

УДК 616-036.86

ІНВАЛІДНІСТЬ ПРАЦЮЮЧИХ ОСІБ ТА ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Професор А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін, І. Я. Ханюкова

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

Изучены статистические данные по инвалидности работающих и инвалидов трудоспособного возраста за 2008–2011 гг. Отмечены ведущие тенденции в изменении показателей инвалидности трудоспособного возраста по регионам Украины. Рассмотрены правовые вопросы трудовой деятельности инвалидов.

Ключевые слова: *трудоспособный возраст, работающие инвалиды, инвалидность.*

Summary

Studied statistics on disability and disabled employees of working age in 2008 to 2011. Noting the leading trends in the working age disability rates by region of Ukraine. The legal issues of employment disabilities.

Keywords: *working age, disabled workers, disability.*

У третьому тисячолітті популяційне здоров'я набуло безпрецедентного значення, а суспільство усвідомило його роль як визначального чинника соціально-економічного розвитку. Незадовільний стан здоров'я, і як наслідок цього – зростання інвалідності, негативно впливають на якість і продуктивність праці, реалізацію основних функцій життєдіяльності населення, призводить до економічних та соціальних втрат. Особливо гостро ці питання постають у сучасних умовах. На сьогоднішній день для України характерне поглиблення демографічної кризи, що призвело до скорочення чисельності населення і його старіння, тому проблеми працевлаштування інвалідів набувають неабиякого значення.

Аналіз показників первинної інвалідності працюючих в Україні протягом 2008 – 2011 рр. засвідчив поступове її зниження. Так, у 2008 р. показник уперше визнаних інвалідами становив 34,9 на 10 тисяч зайнятого населення, в 2009 р. він знизився на 1 % і становив 32,3, а в 2010 р. його зниження досягло 3,4 %, що відповідає 31,2 на 10 тис. зайнятого населення, в 2011 р. – ще знизився на 3,9 % та становив 29,6.

Протягом останніх трьох років тенденція зниження інвалідності працюючого

населення спостерігається в 11 адміністративних регіонах країни. Найбільш суттєве зниження показників первинної інвалідності населення працездатного віку в 2007 році зафіксовано в Чернівецькій (-24 %), Хмельницькій (-13 %), Івано-Франківській (-11,6 %) областях. У 2008 році лідерами, за зазначеним показником, стали Тернопільська (-21,4), Миколаївська (-18,9 %) та Одеська (-15,7 %) області. В 2009 році цей список очолили Хмельницька (-14,6 %), Донецька (-12,2 %) області і м. Київ (-8,4 %). В 2011 році – Хмельницька область (-35,5 %), м. Севастополь (-18,9 %) та Івано-Франківська область (-13,7 %) Однозначно прийняти ці показники як позитивні можливо лише на перший погляд (при середніх темпах зниження зазначеного показника по Україні на 1,0 та 3,9 %). Певно тут відіграли свою роль не тільки медичні, а й соціально-економічні чинники певних регіонів.

Якщо в 2008 році тенденція до зростання інвалідності працюючого населення спостерігалася в 9 регіонах України, то 2009 року ця цифра зменшилася до 4 регіонів, а в 2010 році кількість таких регіонів перевищила показники обох попередніх років і склала 10 регіонів. У 2011 році кількість таких регіонів досягла 12. Най-

більш негативна ситуація протягом 2008 року спостерігалася в Кіровоградській (+8,5 %), Київській (+6,2 %) та Херсонській (+6,0 %) областях. У 2009 році найзначніше зростання показника інвалідності працюючого населення відзначалося в Запорізькій (+4,9 %), Черкаській (+4,9 %) і Хмельницькій (+3,3 %) областях. У 2010 році – в Рівненській та Сумській областях цей показник зріс на 11,4 %, у Полтавській – на 9,4 %, у 2011 році – в Житомирській (+20,3 %), Тернопільській (+11,5 %) та Запорізькій (+10,8 %) областях. Отже, працівникам галузі охорони здоров'я зазначених регіонів є над чим працювати.

Традиційно протягом чотирьох останніх років перші рангові місця за рівнями первинної інвалідності працюючих мають Чернівецька, Закарпатська та Херсонська області. За кількістю продовжених листків непрацездатності лідирують Івано-Франківська, Чернівецька та Донецька області. В названих адміністративних територіях лікарі МСЕК продовжують листки непрацездатності направленим для встановлення інвалідності. Подібний підхід дозволяє повністю вичерпати всі можливості лікування хворих без визначення їм групи інвалідності. Треба зазначити й позитивний психологічний аспект даного підходу. Хворий, продовжуючи лікування по лікарняному листку, відчуває себе членом трудового колективу, що допомагає зберегти стереотип трудової діяльності.

Останнє рангове місце за рівнем первинної інвалідності працюючих протягом років, що аналізувалися, теж традиційно, посідає Донецька область. Необхідно також зазначити поступове зниження показників інвалідності працюючих у зазначеній області. В 2008 р. цей показник склав 49,4 на 10 тис. зайнятого населення, в 2009 р. він знизився до 46,3, а 2010 р. становив 40,2, у 2011 р. – 37,9.

Протягом останніх трьох років тенденція до зниження інвалідності працюючих притаманна більшості адміністративним територіям України.

Дані щодо інвалідності працюючого населення можна деталізувати за класами захворювань, нозологічними формами, групами інвалідності взагалі по Україні

та за регіонами, ретельно проаналізувавши первинну інвалідність населення у працездатному віці.

Аналіз інвалідності населення працездатного віку загалом по Україні дає можливість помітити чітку тенденцію до її зниження протягом останніх років. Ця тенденція вперше спостерігалася у 2006 році і останні три роки продовжує знижуватися. Так, якщо у 2008 році інтенсивний показник первинної інвалідності населення працездатного віку склав 56,2, то у 2009 році цей показник знизився на 1,0 % і склав 54, 8. У 2010 році цей показник знизився ще на 2,0 % і становив 53,7 на 10 тис. населення працездатного віку. У 2011 році – 53,0.

Така динаміка первинної інвалідності може бути обумовлена, з одного боку, зменшенням як чисельності оглянутих, так і необґрунтовано спрямованих на МСЕК, з іншого – покращанням стану діагностики та лікування деяких класів хвороб, що сприяє попередженню інвалідизації таких хворих. Не можна виключити і демографічні фактори (щорічне зниження кількості населення України).

Зрушення стану інвалідизації населення працездатного віку мають різноспрямований характер. Вони не однотипні протягом років, що аналізувалися. В 2008 році відбувалося зниження інвалідності майже за всіма класами та нозологічними формами захворювань. Виняток склали: хвороби вуха та соскоподібного відростка, інвалідність унаслідок яких зросла на 33,3 %; цукровий діабет, інвалідність унаслідок якого зросла на 14,3 % та розлади психіки і поведінки, які дали зріст інвалідності на 8,3 %. Зростання показників інвалідності внаслідок розладів психіки і поведінки як і внаслідок цукрового діабету насамперед обумовлене зростанням поширеності та захворюваності на ці хвороби. Щодо зростання інвалідності внаслідок хвороб вуха та соскоподібного відростка, то імовірним поясненням цього є покращання статистичної зв'язності за даною нозологічною формою.

В 2009 році тенденція зниження інвалідності за більшістю нозологічних форм зберігається, проте зростання обумовлю-

ють наступні хвороби: на 44,4 % зростає інвалідність внаслідок хронічних неспецифічних захворювань легенів, на 2–2,2 відсотків - унаслідок деформуючого артрозу, на 5,6 % – унаслідок хвороб органів травлення.

В 2010 році простежується тенденція до зниження інвалідності внаслідок силікотуберкульозу (50 %), гіпертонічної хвороби (25 %). На 20 % зменшилась інвалідність унаслідок виробничих травм і отруєнь. Але відбулося зростання в 2,5 разу інвалідності внаслідок деяких інфекційних хвороб. У 2 рази збільшилась інвалідність населення працездатного віку внаслідок хвороб крові та кровотворних органів. Привертає на себе увагу той факт, що це зростання сталося переважно за рахунок осіб, визнаних інвалідами у віці до 39 років включно. Спостерігалось зростання інвалідності внаслідок пневмококозів на 50 %, бронхіальної астми – на 20 %, шизофренії – на 8,3 %, цукрового діабету – на 6,7 %.

Слід звернути увагу на інформацію щодо розподілу первинної інвалідності працездатного населення за групами інвалідності. Загалом по Україні протягом останніх трьох років переважає у первинній інвалідності населення у працездатному віці третя група інвалідності. При цьому слід відзначити негативну тенденцію до поступового зменшення її питомої ваги протягом років, що аналізувалися, за рахунок зростання питомої ваги тяжкої – першої групи інвалідності. Так, питома вага третьої групи в 2008 р. склала 54,2 %, у 2009 р. її частка становила 52,5 %, а в 2010 р. – 51,8 %. При цьому питома вага першої групи інвалідності серед первинної інвалідності населення працездатного віку зростала з 7,1 % в 2008 р. до 7,7 та 9,9 % відповідно у 2009 та 2010 рр. Така ситуація становить реальну загрозу генофонду нації і повинна бути пріоритетною проблемою загальнодержавного значення і вимагає адекватного розв'язання. Національні інтереси потребують нагального вжиття ефективних заходів для розв'язання соціально значущої проблеми запобігання інвалідності шляхом зміцнення здоров'я людей, як найвищої соціальної

цінності, відповідно до Конституції України.

Протягом останніх трьох років у структурі інвалідності населення працездатного віку провідне місце мають наступні класи хвороб: хвороби системи кровообігу (20,1 %), новоутворення (17,4 %), травми, отруєння та деякі інші дії зовнішніх причин (13 %), хвороби кістко-м'язової системи та сполучної тканини (10,9 %), розлади психіки і поведінки (6,9 %), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (6,5%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,1 %).

Доцільно більш детально розглянути інвалідність унаслідок хвороб, що займають перші три місця в структурі інвалідності працездатного населення.

Зростання кількості серцево-судинних захворювань продовжує залишатися головним викликом для здоров'я українців. Відповідно, інвалідність унаслідок хвороб системи кровообігу протягом останніх трьох років, в які останні два десятиріччя, посідає перше рангове місце в структурі первинної інвалідності працездатного населення. І якщо протягом 2008 – 2011 рр. відбувається деяке зниження питомої ваги даного класу хвороб у структурі первинної інвалідності дорослого населення країни, то серед працездатного населення тенденція до зниження показників первинної інвалідності майже відсутня.

Аналіз показників інвалідності щодо окремих нозологічних форм даного класу захворювань свідчить про наступні зміни. Спостерігається тенденція до зниження питомої ваги гострої ревматичної гарячки в структурі первинної інвалідності працездатного населення. Протягом 2008 – 2011 рр. цей показник знижувався і склав відповідно: 0,9 %, 0,8 %, 0,7 %. Наведені позитивні зміни є наслідком процесів, які спостерігаються останнім часом в Україні. Так, за даними Центру статистики МОЗ, поширеність усіх форм ревматизму за останні десять років зменшилась на 17,5 %, захворюваність – майже на 55 %. Це обумовлено впровадженням в країні етапності та підпорядкованості між педіатричною та терапевтичною слу-

жбами з питань діагностики, лікування та профілактики хворих на ревматизм.

Знижується й частка гіпертонічної хвороби в показниках інвалідності працездатного населення. Питома вага гіпертонічної хвороби в структурі інвалідності населення працездатного віку склала в 2008 р. – 1,7 %, у 2009 р. – 1,4 %, у 2010 р. – 1,2 %, у 2011 р. – 1,3 %.

Зниження інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби (неускладненої інфарктом міокарда чи інсультом) протягом останніх трьох років, з одного боку, обумовлена низкою організаційно-методичних заходів по впровадженню Національної програми з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, яка об'єднала зусилля терапевтів, кардіологів, неврологів, а також упровадженням медико-соціальної експертизи об'єктивних критеріїв установами груп інвалідності при даному захворюванні, що дозволила змінити підходи до винесення експертного висновку, переглянути концепцію при цій патології відповідно до нових технологічних підходів проведення медико-соціальної експертизи.

Щодо інвалідності внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) в структурі первинної інвалідності працездатного населення, то тут спостерігається протилежна тенденція. Тобто, спостерігається зростання питомої ваги ІХС протягом терміну, що підлягав аналізу. Якщо протягом 2008–2009 рр. цей показник зберігався на одному рівні і складав 6,9 %, то в 2010 р. він зріс до 7,4 %, у 2011 р. – до 7,3 %. Безперечно, це пов'язано з тим, що ІХС залишається найпоширенішою патологією серед хвороб серцево-судинної системи в Україні. Щорічна кількість нових випадків інфаркту міокарда не зменшується і складає понад 50 тис., 32 % (кожний третій випадок) – у осіб працездатного віку. Незважаючи на пріоритетність даної проблеми, Україна відстає від економічно розвинених країн у питаннях діагностики та ефективного лікування інфаркту міокарда на основі сучасних технологій.

Окремо слід зупинитися на питанні щодо інвалідності внаслідок ІХС після проведеної ревазуляризації міокарда. При проведенні медико-соціальної експертизи

ефективне оперативне лікування ІХС повинне розцінюватися не як факт, що обтяжує стан хворого, а як чинник сприятливого реабілітаційного прогнозу. Однак віддалені результати ревазуляризації міокарда можуть залежати від вагомих факторів і за даними різних літературних джерел досить розбіжні. В кардіологічному відділенні ДУ «Укр. Держ. НДІ МСП МОЗ України» розроблені критерії об'єктивізації обмеження життєдіяльності та визначення груп інвалідності у даної категорії хворих. За нашими розрахунками, це позитивно відобразиться на рівні показників інвалідності внаслідок ІХС ближчим часом, тобто, на показниках 2012–2013 рр.

Забезпечення трудової діяльності інвалідів є важливою соціальною функцією держави. У вирішенні цього завдання беруть участь не тільки відповідні органи центральної виконавчої влади, місцевого самоврядування, але й усі підприємства, установи, організації, незалежно від форм власності. Ст. 19 Закону України № 875 від 21.03.91 р. «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (далі Закон № 875) для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, громадських організацій інвалідів, фізичних осіб, що використовують найману працю, встановлюється норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів у розмірі 4 % середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працюють від 8 до 25 осіб, - у кількості одного робочого місця. Розрахунок кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів здійснюється юридичними й фізичними особами, які використовують найману працю самостійно.

Порядок розрахунку середньооблікової чисельності працівників, необхідної для визначення кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів відповідно до нормативу, визначений п. 2 Інструкції № 286 від 28.09.2005 р. «Про затвердження інструкції зі статистики кількості працівників». Треба однак пам'ятати, що в розрахунку даного показника враховуються тільки штатні працівники.

Цей же порядок середньооблікової чисельності застосовується й при розрахунку

кількості працюючих інвалідів у рахунок виконання нормативу. Наприклад, якщо для виконання нормативу підприємство повинне працевлаштувати одного інваліда, то воно може взяти на роботу одного інваліда на 12 календарних місяців (можна й не на повну ставку) або двох інвалідів, один із яких буде працювати на підприємстві, приміром, 4 місяці, а інший – 8 місяців. У другому випадку норматив також буде вважатися виконаним, оскільки середньооблікова кількість інвалідів за рік складе «1». При розрахунку кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів у відсотковому відношенні від середньооблікової чисельності працівників отриманий результат округляється до цілого числа. Таким чином, якщо на підприємстві середньооблікова чисельність працівників становить близько 37 чоловік, норматив дорівнює одиниці ($37 \times 0,04 = 1,48$. Після округлення отримуємо 1.)

31 січня 2007 р. Кабінетом Міністрів України прийнята постанова № 70 «Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Зокрема, цією постановою Кабінет Міністрів України затвердив:

- порядок реєстрації підприємств, установ, організацій і фізичних осіб, які використовують найману працю;
- порядок подання підприємствами, установами, організаціями й фізичними особами, які використовують найману працю, звітів про зайнятість і працевлаштування інвалідів і інформації, необхідної для організації їхнього працевлаштування;
- порядок зарахування кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів до нормативу таких робочих місць у господарських об'єднаннях, до складу яких входять підприємства громадських організацій інвалідів;
- порядок сплати підприємствами, установами, організаціями й фізичними особами, які використовують найману працю, суми адміністративно-господарських санкцій і пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів;
- порядок використання суми адміністративно-господарських санкцій і пені

за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, що надійшли в державний бюджет;

- порядок проведення перевірки підприємств, установ, організацій і фізичних осіб, які використовують найману працю.

У зв'язку із прийняттям цієї Постанови втратили силу:

Положення про організацію робочих місць і працевлаштування інвалідів, затвержене постановою КМУ від 03.05.1995 р. № 314.

Порядок сплати підприємствами (об'єднаннями), установами й організаціями штрафних санкцій у відділення Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку й використання цих коштів, затверджений постановою КМУ від 28.12.2001 р. № 1767.

Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, у яких по основному місцю роботи працює 8 і більше осіб, реєструються у відповідних відділеннях Фонду соціального захисту інвалідів за своїм місцезнаходженням.

Для реєстрації роботодавці подають власноручно або направляють рекомендованим листом:

- заяву за формою, затвердженою Наказом Міністерства праці й соціальної політики України № 98 від 14.03.2007 р. «Про затвердження форм документів для реєстрації роботодавців у відділеннях Фонду соціального захисту інвалідів і виконанням ними нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів»;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію юридичної особи або фізичної особи – підприємця.

Датою реєстрації вважається дата надання документів роботодавцем, а у випадку направлення їх поштою – дата, зазначена на поштовому штампелі.

Зі скасуванням Положення про організацію робочих місць і працевлаштування інвалідів, затвердженого постановою КМУ від 03.05.1995 р. № 314, зникла формальна підстава для атестації створених для інвалідів робочих місць. Проте варто врахувати, що прийом на роботу інваліда пови-

нен проводиться з урахуванням вимог відповідної нозології (класифікації хвороби).

Виконанням нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, у кількості, установленій частиною першою ст. 19 Закону № 875, вважається працевлаштування підприємством, установою, організацією, у тому числі підприємством, організацією громадських організацій інвалідів, фізичною особою, яка використовує найману працю, інвалідів, для яких дане місце роботи є основним (тобто на даному підприємстві зберігаються їхні трудові книжки й до них внесені відповідні записи про прийом на роботу).

Згідно зі ст. 19 Закону № 875 підприємства самостійно здійснюють працевлаштування інвалідів на створені відповідно до нормативу робочі місця. Із цією метою вони можуть звертатися із заявками в районні Центри зайнятості або підшукувати інвалідів на вакансію своїми силами. Підприємствам, які працевлаштовують інвалідів, не зайвим буде нагадати ряд положень чинного законодавства, що визначають особливості трудових відносин із ними.

Так, коли приймають інваліда на роботу, забороняється встановлювати для нього випробувальний термін (ст. 26 КЗпП). У випадку скорочення чисельності або штату працівників інваліди мають переважне право залишитися на роботі при рівній з іншими працівниками продуктивності праці й кваліфікації (ст. 42 КЗпП).

Робота інваліда в нічний час допускається тільки з його згоди й за умови, що це не суперечить медичним показанням (ст. 55 КЗпП). Інвалідам I і II груп надається щорічна основна відпустка, тривалістю 30 календарних днів, а інвалідам III групи – 26 календарних днів (ст. 6 Закону «Про відпустки»). У перший рік роботи на підприємстві працівник-інвалід має право одержати щорічну відпустку повної тривалості в зручний для нього час до закінчення шестимісячного терміну безперервної роботи (ст. 10 Закону «Про відпустки»).

Крім щорічної основної відпустки, працівник-інвалід, за бажанням, може взяти додаткову відпустку без збереження заробітної плати. Тривалість такої відпустки

не може перевищувати: для інвалідів I і II груп – 60 календарних днів, для інвалідів III групи – 30 календарних днів (ст. 25 Закону «Про відпустки»).

Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, на яких працює 8 і більше штатних працівників, щорічно до 1 березня року, що настає за звітним, подають районним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів звіт за формою № 10-П. Нова форма 10-П (річна, поштова) «Звіт про зайнятість і працевлаштування інвалідів» і Інструкція з її заповнення затверджені Наказом Міністерства праці й соціальної політики України № 42 від 10.02.2007 р. і набули чинності 23 лютого.

Крім звіту за формою № 10-П, роботодавець повинен подавати в центр зайнятості інформацію про наявність вільних робочих місць (вакантних посад) для працевлаштування інвалідів. Для цього використовується форма 3-ПН «Звіт про наявність вакансій», затверджена наказом Мінпраці від 19.12.2005 р. № 420. Згідно зі ст. 20 Закону № 875 підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які використовують найману працю, де середньооблікова чисельність працюючих інвалідів менша ніж встановлено нормативом, передбаченим ст. 19 Закону № 875, щороку сплачують відповідним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів адміністративно-господарські санкції.

Розмір санкцій встановлений у розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві, в установі, організації, у тому числі підприємстві, організації громадських організацій інвалідів, у фізичних осіб, які використовують найману працю, за кожне робоче місце, призначена для працевлаштування інваліда й не зайняте ним.

Для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій громадських організацій інвалідів, фізичних осіб, на яких працює від 8 до 15 осіб, розмір адміністративно-господарських санкцій за робоче місце, призначене для праце-

влаштування інваліда й не зайняте інвалідом, установлений у розмірі половини середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві, в установі, організації, у тому числі підприємстві, організації громадських організацій інвалідів, у фізичних осіб, які використовують найману працю.

Однак ці положення не поширюються на підприємства, установи й організації, які повністю утримуються за рахунок коштів державного або місцевого бюджетів. Санкції сплачуються роботодавцями самостійно до 15 квітня року, що настає за роком, у якому відбулося таке порушення. У випадку порушення строків сплати санкцій, нараховується пеня, в розмірі 120 % дисконтної ставки НБУ. Порядок сплати пенсій затверджений Наказом Міністерства праці та соціальної політики України № 223 від 15.05.2007 р. Даний порядок затверджений згадуваною вище Постановою Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 70 «Про реалізації статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Об'єктом перевірки можуть бути підприємства, на яких за основним місцем роботи працюють 8 і більше працівників. Предметом перевірки є: реєстрація роботодавців у відділеннях Фонду; подача роботодавцями у відділення Фонду звітів про зайнятість і працевлаштування інвалідів; виконання роботодавцями нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів; сплата роботодавцями сум адміністративно-господарських санкцій і пені. За наказом керівника, відділеннями Фонду можуть проводитися планові й позапланові, виїзні й невиїзні перевірки.

Невиїзні перевірки проводяться на підставі звітів про зайнятість і працевлаштування інвалідів (за формою № 10-III). Планові виїзні перевірки проводяться не частіше одного разу в календарний рік. Про таку перевірку відділення Фонду повідомляє підприємство не пізніше ніж за 10 днів до її початку. Позапланова виїзна перевірка проводиться винятково у випадках, зазначених у п. 5 Порядку проведення перевірок:

- за рішенням суду;

- на вимогу контрольно-ревізійних, податкових, правоохоронних органів і органів прокуратури;

- за бажанням роботодавця;

- у випадку неподання роботодавцем звіту про зайнятість і працевлаштування інвалідів або подання такого звіту з помилками, які привели до несплати суми адміністративно-господарських санкцій або сплати їх не в повному обсязі.

Підставою для допуску до проведення перевірки є надання перевіряючим службового посвідчення й направлення на перевірку, підписаних керівником і скріплених печаткою відділення Фонду. У направленні вказуються мета, вид перевірки (планова або позапланова), підстава, дата її початку й закінчення.

Строк проведення перевірки (планової й позапланової) не повинен перевищувати 3-х робочих днів. Такий строк може бути продовжений тільки наказом керівника відділення Фонду або особи, яка виконує його обов'язки, ще на 3 дні. Документи, які повинен надати роботодавець у ході проведення планової або позапланової перевірки, зазначені в п. 8 Порядку проведення перевірок. До них відносяться, зокрема, повідомлення про реєстрацію роботодавця у відділенні Фонду, статут або установчий договір, штатний розпис, особові картки, трудові книжки працівників, звіти про зайнятість і працевлаштування інвалідів і т. ін. Інші документи, не зазначені в п. 8, перевірці не підлягають. Після проведення виїзної перевірки вповноважена посадова особа відділення Фонду складає акт у двох екземплярах. Перший екземпляр акта залишається у відділенні Фонду, другий – передається роботодавцю, у якого проводилася перевірка. Якщо роботодавець не згоден із результатами перевірки, то він може надати пояснення або незгоду в письмовій формі в момент підписання акта або направити їх поштою протягом 3-х робочих днів після підписання акта. Після одержання пояснення або заперечення Фонд повинен повідомити заявника про результати розгляду питання протягом 10 робочих днів. У випадку виявлення фактів невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, неподання

звіту про зайнятість і працевлаштування інвалідів уповноважена посадова особа, яка проводить перевірку, складає протокол про адміністративне правопорушення. Форма протоколу й порядок його заповнення затверджені Наказом Міністерства праці й соціальної політики України від 14.03.2007 № 99.

Таким чином, забезпечення трудової діяльності інвалідів є важливою соціальною функцією держави. У вирішенні цього завдання повинні брати участь не тільки відповідні органи центральної виконавчої влади, місцевого самоврядування, але й усі підприємства, установи, організації, незалежно від форм власності. Раціональне працевлаштування інвалідів – це, з одного боку, повернення трудових ресурсів державі, з другого – підвищення економічної самостійності інваліда з найменшою погрозою погіршення його здоров'я.

Література

1. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2007 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2008 – 115 с.
2. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2008 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2009 – 116 с.
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2009 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України В. М. Князевича. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010 – 128 с.
4. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України І. М. Ємця. – Дніпропетровськ: Пороги, 2011 – 135 с.
5. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 р.: аналітико-інформаційний довідник / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.; за ред. міністра охорони здоров'я України Р. В. Богатирьової. – Дніпропетровськ: Пороги, 2012 – 150 с.
6. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 223 від 15.05.2007 р. «Про порядок сплати пенсій».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 70 «Про реалізації статей 19 і 20 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».



УДК 616-036.86.616.006.614.1:31

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК НОВОУТВОРЕНЬ

Професор А. В. Іпатов¹, П. В. Павлов¹, Л. В. Кузьміна¹, А. Ю. Віноградов²

¹ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ,

²Клінічний онкологічний диспансер Дніпропетровської обласної ради

Резюме

В работе представлен анализ статистических данных заболеваемости, распространенности и инвалидности вследствие новообразований за 2002–2011 годы. Указано на необходимость разработки нового методологического подхода к анализу заболеваемости, распространенности и инвалидности как взрослого, так и трудоспособного населения Украины, который позволил бы не только оценивать процент изменений этих показателей по отношению к прошлому году, относительный риск их роста, но и прогнозировать возможные