 2013–2016 гг.

Вопросы для расчета индекса включенности инвалидов в социум

Вопрос	«Положительные» варианты ответа	«Отрицательные» варианты ответа
По вашему мнению, как общество относится к проблемам инвалидов?	Скорее внимательно	Равнодушно Игнорирует
Оцените, в какой мере общество готово к интеграции инвалидов	Полностью готово Скорее готово	Скорее не готово Абсолютно не готово
Оцените, в какой мере инвалиды могут свободно общаться с окружающими	Могут практически всегда Чаше могут	Чаше не могут Не могут практически никогда
Оцените, в какой мере инвалиды могут вести полноценную жизнь с учетом ограничений жизнедеятельности	Могут Чаше могут	Чаше не могут Не могут
На Ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяется в СМИ проблемам инвалидов?	Да	Нет

Источник. Составлено по результатам социологического исследования положения инвалидов в обществе, проведенного в Вологодской области в 2013–2016 гг.

Результаты расчетов показывают, что величина интегрального индекса качества жизни в 2013 и 2015 гг. была ниже среднего уровня и только в 2014 г. – на среднем уровне. В 2013 г. наиболее высокое значение индекса зафиксировано для инвалидов по слуху, наименьшее значение – для ин-

валидов, требующих постоянного постороннего ухода. В 2015 г. наибольшее значение индекса отмечено уже для инвалидов по зрению (рис. 2).

Различия в величине показателя определяются тем, что инвалиды – достаточно разнородная группа, куда входят люди,

Повышение качества жизни инвалидов – целевой ориентир социальной политики

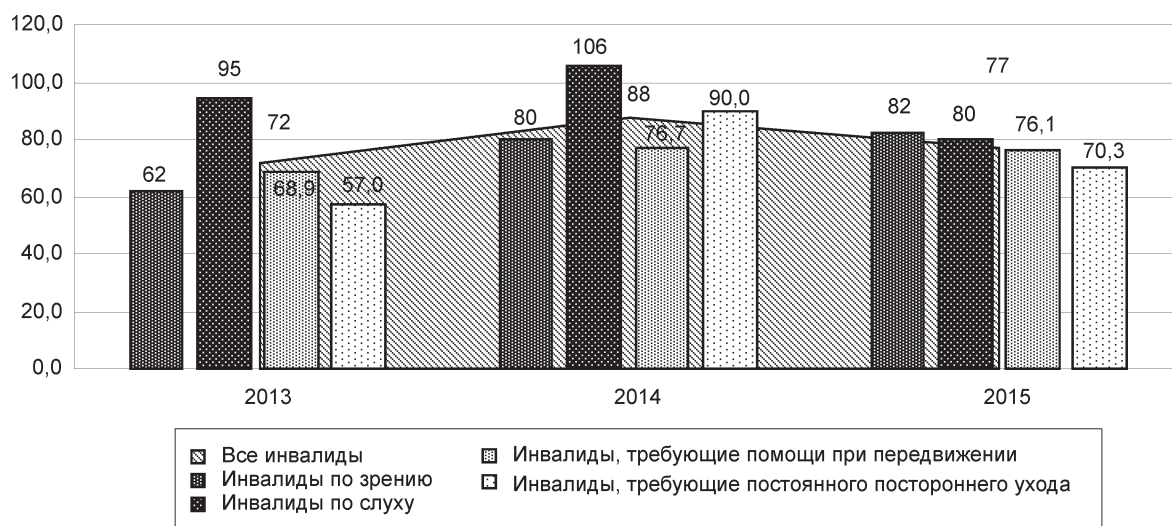


Рис. 2. Динамика интегрального индекса качества жизни в группах респондентов, 2013–2015 гг.

Источник. Рассчитано по данным социологических опросов.

имеющие разные типы ведущего ограничения жизнедеятельности. Тип ограничения жизнедеятельности определяет характер потребностей инвалида, его восприятие качества жизненной среды и отношения общества к его проблемам.

Наблюдаются некоторые различия в оценках инвалидами собственного благосостояния, включенности в общественную жизнь и доступности среды, в зависимости от ведущего ограничения жизнедеятельности. Так, максимальное значение индекса благосостояния зафиксировано в 2014 г. во всех группах респондентов. В 2013 г. отмечен минимум среди инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода. В остальных группах минимальное значение приходилось на 2015 г. При этом наиболее низкие значения индекса материального благосостояния характерны для инвалидов по зрению. Однако максимальное (на два уровня) снижение этого индекса в период с 2013 по 2015 г. наблюдалось у инвалидов по слуху (на 81 п.) и инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода (на 59 п.). В контексте обеспечения достойного уровня жизни как целевого ориентира государственной социальной политики снижение самооценок благосостояния свидетельствует о необходимости активизировать работу по созданию для инвалидов трудоспособного возраста возможностей зарабатывать самостоятельно, а также пересмот-

реть существующий подход к назначению пенсии по инвалидности по достижении человеком пенсионного возраста (рис. 3).

Социальное участие выступает одним из основных критериев полноценной интеграции инвалидов и общества. Величина индекса социальной включенности различается в зависимости от типа ведущего ограничения жизнедеятельности инвалидов. При этом среди инвалидов всех рассматриваемых групп она не превышает уровня



Рис. 3. Динамика индекса благосостояния в группах респондентов

Источник. Рассчитано по данным социологических опросов.

«ниже среднего», что указывает на преобладание пессимистичных оценок возможностей общения с окружающими, готовности общества к интеграции и его заинтересованности в решении проблем инвалидов. Величина индекса для инвалидов по зрению с 2013 по 2015 г. повысилась с низкого «ниже среднего». Небольшой рост показателя также отмечен для инвалидов, требующих помощи при передвижении, и для инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе. Индекс социальной включенности инвалидов по слуху был максимальным в 2013 г., минимальным – в 2015 г. Описанные изменения могут быть обусловлены нарастанием среди инвалидов пессимизма, вызванного несоответствием заявленных целей и задач государственной социальной политики их выполнению (рис. 4).

Более высоко оценивали доступность объектов и услуг различных сфер жизнедеятельности в 2015 г. инвалиды по зрению и инвалиды по слуху. Величина индекса находилась на среднем уровне.

Можно предположить, что болезни, вследствие которых человек теряет возможность передвигаться и обслуживать себя сам, без помощи окружающих, значительно сужают круг общения инвалидов, что

может стать причиной социального исключения. Так, величина индекса доступности среды в 2015 г. была минимальной для инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода, и инвалидов, требующих помощи при передвижении (рис. 5).

Изложенное свидетельствует о целесообразности проведения социальной политики в отношении инвалидов с учетом, с одной стороны, масштаба охвата нуждающегося в поддержке населения, а с другой – индивидуальных особенностей инвалидов.

Современное законодательство учитывает лишь некоторые аспекты разнообразия группы. Например, предусмотрено создание рабочих мест, соответствующих потребностям инвалидов, прописанным в их индивидуальной программе реабилитации. Однако в социальной практике сохраняется стереотип о том, что принимать на работу инвалидов невыгодно. Работодатели стремятся по возможности избежать данного социального обязательства, забывая о том, что реальные люди могут сильно отличаться от приписываемого им образа «безынициативных, вечно болеющих работников» и быть добросовестными, инициативными и компетентными.

В последнее время появились новые инициативы со стороны органов исполни-

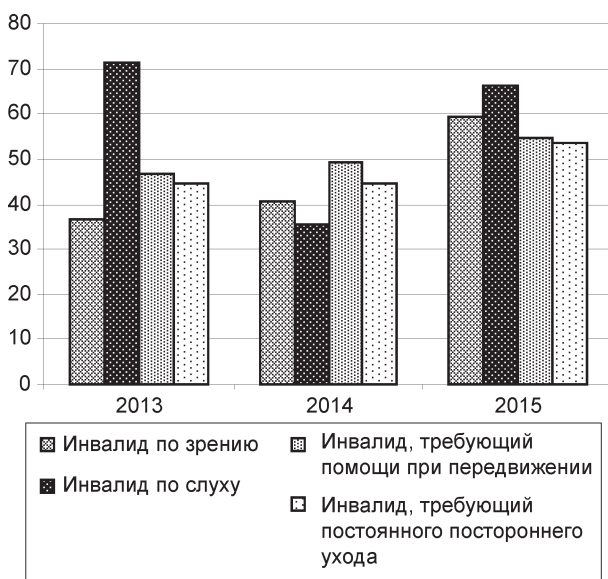


Рис. 4. Динамика индекса социальной включенности в группах респондентов

Источник. Рассчитано по данным социологических опросов.



Рис. 5. Динамика индекса доступности среды в группах респондентов

Источник. Рассчитано по данным социологических опросов.

тельной власти, направленные на устранение препятствий для трудоустройства инвалидов. Так, Министерство труда планирует разработать в 2017–2019 гг. единый стандарт услуги по сопровождению инвалидов молодого возраста при трудоустройстве. Ожидается, что к 2020 г. он будет утвержден и станет обязательным для всех регионов. Разработка такого стандарта, в свою очередь, является частью плана мероприятий по реализации в субъектах РФ программ сопровождения инвалидов молодого возраста при получении образования и трудоустройстве⁵.

Стимулирование работодателей – одна из ключевых задач при обеспечении трудоустройства инвалидов. Департамент труда и социальной защиты населения Москвы (далее – Департамент) разрабатывает усовершенствованные меры экономической поддержки работодателей. Соответствующий пилотный проект должен начать действовать до конца года. Предполагается компенсировать уплаченные обязательные страховые взносы во внебюджетные фонды, часть затрат на профессиональное обучение и переподготовку сотрудников-инвалидов, часть затрат на заработную плату наставникам, способствующим трудовой адаптации инвалидов⁶.

Актуальной остается проблема выделения целевых групп инвалидов в зависимости от возраста, состояния здоровья, уровня жизни, семейного статуса, трудовой занятости. В зависимости от этих критериев следует определять приоритетные формы государственной поддержки. Так, для молодых инвалидов, сохранивших трудоспособность, это могут быть услуги по трудоустройству, содействие в улучшении жилищных условий, в переезде в другой населенный пункт, получении дополнительного образования и повышении квалификации. Для пожилых инвалидов большую актуальность приобретают высокотехнологичная медицинская помощь, санаторное лечение, содействие в получении новых средств реабилитации, совершенствование качества социально-бытовых услуг. Отдель-

ного внимания заслуживает поддержка тех, кто осуществляет постоянный уход за родственниками-инвалидами с тяжелыми нарушениями функций организма. В настоящее время не предусмотрено иных форм государственной помощи, кроме денежной компенсации за труд таких людей.

Важно отметить, что Министерством труда и социальной защиты подготовлен проект Концепции создания, ведения и использования Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов». Предполагается, что запуск реестра с 1 января 2017 г. поможет усовершенствовать политику в отношении инвалидов, сократит сроки оказания им государственных и муниципальных услуг⁷.

Таким образом, мониторинг качества жизни инвалидов может служить инструментом оценки эффективности мероприятий государственной социальной политики, проводимой в интересах группы. Применение универсальной методики расчета индекса качества жизни обеспечит стандартизацию сбора отчетной информации, а также позволит отслеживать региональную специфику изменения данного параметра. В совокупности с внедрением таких инструментов, как федеральный реестр инвалидов, система мониторинга качества жизни может стать основой для формирования обоснованной политики, отвечающей интересам самих инвалидов и экономики российских регионов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ REFERENCES

Дарган А.А. 2011. Отражение детерминированности социального самочувствия и социальной мобильности людей с инвалидностью в моделях инвалидности. *Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета*. № 2(27). С. 162–167. [Dargan A.A. 2011. A reflection of the determinism of social feeling and social mobility of people with disabilities in models of disability. *Vestnik Severo-Kavkazskogo gosudarstvennogo tehniceskogo universiteta*. No 2(27). PP. 162–167. (In Russ.)]

Беляева Л.А. 2009. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации. *Социологические исследования*. № 1. С. 33–42.

⁵ URL: <http://www.garant.ru/news/781011/>

⁶ URL: <http://www.garant.ru/news/816399/>

⁷ URL: <http://www.garant.ru/news/732923/>

[Belyaeva L.A. 2009. The standard and quality of living. Problems of measurement and interpretation. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. No 1. PP. 33–42. (In Russ.)]

Acheson N. 2001. Service delivery and civic engagement: disability organizations in Northern Ireland. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. Vol. 12. No 3. PP. 279–293.

Backenroth G.A. M. 2001. People with disabilities and the changing labor market: some challenges for counseling practice and research on workplace counseling. *International Journal for the Advancement of Counseling*. Vol. 23. No 1. PP. 21–30.

Bengtsson S. 2000. A truly European type of disability struggle: disability policy in Denmark and the EU in the 1990s. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 363–377.

Lindqvist R. 2000. Swedish disability policy: from universal welfare to civil rights? *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 399–418.

Lundstrom F., McAnaney D., Webster B. 2000. The changing face of disability legislation, policy and practice in Ireland. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 379–397.

Van Oorschot W., Hvinden B. 2000. Introduction: towards convergence? Disability policies in Europe. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 293–302.

Verdugo M.A., Jimenez A., de Urries F.B.J. 2000. Social and employment policies for people with disabilities in Spain. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 323–341.

Floyd M., Curtis J. 2000. An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 303–322.

Van Oorschot W., Boos K. 2000. The Battle against Numbers: Disability Policies in the Netherlands. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 343–361.

In citation: *Belorusskii Ekonomicheskii zhurnal*. 2017. No 1. P. 133–142.

Belarusian Economic Journal. 2017. No 1. P. 133–142.

PROBLEMS OF ENHANCING LABOR PRODUCTIVITY AT BELARUS'S ENTERPRISES IN MODERN CONDITIONS

Leila Fakhradova ¹

Author affiliation: ¹ Institute of social-economic development of territories, Russian Academy of Sciences (Vologda, Russia).

Corresponding author: Leila Fakhradova (leil.fachradova2014@yandex.ru).

ABSTRACT. The paper discusses the methodology of computing the quality of life index based on the data of the opinion poll being conducted in the Vologda oblast since 2013. It is shown that the leading role in enhancing the disabled people's quality of life might belong to the target groups of the disabled people whilst developing the social policy measures. The methodology presented can be applied within the system of monitoring the disabled people's quality of life at the levels of the country, regions, and municipalities.

KEYWORDS: disability, social policy, quality of life index, social inclusiveness, equality of opportunities.

JEL-code: I31.



Received 3.02.2017.