

Д-р. ЙОЖЕФ РОЖА, руководитель главным отделом Министерства труда, кандидат экономических наук

**Общие вопросы, касающиеся ограниченной трудоспособности, а также и политики занятости**

В нашей стране число людей с ограниченной трудоспособностью составляет несколько сот тысяч человек. В интересах со-действия эффективной профессиональной реабилитации приблизи-тельно 10 лет тому назад Совет Министров принял решение, явля-ющееся по своему характеру общим. Опыт истекшего десятилетия во многом является неблагоприятным. В отношении развития про-фессиональной реабилитации к сожалению нам не удалось добиться качественного перелома. Наш опыт показывает, что в некото-рых социалистических странах идут впереди нас в отношении обеспечения персональных и материальных предпосылок професси-ональной реабилитации и мы стремимся перенять полезный опыт этих социалистических стран.

Сложившееся в Венгрии положение в отношении рабочей силы, по сравнению с прошлым, в значительно большей мере стимулирует к генеральному решению проблемы профессиональной реабили-тации, чтобы посредством этого можно было увеличить предложе-ние рабочей силы. В этом году Министерство труда, Министер-ство здравоохранения и Центральный совет венгерских профсою-зов разработали перспективный план развития профессиональной реабилитации.

Таким образом данный вопрос для венгерской стороны явля-ется исключительно актуальным и во многих аспектах нерешенным. Именно поэтому мы приветствуем проведение международного сим-позиума, так как ожидаем от него то, что он окажет нам содей-ствие в решении наших проблем. Нам ясно - и это является есте-ственным -, что свои собственные проблемы мы должны решать сами. Использование опыта братских стран лишь сможет содей-ствовать этому.

Относительно организационных вопросов в предварительном порядке хотелось бы заметить, что в Министерстве труда име-

ется Управление социальной политики, задачей которого является улучшение дела профессиональной реабилитации.

По данной теме образован общественный форум, уже долгое время функционирует секция профессиональной реабилитации Венгерского реабилитационного общества. В качестве начальника Управления социальной политики и как председатель указанной выше секции хотелось бы изложить вам следующие вопросы:

- Общие вопросы реабилитации
- Профессиональная реабилитация
- Специальные рабочие места
- Эффективность правового регулирования
- Итоги

#### Общие вопросы реабилитации

В порядке введения несколько слов о первоначальном и современном толковании понятия реабилитации.

Слово реабилитация перешло в обиход в XVIII веке и означало возвращение какого-либо лица в первоначальное состояние главным образом в юридическом и моральном смысле. Мы, естественно, в переносном смысле понимаем под реабилитацией телесное или душевное восстановление людей, попавших в неблагоприятное положение из-за потери здоровья /несчастный случай или оолезнь/ или иных каких-либо обстоятельств. Реабилитация является успешной в таких случаях, когда одновременно с восстановлением трудоспособности восстанавливается также и положение такого человека в семье и обществе. Далее, в своем докладе я буду затрагивать, главным образом, проблемы людей, состояние здоровья которых ухудшилось, т.е. людей с ограниченной трудоспособностью.

Реабилитация представляет собой продолжительный и сложный процесс, в рамках которого лишь искусственно могут разделяться медицинские и социальные аспекты, проблемы занятости. Кто нуждается таким образом в реабилитации?

Как из первоначального, так и современного толкования этого понятия вытекает, что те, кто что-либо потеряли, например, какую-либо конечность в результате несчастного слу-

чая или же являются слепыми с рождения, страдают от таких хронических желудочных или нервных болезней, которые полностью являются неизлечимыми и приводят к определенному ограничению функций. Таким образом основная идея медицинской реабилитации исходит из того, что в отношении приводимых выше в качестве примера случаях тяжелого и окончательного ухудшения здоровья вся совокупность еще сохранившихся функций все еще является большей того, что было потеряно в связи с болезнью. Таким образом мы должны принимать во внимание то, что сохранились и все попытки в отношении реабилитации следует базировать именно на эти способности. Изменяется, естественно, и медицинский подход.

Вся совокупность потерянных способностей может привести к инвалидности, получению — на полных основаниях — пособия по инвалидности, однако, в большинстве случаев назначение этого пособия означает отказ от всех усилий и медицинских мер, проводимых ради данного человека. В то же время выявление сохранившихся способностей и тренировка оставшихся мышц вместо потерянных может привести к тому, что в определенных областях человек вновь может стать полноценным. В этом заключается медицинский аспект реабилитации. Все это приводит к стопроцентному успеху в таких случаях, когда реабилитируемое лицо в состоянии выполнять полноценную работу или на своем первоначальном рабочем месте или же выполняя какую-либо иную работу. Может случиться, естественно, что человек будет в состоянии работать только дома, выполнять надомную работу или вести домашнее хозяйство. Может быть он сможет лишь обслуживать самого себя, но, при этом, он не будет нуждаться в уходе, обслуживании и не будет в тягость семье. Таким образом медицинская реабилитация выполняет весьма важную функцию даже и в таком случае, если ей могут быть обеспечены предпосылки трудовой деятельности, участия в общественно организованном труде.

В рамках общей деятельности по реабилитации медицинская реабилитация таким образом в настоящее время еще не занимает полагающееся ей место. Признаваемая и в научном плане профилактика, броские по своему воздействию методы излечения, за-

частую, феноменальные результаты хирургии пользуются значительно большим общественным престижем. В меньшей мере можно сказать это о профессиональной и социальной реабилитации, которая следует за приводимыми выше процессами.

Быстрые темпы технического прогресса, мировые войны, от которых страдало наше столетие, ускорение ритма жизни все более неотложным делают развертывание общей реабилитации. Гондмук Гарлем, предыдущий председатель Международного общества по реабилитации, исходя из черт, характеризующих развитие нашей эпохи пришел к тому выводу, что в общественной структуре наиболее индустриализированных стран сложились следующие отношения. 50 % населения будет слишком молодым или слишком старым для участия в производственном труде. В пределах оставшихся 50 % 20-25 % людей будет заниматься продуктивным трудом и в своем анализе он указывает, что 10-15 % будет составлять число таких людей, которые в силу какого-либо заболевания или несчастного случая только в том случае смогут работать, если их функции, отчасти, будут преобразованы и, отчасти, для них будут развертываться соответствующие рабочие места.

Эту фазу реабилитации, т.е. интегрирование в производственный труд мы конкретно называем профессиональной реабилитацией. Наряду с традиционным плетением корзин, изготовлением щеток наиболее простым методом, к которому более всего прибегают предприятия является перевод на так называемую более легкую работу /вахтер, сторож и т.д./. Эти работы, естественно, не требуют особой квалификации, однако, с точки зрения квалифицированных работников не являются привлекательными ни по содержанию, ни в социальном аспекте. Все это вызывает необходимость в том, что профессиональная реабилитация толковалась бы более широко и решению изыскивалось не посредством профессиональных компромиссов.

Хорошее осуществление медицинской реабилитации и успешная профессиональная реабилитация не являются гарантией того, что реабилитируемый вновь найдет свое место в более-менее широком понимаемом коллективе. В данном случае большую роль играет коллектив. Если на предприятии товарищи по работе не будут

оказывать реабилитируемому большую помощь, то вся работа по реабилитации будет безрезультатной. Огромное значение имеют человеческие предрассудки. В ходе посещения предприятий мы пришли к такому выводу, что часть здоровых работников опасается, боится реабилитируемых людей. В особенности это видно на примере социальной интеграции полностью здоровых, бывших больным туберкулезом.

Обществу, далее, неоходимо преодолеть следующее серьезное и парадоксальное противоречие. В конце прошлого столетия сложилось такое мнение, что инвалид вообще не способен трудиться и, что на протяжении всей своей жизни он будет в тягость обществу. В XX веке помочь общества чаще всего олицетворяется предоставлением пенсии.

Такая защита в аспекте социального страхования, т.е. высокий уровень социального обеспечения в социалистическом обществе в некоторых конкретных случаях действует отрицательно на профессиональную реабилитацию. В капиталистических странах было подмечено, что те, кто не пользовались защитой в аспекте социального страхования скорее проходили этап профессиональной реабилитации, чем те, которые охватывались социальным страхованием. Многие врачи подчеркивают, что для реабилитации обязательным является активное участие больного и это участие может быть большим только в таком случае, если будет большей разница между пенсией и доходом, получаемым после завершения реабилитации в пользу последнего. Такой, на первый взгляд антисоциальный подход в конечном счете лучше служит интересам общества, но и каждого отдельного больного. Со стороны больных часто высказывается такое опасение, что выздоровление, успешная реабилитация приведет к потери пенсии, выплачиваемой в связи с несчастным случаем. Практика показывает, что почти не видно стремления восстановить здоровье, совершенствовать сохранившиеся функции в таких случаях, когда очевидным является стремление к пенсии.

Если, например, работник получает пенсию по инвалидности в связи с каким-либо производственным несчастным случаем и потерей 66% трудоспособности, то в настоящее время имевшие место

потери компенсируются лишь материально. Но, то, что осталось из человеческих ценностей и способностей и, что еще можно было бы использовать в случае квалифицированной комплексной реабилитации во внимание мы не принимали. Уже в период медицинской реабилитации следует приступать к подготовке пострадавшего к новой жизни и это не только социальная по своему характеру задача. В данном случае необходимо комплексное решение. Как показывает опыт бесед, проводимых с больными еще в больнице, трудоспособные пострадавшие по настоящему ищут возможности трудоустройства, даже и те, кто пережили очень тяжелую травму.

В том случае, если данный вопрос рассматривать со стороны социальных мероприятий, то наша отечественная практика относится к числу первых в Европе. Но, если подумать, что в нашей действующей пенсионной системе преобладающим фактором является процент потери трудоспособности и что мы отказываемся от профессиональной реабилитации, то этим мы хотя и обеспечиваем социальную уверенность, но, тем не менее не служим в полной мере интересам отдельного человека и всего общества.

Решение проблемы личной и социальной интеграции пострадавших и больных выходит за рамки медицинского и социального обслуживания. Воспрепятствование формированию нарушений в сознании, использование сохранившихся способностей и опыта, накопленного на протяжении долгих лет возможно лишь посредством квалифицированной помощи. В связи с тем, что в отношении человека с ограниченной трудоспособностью изменение биологических функций вообще приводит к ограничению интенсивности труда, то поэтому в более серьезных случаях возникает необходимость в изменении профессии, т.е. адаптации рабочих мест. Таким образом лица с ограниченной трудоспособностью в состоянии полноценно работать или же не на много отстают от этого.

#### Профессиональная реабилитация

Причиной инвалидности могут быть различные заболевания или несчастные случаи. Однако, в большинстве случаев после соответствующего курса лечения пациенты полностью выздорав-

ливают и обретают свою былую трудоспособность. В таком случае инвалидность является лишь временной и процесс реабилитации завершается этапом медицинской реабилитации. В других случаях, однако, когда пострадавший лишается какой-либо части тела, слепнет или страдает сердечной болезнью следует говорить о стабильной инвалидности, которая может сопутствовать человеку, находящемуся в трудоспособном возрасте до конца его жизни. Лица, занимающиеся в таких случаях реабилитацией и проблемами трудоустройства должны принимать во внимание характер инвалидности /или характер заболевания/ и ее влияние на профессиональные навыки. Возьмем, например, бухгалтера, достигшего определенного возраста, правую руку которого пришлось ампутировать в связи с автомобильной катастрофой. Врачи, на работе и специалисты, занимающиеся реабилитацией считают, что этот человек уже не в состоянии работать в качестве бухгалтера. Такое решение бухгалтер принимает во внимание и его назначают курьером. Однако, через несколько месяцев он становится левшой и с помощью протеза на правый локоть он в состоянии в совершенстве выполнять работу бухгалтера.

Инвалидность, без сомнения, остается, но без того, чтобы приводить к стабильной потере трудоспособности. На основании вышесказанного можно сказать, что о сокращении трудоспособности следует говорить в таких случаях, когда работник:

- не в состоянии работать по своей старой профессии,
- если при работе по первоначальной профессии возникает опасность дальнейшего ухудшения состояния здоровья,
- если возникает опасность для других работников при назначении пострадавшего на работу,
- если работа по профессии будет способствовать ухудшению дефекта, от которого страдает данный работник.

Только в ходе обстоятельного обследования можно установить, что какой-нибудь инвалид с профессиональной точки зрения располагает ограниченной трудоспособностью или же полностью трудоспособен. Такое обследование направлено, с одной стороны на то, чтобы выявить те физиологические изменения, которые в силу полученной травмы ограничивают трудоспособ-

ность и, с другой стороны, касаются соответствующей адаптации физических возможностей работника в новом его состоянии.

Первый пример также указывает на то, что насколько необходимо в совершенстве уяснить степень сохранения трудоспособности работника-инвалида и в должной мере ее оценивать.

На работе, инженеры и прочие заводские специалисты – в силу отсутствия медицинской подготовки – не могут устанавливать пределы, которые по своему характеру являются биологическими или физиологическими. Именно поэтому, в случае сокращения трудоспособности, главным является мнение врача-специалиста тогда, когда речь идет о характере и величине приемлемой физической нагрузки. Задача врача заключается в том, чтобы дать заключение о психическом и физическом состоянии инвалида, о характере и ограничениях в аспекте его трудоспособности. На основании этого становится возможным определение таких категорий рабочего места и выполняемой работы, которые в принципе соответствуют ограниченной трудоспособности. Никогда нельзя испускать из виду то обстоятельство, что, хотя способности могут гибко приспособливаться, все же в большей мере труд следует приспособливать к возможностям данного человека.

Следует требовать от врачей того, чтобы в случае потери определенных функций, связанных с работой они не только рекомендовали перевод данного работника на более легкую работу, но, зная характер сохранившихся функций работника они должны давать более конкретные предложения. Они должны сказать врачам, что данный человек на каком поприще, работая по какой профессии сможет работать с полной отдачей. Процесс переподготовки или повышения квалификации должен увязываться с такими рекомендациями врача.

Профессионально-техническое обучение молодых возрастов с ограниченной трудоспособностью не так давно было урегулировано министром труда. Такая молодежь до 25-летнего возраста изучает какую-либо специальность в профессионально-технических училищах или специальных учебных заведениях /медицинские, социальные и логопедические учреждения/ и могут приобретать квалификацию, находясь в специфических условиях.

Наш опыт показывает, что налицо необходимость в значительно большем числе подобных учебных заведений.

Помимо вышеизложенного органы трудоустройства местных советов устанавливают те виды работ, которые могут выполнять только лица с ограниченной трудоспособностью. Опыт показывает, что данное регулирование не является в достаточной мере эффективным и на рабочих местах, выделяемых для работников с ограниченной трудоспособностью, зачастую, работают совершенно здоровые люди или же весьма своеобразно расширяется понятие работника с ограниченной трудоспособностью / с точки зрения трудоустройства к этой категории относят многодетных матерей, матерей-одиночек и т.п./.

Практически является нерешенным вопрос профессиональной переподготовки реабилитируемых людей в возрасте свыше 25 лет, т.е. взрослых. В нашей стране в рамках государственного санатория им. Йожефа Фодора функционирует единственное такое учреждение и сейчас мы предпринимаем попытки в интересах того, чтобы и в других профессионально-технических училищах также развертывали подобные курсы. В связи с тем, что мы реально должны расчитывать на увеличение численности работников, трудоспособность которых претерпевает изменения, то по нашему мнению следует в более организованном порядке обеспечивать условия современной профессиональной реабилитации.

Я убежден в том, что независимо от эпизодически проводимых курсов по переподготовке взрослых работников рано или поздно, но нужно будет развертывать территориальные реабилитационные центры профессионально-технического обучения.

#### Специальные рабочие места

Приблизительно 90 % работников трудоспособного возраста, располагающих сокращенной, ограниченной трудоспособностью продолжает работать на своем старом предприятии и поэтому обеспечение профессиональной реабилитации в большинстве случаев происходит в рамках полностью здоровых производственных коллективов.

В соответствии с характером производства, а также физи-

ческими и духовными способностями работников, трудоспособность которых претерпела изменения, в рамках машиностроения и легкой промышленности этим требованиям по занятости более всего соответствовали кооперативная промышленность и предприятия, находящиеся в ведении советов. Работа, с одной стороны, организовывалась в рамках предприятия и, чаще всего, по сокращенному рабочему времени и, с другой стороны, более всего пострадавшие имели возможность работать в качестве надомника. Работа, выполняемая надому является рациональной как с точки зрения реабилитируемых лиц, так и предприятий и кооперативов.

В нашей стране после освобождения постепенно развертывалась организованная занятость работников с ограниченной трудоспособностью. Различные мероприятия в области труда, здравоохранения и финансов повышали заинтересованность и ответственность предприятий и кооперативов в этом вопросе. Из числа постановлений, принятых в последние годы следует особо указать на один из элементов этого регулирования. Дело заключается в том, что начиная с 1976 г. всем предприятиям и кооперативам представлена возможность использовать определенный процент резервного фонда /без обязательства поисполнения этой суммы/ в интересах развертывания реабилитационных по своей направленности рабочих мест.

Такие предприятия и кооперативы, на которых 20 % работников являются лицами с ограниченной трудоспособностью, получают специальную государственную дотацию или налоговые скидки. В данном случае речь идет о работниках, занятых на производстве.

Кооперативы играют важную роль в отношении профессиональной реабилитации. В Будапеште и в провинции на рабочих местах и в качестве надомников занято приблизительно 9 000 работников с ограниченной трудоспособностью. Местная промышленность со временем своего образования принимает участие в реабилитации. В промышленности, подчиненной столичному совету три специальных предприятия и Столичное предприятие по производству изделий ручного труда в настоящее время в большей части привлекают на работу людей с ограниченной трудоспособностью. От

государства эти предприятия получают значительную помощь.

В нашей стране новым является то, что для лиц с ограниченной умственной способностью - хотя и в узком круге - наладили так называемую защитную работу. В настоящее время нам известно семь таких рабочих мест, на которых в интересах выполнения работы обеспечивается также и привлечение логопедов. Такие защитные рабочие места, фоном которых является семья, наряду со Столичным предприятием по производству изделий ручного труда, развернуты также и на фабрике печеньев "Замат" и на предприятии по переработке пряжи в городе Сегед. Приобретенный до настоящего времени опыт является благоприятным и в особенности это относится к таким рабочим местам, где систематически работают специалисты-логопеды. В особенности красноречивым является пример предприятия по переработке пряжи в городе Сегед. Предприятие, которое на первых порах привлекало на работу слепых, относится также к числу первых предприятий, организовавших привлечение к работе лиц с ограниченной умственной способностью. Предприятие заключило договор с логопедическими учреждениями в городах Сегед и Сентеш и на предприятии организовали обучение этих людей и, при этом, с прекрасными результатами.

После окончания курсов эти люди работают на так называемых защитных рабочих местах. Специалист-логопед, входящий в штаты предприятия наряду с надзором по месту работы, организует и руководит работой родительского комитета и при этом оказывает молодежи помощь в более разумном использовании свободного времени.

В особенности заслуживает внимания и перенятия сознательный процесс трудового воспитания. Наряду с параллельностью обучения и занятости на этом предприятии вошли в практику привлечения к работе и последующий уход.

Опыт, приобретенный в отношении этих так называемых защитных рабочих мест явно показывает, что лица с ограниченной умственной способностью в состоянии заработать сумму, необходимую для существования и, что посредством труда они могут найти свое место в обществе.

Вкратце следует еще указать и на так называемую социальную занятость. В данном случае, в первую очередь, речь идет о трудоустройстве лиц с весьма серьезно ограниченной трудоспособностью. По стране работает 22 так называемых социальных рабочих мест, из них в Будапеште 14 и в провинции 8. Количество работающих таким образом превышает 6 000 человек, и в большей части это женщины. Число лиц в возрасте превышающем пенсионный выходит за 50 %. Через соответствующие социальные органы эта сеть возглавляется Министерством здравоохранения. В соответствии с действующими положениями Министерства здравоохранения также социальные рабочие места являются самостоятельными хозяйственными подразделениями, деятельность которых осуществляется в соответствии с регулированием, касающимся бюджетных организаций. Положение, на основании которого создаются такие социальные рабочие места и регулируется их деятельность уже заведомо исключает возможность того, чтобы они превратились в обычные предприятия. В отношении их основное требование заключается в том, что речь должна идти о занятости, являющейся по своему характеру трудовой терапией, а не о росте прибыли. Этот последний аспект, конечно, является не последним в том смысле, чтобы выпускаемая продукция могла реализовываться на рынке.

#### Эффективность правового регулирования

Долгое время в постановлениях, касающихся реабилитации в нашей стране преобладал социальный характер. Только в последнее десятилетия на первый план стали выходить экономическая рациональность и по современному толкуемый гуманизм. Правовое положение лиц с ограниченной трудоспособностью в рамках специального постановления последний раз регулировали в 1967 г. Вместе с тем предприятия и кооперативы получили задачи, связанные с реабилитацией.

В данном распоряжении из числа проблем, имевшихся в то время была упорядочена самая важная, т.е. реабилитация работников с ограниченной трудоспособностью. Издаваемые в последующем дополнения продолжали усиливать ответственность пред-

приятий, обеспечивающих занятость в этом плане. В то же время подчеркивалась также и ответственность советских органов, главным образом, в отношении развертывания реабилитационных по своему назначению рабочих мест и, далее, соответствующей перегруппировки работников с ограниченной трудоспособностью, если на данном предприятии их труд организовывался нерационально.

Практически на предприятиях, зачастую, считают выполнение работы по профессиональной реабилитации излишней нагрузкой, заботой. В большинстве случаев о своих работниках, трудоспособность которых претерпела изменения они заботятся так, что переводят их на более легкую работу и путем предоставления им суммы, дополняющей заработок считают процесс реабилитации завершенным. Часто сам пострадавший не думает о лучшем использовании своей сохранившейся способности. Соответствующая просветительная работа, развертывание лучшей – по сравнению с настоящим – системы заинтересованности в любом случае может ускорить процесс реабилитации. Я убежден в том, что руководство предприятиями и профсоюзами должно с большей ответственностью принимать участие в выполнении распоряжений, касающихся работы по реабилитации. К числу подобных задач относятся следующие:

- выявление таких работников предприятий, трудоспособность которых является ограниченной, характер сокращения трудоспособности т.е. сохранившихся функций;
- организация курсов по профессиональному обучению, перевоподготовке и проведение соответствующей организационной работы;
- развертывание таких рабочих мест, на которых рационально могут работать без ухудшения состояния своего здоровья лица с ограниченной трудоспособностью.

Только в безвыходном положении можно прибегать к такому решению, что данный работник переводится на более легкую работу, требующую меньшей квалификации или же вносится предложение по представлению постоянной социальной помощи.

На предприятиях имеются реабилитационные комиссии, членами которых являются заводской врач, представители предприятия и профсоюзной организации. В большинстве случаев эти комис-

ции работают поверхностно. Их задачей является проявление инициативы в отношении выявления лиц с ограниченной трудоспособностью и организация профессиональной переподготовки. В настоящее время еще нет надлежащего контакта между деятельностью заводского врача и этой комиссии. Вполне возможно, что в отношении профессиональной реабилитации предприятия не получают квалифицированную помощь, указания. Мало специалистов, разбирающихся в вопросах профессиональной реабилитации. Поэтому в любом случае представляется целесообразным организация, за счет централизованных или бюджетных фондов, средств территориальных баз по переквалификации или повышению квалификации. Однако, это не должно умалять ответственность предприятий в отношении предприятия соответствующих шагов. Можно предположить и то, что в центрах по переподготовке и повышению квалификации, образуемых за счет бюджетных фондов будет обеспечиваться профессиональная реабилитация работников, в значительной мере потерявших свою трудоспособность, а реабилитация лиц, имеющих меньше повреждения и впредь осуществлялась бы на рабочих местах.

#### Выводы.

Сложность современной и всеохватывающей реабилитации заключается не в параллельности аспектов медицины, занятости и социального обслуживания, а в том, что эти аспекты тесно переплетаются друг с другом. Вместе с тем это указывает и на то, что профессиональную занятость нельзя рассматривать лишь в качестве медицинского или трудового вопроса. Это комплексная проблема.

Решение проблемы обучения и занятости лиц, страдающих потерей мобильности или же имеющих ограниченную умственную способность является исключительно актуальной задачей. Не только потому, что это уже и в настоящее время имеет общественно-политическое значение, а и потому, что эта прослойка, к сожалению, воспроизводится.

Уже и до настоящего времени как в сети здравоохранения, так и на предприятиях и в специальных логопедических учрежде-

НИЯХ мы встречались с различными начинаниями и положительными инициативами. Однако, как это представляется, необходимо предпринимать большие усилия. В нынешнем обществе проблема ограниченной или же изменившейся трудоспособности от рождения до смерти охватывает все возраста и связана с самыми различными заболеваниями. Вместо частичных решений следует стремиться к всеохватывающим и эффективным мерам. Связанные с этим условия могут быть сформулированы в двух пунктах:

1. Следует расширять возможности государственных органов, их обеспеченность кадрами, средствами, повышать их квалификацию. В данном случае следует подразумевать то, что по сравнению с настоящим необходимо увеличивать число рабочих мест, куда могут привлекаться с целью переподготовки работники с ограниченной трудоспособностью, нужно обрабатывать наиболее целесообразные методы и средства и стремиться к их широкому распространению. Начиная с проведения переписей населения вплоть до комиссий предприятий, занимающихся работниками с ограниченной трудоспособностью следует расширять и улучшать систему информации, которая может стать основной организацией трудоустройства этих людей.
2. Следует улучшать заинтересованность и готовность людей в полном участии в процессе профессиональной реабилитации. Это задача, отчасти, является пропагандистской, но, вместе с тем предполагает также и такую реформу действующих положений, которая в некотором отношении стимулирует человека к участию в реабилитации. В этом последнем случае ему следовало бы предоставлять более значительные материальные преимущества, чем по линии узко понимаемой социальной реабилитации, когда установление пенсии по инвалидности практически кажется, что государственные органы "исполнili свой долг". Необходим более обстоятельный подход, так как в последнем случае речь идет о пересмотре и переоценке представляемых в настоящее время прав. Однако, мы убеждены в том, что профессиональная реабилитация, пригодная для включения в общественный труд есть личный и общественный интерес, которому следует подчинить жизненные интересы.