

ПРОФИЛЬ ИНВАЛИДНОСТИ: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ

Елена Викторовна КУЛАГИНА

кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории социально-экономических проблем человеческого развития и качества жизни,

Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук, Москва, Российская Федерация
elkulagina@yandex.ru

История статьи:

Принята 22.03.2016

Принята в доработанном виде

04.04.2016

Одобрена 13.04.2016

УДК 314.17

JEL: J11, J14, J18

Ключевые слова: социальная политика, инвалиды, инвалидность, демографические факторы инвалидности, региональные аспекты инвалидности

Аннотация

Предмет. В статье рассматриваются факторы инвалидности, регулирование которых относится к актуальной задаче государственного управления – совершенствованию российской социальной политики в соответствии с требованиями Конвенции ООН о правах инвалидов.

Цели. Обосновать необходимость дифференцированного подхода к инвалидам разного демографического профиля, наиболее полно учитывающего их ресурсный потенциал, а также специфику распределения по субъектам Российской Федерации.

Методология. На основе статистических методов проанализированы данные Федерального регистра ПФР за 2015 г., исследований Европейского союза за 2015 г, Организации экономического сотрудничества и развития за 2008 г., а также статистического наблюдения за период с 1990 по 2015 г.

Результаты. Изучен международный опыт развития социальной политики, подходы к определению и исследованию инвалидности. Раскрыта специфика российской социальной политики. Рассмотрены факторы инвалидности и их динамика. Рассмотрены особенности половозрастной структуры инвалидов, рассчитаны показатели доли инвалидов в численности мужчин и женщин, уровень инвалидности по полу и возрасту. Разработана типология российских регионов, на основе которой исследована взаимосвязь показателей уровня инвалидности (общей и первичной) и демографических факторов. Установлены закономерности, обуславливающие региональное неравенство в уровне и возрастной структуре инвалидности.

Выводы. Необходимо введение дифференцированных мер социальной политики к разным категориям инвалидов, учитывающих неравенство в распределении уровня инвалидности по полу, возрасту и группам, а также региональные диспропорции факторов инвалидности. Результаты исследования могут быть использованы для повышения эффективности государственного управления на федеральном и региональном уровнях.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2016

Социальная политика в отношении инвалидов активно развивается во многих странах мира. Основная цель преобразований – системный подход, учитывающий особенности ресурсного потенциала инвалидов, их функции и ограничения, а также параметры окружающей среды: барьеры и факторы, способные оказать содействие¹. Государственная поддержка – социальная помощь, медицинские услуги и реабилитация – трансформируется в поисках баланса между социальным обеспечением и поощрением к максимально возможной самодостаточности посредством образования и трудоустройства [1, 2]. Задачи государственного управления значительно усложнились в условиях глобализации

и постиндустриального общества, когда изменения в сфере занятости, пенсионного обеспечения и социальной защиты населения приводят к сокращению расходов на социальную сферу и сужению сферы занятости². Проблема инвалидности стала «движущейся мишенью», требующей неукоснительного выполнения принятых обязательств и норм, а также дополнительного комплексного реформирования [3–5]. Поиск мер социальной политики сопровождается развитием исследований, посвященных изучению характеристик, которые образуют «профиль» инвалидности: возраста, пола, уровня физической активности, образования, дохода, профессии, места жительства, миграционного статуса, этничности [6–10]. Факторы, составляющие профиль инвалидности, и их влияние на социальное

¹ Конвенция о правах инвалидов – конвенция ООН, принятая Генеральной Ассамблеей 13 декабря 2006 г. и вступившая в силу 3 мая 2008 г. Одновременно с Конвенцией принят и вступил в силу Факультативный протокол к ней. По состоянию на конец ноября 2012 г. 155 государств подписали Конвенцию, 90 – Факультативный протокол. Ратифицировали соответственно 126 и 76 государств.

² Transforming Disability into Ability. Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People. OECD Publishing. Paris, 2003, 179 p.; Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries. OECD Publishing. Paris, 2010, 23 p.

благополучие исследуются в динамике: до и после наступления недееспособности, в долгосрочной и краткосрочной перспективе в зависимости от типа траекторий инвалидности [5, 11]. Одновременно совершенствуется статистическое наблюдение, которое включает демографические, экономические, социальные показатели. При этом учитываются уровень жизни, нуждаемость, зависимость от посторонней помощи в повседневной деятельности [3, 10, 12].

В российской социальной политике лицам с инвалидностью также отведена значительная роль: ратифицирована Конвенция ООН о правах инвалидов, расширяется правовое поле и статистическое наблюдение, усиливается государственная поддержка³. Остро стоит вопрос выбора ориентиров развития, поскольку «профиль» инвалидности и его специфика в субъектах Российской Федерации остаются малоизученными. Существенной проблемой для российских исследователей является неполнота и бессистемность статистических данных, расходящиеся по численности показатели. Отдельные исследования указывают на динамичность процесса изменения показателей инвалидности, на особенности распределения инвалидов по нарушениям функций организма (группам), по их возрасту и трудоспособности, а также на усиление региональных различий [13–15], однако не дают полной картины. Поэтому государственная программа «Доступная среда», направленная на обеспечение максимальной независимости инвалидов⁴, оперирует усредненными показателями, не учитывает демографические факторы инвалидности и региональные различия в профиле инвалидности. Между тем группа инвалидов многочисленна и разнородна. В 2015 г. суммарная численность инвалидов составила 12 924 тыс. чел.⁵:

- граждан, состоящих на учете в системе ПФР (с учетом данных по Крымскому федеральному округу) – 12 589 тыс. чел.;

³ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 01.12.2014 № 419-ФЗ.

⁴ Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297.

⁵ В общую численность инвалидов включаются также лица, состоящие на учете и получающие пенсию в системе Министерства обороны Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации и Федеральной службе безопасности Российской Федерации, Федеральной службе исполнения наказаний Министерства юстиции Российской Федерации и Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.

- получателей «военных» пенсий⁶ – 335 тыс. чел.

В общей численности населения страны доля инвалидов составляет 8,7%. В структуре инвалидов ПФР пенсионеры по возрасту составляют 65,2%, лица трудоспособного возраста (мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 года) – 30%, дети-инвалиды – 4,8%⁷.

Профиль российских инвалидов значительно смещен в сторону старших возрастов за официально установленные границы трудоспособности и выделяется на фоне международных сопоставлений. Среди причин, обуславливающих возникновение различий, выделяются расхождения в подходах к определению и пониманию инвалидности, а также в приоритетах социальной политики. Преобладание людей пожилого возраста в контингенте инвалидов возникло в процессе совершенствования российского законодательства, по мере изменения подходов к инвалидности: перехода от оценки трудоспособности к оценке стойких нарушений, препятствующих социальной активности в повседневной жизни, учебе, производственной деятельности⁸. Порядок признания граждан инвалидами, а также классификации и критерии, используемые в процессе освидетельствования – медико-социальной экспертизы в течение двух последних десятилетий не единожды дорабатывались⁹. За это время был введен ряд изменений, в числе которых:

- расширение категории детей до 18-летнего возраста¹⁰;
- переход от критерия трудоспособности к стойким расстройствам функций организма¹¹;

⁶ Положение инвалидов. URL: <https://clck.ru/A6GVK>

⁷ Данные из Федерального регистра ПФР.

⁸ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ; О порядке признания граждан инвалидами: постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 № 965.

⁹ О порядке и условиях признания лица инвалидом: постановление Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95; О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минтрудсоцзащиты России от 29.09.2014 № 664н; Методическое письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 17.04.2015 № 2720/2015; Методическое письмо ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России от 17.04.2015 № 2720/2015.

¹⁰ О порядке признания граждан инвалидами: постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 № 965.

¹¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ; О порядке признания граждан инвалидами: постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 № 965.

- единые критерии для детей и взрослых¹²;
- введение и отмена степени ограничения трудовой деятельности¹³;
- совершенствование оценки степени способности к обучению и к труду¹⁴;
- принцип количественной оценки по степеням нарушений функций организма¹⁵.

К лицам, получающим пенсию по инвалидности, в том числе бывшим военнослужащим, а также инвалидам – получателям социальных пенсий, были отнесены инвалиды вследствие радиационных и техногенных катастроф; по случаю потери кормильца; из числа космонавтов; пенсионеры по возрасту. Кроме того, изменению возрастной структуры инвалидности способствовало предоставление права получения двух пенсий (по инвалидности и трудовую пенсию по старости) гражданам, ставшим инвалидами вследствие военной травмы, пенсионерам – инвалидам из числа участников Великой Отечественной войны и пенсионерам-инвалидам, награжденным знаком «Жителю блокадного Ленинграда»¹⁶. Изменения привели к тому, что численность инвалидов объединила получателей трудовых и социальных пенсий, которые стали рассматриваться единой группой и единым объектом социальной политики. Согласно Федеральному регистру ПФР возрастной диапазон российских инвалидов охватывает детей младшего возраста и долгожителей в возрасте 100 и более лет¹⁷.

¹² Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы: приказ Минздрава России и Минтруда России от 29.01.1997 № 30.

¹³ Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минздравсоцразвития России от 22.08.2005 № 535.

¹⁴ Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1013н.

¹⁵ О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минтруда России от 29.09.2014 № 664н; О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: приказ Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н.

¹⁶ О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации: Федеральный закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ.

Примеры международного опыта показывают, что приоритеты государственной политики перераспределяются либо в сторону социального обеспечения пожилых групп, либо в сторону поддержки занятости инвалидов в молодых возрастах в зависимости от модели социального контракта, уровня развития экономики и состояния рынка труда [1]. Развитые страны проводят более активную политику в отношении лиц трудоспособного возраста, которые становятся объектом статистических наблюдений и социологических исследований. Как правило, при оценке инвалидности учитывается производительность и персональные возможности для возвращения на рынок труда, а не измерение отдельных характеристик [16]. Для определения численности инвалидов используют разноплановые инструменты. Наряду с гражданами, получающими государственные пособия по инвалидности, к этой категории причисляются выявленные в ходе опросов населения лица с ограничениями, затрудняющими самообслуживание и осуществление приносящей доход деятельности. Категории инвалидов, полученные в ходе использования различных методов оценки, могут изучаться совместно или в отдельности в зависимости от тематики исследований, задач управления, а также наличия и доступности данных. При составлении долгосрочных прогнозов численности рабочей силы, экономического поведения и других факторов может учитываться показатель инвалидности, основанный на самоопределении населения. При анализе динамики бюджетных расходов на социальные выплаты, профиля инвалидности, специфики потребностей, различных аспектов уровня жизни, социального обеспечения, занятости могут использоваться данные о лицах, которые зарегистрированы официально, а также о лицах, выявленных в ходе опросов¹⁸.

Доля инвалидов трудоспособного возраста в общей численности населения США (от 18 до 65 лет) составляет 6,4%¹⁹, в странах ЕС (от 15 до 64 лет) – 15%²⁰. К странам со средними значениями показателя по Евросоюзу относятся

¹⁷ На 01.01.2016 численность инвалидов в возрасте 100 лет и более составила свыше 2,5 тыс. чел.

¹⁸ *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD countries.* OECD Publishing, Paris, 2010, 43 p.

¹⁹ *Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2014.* Social Security Office of Retirement and Disability policy USA. URL: <https://clck.ru/A6Pq9>

²⁰ Инвалидами считаются граждане, испытывающие трудности при выполнении основного вида деятельности (зрение, слух, подъем, сгиб и т.д.), под которым понимается выполнение задачи или действия. Трудности должны длиться 6 мес. или больше. См. Eurostat Statistics Explained. URL: <https://clck.ru/A6PqU>

Польша, Дания, Бельгия, Нидерланды. В Германии, Великобритании, Швеции, Швейцарии этот показатель превышает 15%, в Австрии, Финляндии, Франции, Исландии он превышает 20%²¹.

Основной причиной получения пенсий по инвалидности в странах ОЭСР являются психические нарушения, которые отмечаются почти у каждого третьего из обратившихся первично. Широкая трактовка численности инвалидов не предполагает непосредственной «привязки» к социальному пенсионному обеспечению. В среднем по странам Организации экономического сотрудничества и развития доля инвалидов трудоспособного возраста (от 20 до 65 лет), не имеющих никаких выплат, составляла в 2008 г. от 10 до 25%. При этом к получателям пенсии по инвалидности относится около 6% лиц трудоспособного возраста. В скандинавских странах этот показатель составляет более 10%, в Японии и Корее – менее 2%. В эту численность не входят инвалиды, получающие выплаты от работодателей, по медицинскому страхованию, по безработице и социальную помощь²².

В Российской Федерации доля инвалидов трудоспособного возраста, находящихся на учете в системе ПФР, составляет всего 4,5% (мужчины от 16 до 59 лет, женщины от 16 до 54 лет)²³. Основной причиной инвалидности в числе обратившихся как первично, так и вторично являются болезни системы кровообращения (чаще, чем у каждого четвертого в трудоспособном возрасте и у 40% в пенсионном возрасте)²⁴. По расчетам экспертов, при низком потенциале здоровья российского населения, короткой продолжительности жизни и смертности в молодых возрастах уровень инвалидности должен превышать регистрируемые значения по меньшей мере в 2 раза. Поэтому есть основания для допуска жестких критериев при установлении инвалидности, ориентированных преимущественно на тяжелые нарушения в состоянии здоровья, поэтому часть населения с инвалидизирующей патологией выпадает из поля зрения [14]. На полноту охвата граждан с инвалидностью влияют также причины, обусловленные состоянием

систем здравоохранения на территориях и доступа населения к услугам учреждений здравоохранения и бюро медико-социальной экспертизы [17, 18].

Факторы, воздействующие на величину показателя численности инвалидов и его динамику, обусловленные прежде всего порядком освидетельствования, задают направления тренда. По данным Федерального регистра ПФР прослеживаются два этапа, характеризующих направления развития социальной политики:

- первый этап с 1990 по 2010 г. – период интенсивного роста численности, когда почти в 3 раза увеличились как абсолютный (с 4 338 до 12 866 тыс. чел.), так и относительный (с 29,3 до 90,1 чел. на 1 000 тыс. населения) показатели;
- второй этап – последовательное сокращение значений, которые на начало 2015 г. составили соответственно 12 460 тыс. чел. и 86,5 чел. на 1 000 чел. населения.

Численность лиц старше 18 лет, признанных инвалидами, увеличивалась более умеренными темпами, несмотря на скачки роста в 2000 и в 2005 гг., когда значение достигло пика. Последующий за этим спад приводит к постепенному сближению значений 1990 г. (51,7 чел. на 10 000 чел. населения) и 2015 г. (62,7 на 10 000 чел. населения), о чем свидетельствуют данные, приведенные в табл. 1. В отличие от предшествующих лет, в течение которых процессы изменения численности инвалидов имели хаотичный характер, с 2010 г. корреляция ежегодных показателей уровня общей инвалидности в субъектах Российской Федерации приблизилась к единице, то есть уровень впервые признанных инвалидами достиг 0,7. Парная корреляция между общей численностью инвалидов и численностью инвалидов, признанных первично, составила 0,6. К 2014 г. ряды рассматриваемых показателей приобрели большую однородность. Численность детей-инвалидов, составлявшая в 2015 г. 605 тыс. чел., изменялась в направлении, противоположном общей тенденции. На фоне колебаний абсолютной численности значение относительного показателя устойчиво повышалось до 2014 г. и составило 211,7 чел. на 10 000 детей. Его значение впервые снизилось в 2015 г. до 201,6 чел. на 10 000 детей (табл. 1). Таким образом, рост числа инвалидов происходит в детских возрастах, что является следствием ухудшения здоровья населения именно в этих группах. С 2010 по 2015 гг. численность инвалидов с детства выросла с 892 до

²¹ Eurostat Statistics Explained, Disability statistics, 2015.
URL: <https://clck.ru/A6PqY>

²² *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD countries.* OECD Publishing, Paris, 2010, 59 p.

²³ Расчеты проведены по данным Федерального регистра ПФР на 01.01.2015.

²⁴ Форма № 7 Собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше» (2015 г.).

993 тыс. чел., или с 7 до 8% от общего количества инвалидов²⁵. Увеличение численности детей-инвалидов на фоне сокращения общей и первичной численности инвалидов является общемировой тенденцией. Это обуславливает необходимость развития новых схем государственной политики и усиления мер, касающихся социальной защиты лиц, не имеющих жизненного опыта в процессе образования и трудоустройства [1, 10]. Вслед за изменением численности происходит изменение структуры распределения по группам инвалидности:

- сокращается доля лиц со стойкими значительными нарушениями функций организма (первая группа);
- сокращается доля лиц со стойкими выраженными нарушениями (вторая группа);
- увеличивается доля инвалидов с умеренными нарушениями (третья группа).

Структура инвалидности деформируется вследствие процессов, протекающих на стадии первичного и повторного освидетельствования. Доля лиц всех возрастов, освидетельствованных первично, включая детей, составила в 2015 г. от общей численности инвалидов 5,9%, освидетельствованных повторно – 12,8%. Наблюдение за показателем численности лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, за период с 1995 по 2014 г. указывает на изменения как в значении этого показателя, который сократился с 16 до 5,6% в общей численности инвалидов, так и в его структуре. Доля инвалидов второй группы снизилась с 74,2 (999 тыс. чел.) до 39,5% (288 тыс. чел.), третьей группы выросла – с 14,6 (198 тыс. чел.) до 43,6% (318 тыс. чел.).

Скачки численности «первичных» инвалидов в отдельные годы не оказали влияния на указанный тренд. В 2012 г. абсолютный и относительный показатели численности лиц с третьей группой впервые превысили численность лиц со второй группой. На протяжении рассматриваемого периода в составе лиц от 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, доля лиц трудоспособного возраста оставалась стабильной. Ее значение приблизилось к 50% в 2000 г. и пока балансирует на этом уровне. В 2014 г. численность инвалидов в трудоспособном возрасте среди впервые признанных составила 347 тыс. чел. (табл. 2).

За период с 2010 по 2015 г. общая численность инвалидов с первой группой снизилась с 12,3 до

11,1% (с 1 513 до 1 328 тыс. чел.), со второй группой – с 57,4 до 52,3% (с 7 074 до 6 266 тыс. чел.). Доля инвалидов с третьей группой выросла с 30,3 до 36,6% (с 3 739 до 4 391 тыс. чел.). При этом суммарная численность инвалидов с детства в этом интервале времени выросла с 892 до 993 тыс. чел., или с 7 до 8% от общего количества инвалидов. Количество инвалидов с детства среди инвалидов третьей группы составило 57 тыс. чел., среди второй группы – 17 тыс. чел., среди первой группы – 27 тыс. чел.²⁶

Процессы изменения структуры инвалидности по нарушениям функций организма (группам) протекали с разной интенсивностью и выраженностью у представителей различных возрастных групп. Анализ численности освидетельствованных первично и повторно в возрасте от 18 лет и старше в период с 2010 по 2015 г. раскрывает возрастную специфику инвалидности по степеням нарушений (группам) и характеру деформаций. В 2010 г. все возрастные группы имели индивидуальные признаки: степень выраженности нарушений функций организма (группы) заметно усиливалась с возрастом. Часть из этих признаков сохранилась и в 2015 г. У инвалидов в возрасте от 18 до 44 лет в равной степени часто регистрируются вторая и третья группы инвалидности. У инвалидов среднего и предпенсионного возраста (от 45 до 54 лет для женщин и от 45 до 60 лет для мужчин) наиболее распространена третья группа. Отличительной чертой инвалидов пенсионного возраста (старше 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин) является более высокая вероятность наличия первой группы. В 2010 г. для этого возраста было также характерно наличие второй группы. Изменения критериев и порядка медико-социального освидетельствования приводят к стиранию различий, проявившихся достаточно заметно до недавнего времени. В максимальной степени трансформации затрагивают инвалидов пенсионного возраста как при первичном, так и при повторном освидетельствовании. Сходным образом, но менее жестко выстраиваются механизмы освидетельствования лиц старше 45 лет. В меньшей степени трансформации коснулись лиц младшего трудоспособного возраста (от 18 до 44 лет).

В 2010 г. каждому пятому инвалиду пенсионного возраста, прошедшему первичное освидетельствование, была установлена первая группа, примерно половине – вторая группа (табл. 3). При вторичном освидетельствовании сохранялся баланс между второй и третьей группами (табл. 4).

²⁵ Положение инвалидов. URL: <https://clck.ru/A6GVK>

²⁶ Там же.

В 2015 г. третья группа стала чаще устанавливаться во всех возрастных категориях. Однако инвалиды пенсионного возраста лидируют по росту доли третьей и сокращению доли второй группы. За период с 2010 по 2015 г. доля инвалидов второй группы среди лиц пенсионного возраста сократилась на 8,2%, третьей – увеличилась на 5,2%. Среди лиц старше 45 лет сокращение второй группы составило 5,2%, увеличение третьей группы – 2,8% (табл. 3.).

Среди инвалидов, прошедших повторное освидетельствование, доля инвалидов второй группы у лиц пенсионного возраста сократилась на 7,5%, третьей группы – увеличилась на 8,8%. Среди инвалидов старше 45 лет доля второй группы сократилась на 5%, при этом на такую же величину возросла третья группа (табл. 4). В силу своей многочисленности в 2015 г. доля инвалидов третьей группы при первичном освидетельствовании составила 44,3%, при повторном освидетельствовании – 52,7% (табл. 3, 4).

Уровень инвалидности нарастает с возрастом. В международной практике анализ численности инвалидов по возрасту и полу и ежегодной динамике показателей позволяет планировать меры социального обеспечения и занятости [1, 3]. В широком диапазоне всех возрастных групп (как это принято в Российской Федерации) такой подход тем более важен по причине неоднородности лиц с инвалидностью, неравенства их потребностей и возможностей.

Доля инвалидов в общей численности населения варьируется от 2 (от 0 до 14 лет) до 31% (65 лет и более), численность инвалидов на 1 000 чел. населения – от 17,7 (от 0 до 14 лет) до 312,1 (65 лет и более). Интенсивное приращение уровня инвалидности начинается после 45-летнего возраста, когда его значение увеличивается на 50 и более процентов за десятилетние интервалы (45–54, 55–64 года, 65 лет и далее), что в равной степени справедливо для мужчин и женщин. Уровень инвалидизации мужчин на 1 000 чел. соответствующего возраста примерно на 20% выше, чем среди женщин в каждой возрастной группе. После 65 лет это значение постепенно выравнивается. В абсолютных показателях различия профиля инвалидности по полу и возрасту составляют сотни тысяч и даже миллионы человек. До 54 лет мужчины лидируют по численности, их на 403,8 тыс. больше, чем женщин. После 65 лет тенденция меняется на противоположную – женщин становится на 2 млн 350 тыс. чел. больше, чем мужчин. В общей

сложности численность инвалидов среди мужчин составляет 5 млн. 356 тыс. чел., среди женщин – 7 млн. 301 тыс. чел. (табл. 5).

Около половины мужчин-инвалидов находятся в трудоспособном возрасте (2 431,6 тыс. чел.) и немногим более половины – в пенсионном возрасте (2 631,4 тыс. чел.). Напротив, среди женщин-инвалидов в трудоспособном возрасте находится только каждая пятая (1 444,3 тыс. чел.), а за границами трудоспособного возраста их численность более чем утраивается (5 633,5 тыс. чел.). Женщины пенсионных возрастов составляют почти половину от общей численности инвалидов. Таким образом, профиль инвалидности смещен как по возрасту, так и по полу. Российские инвалиды намного старше населения страны (и мужчины, и женщины). В свою очередь, женщины-инвалиды значительно старше, чем мужчины-инвалиды, и в большинстве случаев имеют статус пенсионера «по старости» (рис. 1).

Доминирование в группе инвалидов-пенсионеров по старости, 90% которых уже не ведут активного образа жизни, согласно комплексному обследованию уровня жизни населения Росстата²⁷, характеризует тип российской государственной политики. Ведущее место отводится социальному обеспечению, развитие политики образования и занятости, оказывается, значительно отстает. Одним из последствий текущей политики является низкий уровень занятости у инвалидов трудоспособного возраста (28%), то есть в 2 раза меньше по сравнению с подобными показателями в развитых странах мира²⁸. Специфика социальной политики отражается и в структуре расходов федерального бюджета на государственную программу «Доступная среда». Затраты на создание рабочих мест для инвалидов, включенные в поддержку общественных организаций, которые обеспечивают политику занятости, составят 4,3% от совокупных расходов программы²⁹. В то же время доля средств на мероприятие «Предоставление государственных гарантий инвалидам», предусматривающее обеспечение техническими средствами реабилитации, составит 60% от общих расходов. Федеральный перечень технических средств реабилитации включает: простейшие предметы для личного пользования и гигиены – противопролежневые матрасы и подушки,

²⁷ Положение инвалидов. URL: <https://elck.ru/A6GVK>

²⁸ Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы: постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297.

²⁹ Рассчитано по данным государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы.

слуховые аппараты, подгузники, трости, протезы, кресла-коляски³⁰. Устройства, основанные на современных технологиях, облегчающие процессы движения, восприятия, коммуникации, а также осуществление деятельности, необходимой при обучении и трудоустройстве для незрячих, малоподвижных, неслышащих категорий населения, в перечень не включены³¹. Содержание мероприятия, касающегося доступной среды – инфраструктуры, на создание которой будет израсходовано 9% средств федерального бюджета, также указывает на специфику социальной политики, поскольку ограничивается рамками «приоритетных объектов», в границах «приоритетных сфер жизнедеятельности»³². Вопреки положениям законодательства, трактующим инвалидность и реабилитацию³³, приоритетные объекты не соотносятся с областью профессиональной деятельности. В их числе учреждения и организации здравоохранения, образования, социальной защиты населения, спорта и культуры. Места приложения труда, а также объекты связи и информации, транспорта и дорожно-транспортной инфраструктуры, жилые здания и помещения, объекты потребительского рынка и сферы услуг в число приоритетных не входят³⁴. Эта ситуация не изменится до 2020 г.

³⁰ Об утверждении Порядка обеспечения инвалидов отдельными видами технических средств реабилитации и Перечня отдельных видов технических средств реабилитации: постановление правительства Севастополя от 22.01.2015 № 32-ПП; Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального Перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденное распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р: приказ Минтруда России от 24.05.2013 № 214н.

³¹ Обновление классификации национального стандарта Российской Федерации 51079-2006 «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» предусмотрено в программе на 2016 г.

³² Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики: приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627.

³³ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 01.12.2014 ФЗ № 419; О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон от 24.11.1995 ФЗ № 181.

³⁴ Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики: приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627.

Отсутствие сбалансированности бюджетных расходов между подгруппами инвалидов указывает на недостаточную эффективность российской социальной политики с точки зрения обеспечения самодостаточности тех из них, которые ведут активный образ жизни. В условиях ограниченных ресурсов поддержка одних категорий инвалидов реализуется за счет других, что входит в противоречие не только с отечественным, но и с международным законодательством³⁵. Решение о распределении государственных ресурсов на социальную защиту инвалидов может быть политическим, но может основываться на знаниях, позволяющих распределить бюджет наиболее справедливо [5]. Учет интересов всех категорий, нуждающихся в государственной помощи, в соответствии с профилем инвалидности, его динамикой, накопленным потенциалом «на входе» в инвалидность, ее продолжительностью и цикличностью должен лечь в основу социальной политики и мониторинга изменений как в целом по стране, так и в ее отдельных регионах.

Профиль и величина уровня инвалидности дифференцированы в разрезе территорий, поскольку взаимосвязаны с качеством населения и социально-экономическими условиями. Высокий уровень инвалидности характерен для регионов с преобладанием в структуре населения представителей старших возрастов, менее образованных, с большим количеством мигрантов, низким качеством жизни и высокой безработицей³⁶. Работы научно-исследовательских институтов организации и информатизации здравоохранения, проводимые в 1990 и 2000 гг., показали, что региональная дифференциация уровня инвалидности обусловлена особенностями возрастной структуры населения и смертности в субъектах Российской Федерации. Высокий уровень инвалидности характерен для регионов с большей долей населения старше трудоспособного возраста, а также с большей продолжительностью жизни [14].

Специфика формирования инвалидности в субъектах Российской Федерации более полно раскрывается в ходе статистического анализа

³⁵ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией конвенции о правах инвалидов: Федеральный закон от 01.12.2014 ФЗ № 419.

³⁶ *Ruffing K.A.* Geographic Pattern of Disability Receipt Largely Reflects Economic and Demographic Factors Disability Benefits Especially Important in South and Appalachia. January 9, 2015. Available at: <https://clck.ru/A6PzZ>; Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2014. Social Security Office of Retirement and Disability policy USA. Available at: <https://clck.ru/A6Q2k>

взаимосвязи уровня инвалидности и демографических характеристик населения, проведенного на основе данных 2014 г. В то время общая численность инвалидов в стране составила 12 946 тыс. чел.³⁷, уровень инвалидности – 89,7 чел. на 1 000 чел. населения, уровень первичной инвалидности в возрасте 18 лет и старше – 64 чел. на 1 000 чел. населения соответствующего возраста. Распределение субъектов Федерации по численности инвалидов подтвердило сложившиеся закономерности: высокие значения фиксируются на территориях центральной части Российской Федерации и ее Северо-Запада, низкие – на территориях Сибири и Дальнего Востока. Максимальное значение уровня инвалидности отмечается в Белгородской области – 165,4 чел. на 1 000 чел. населения, минимальное в Ямало-Ненецком автономном округе – 32,4 чел. на 1 000 чел. населения. При этом одной из наблюдаемых на данный момент тенденций стал рост показателей первичной инвалидности в республиках Кавказа. Максимальное значение впервые признанных инвалидами отмечается в Чеченской Республике – 101,8 чел. на 10 000 чел. населения, минимальное – в Ямало-Ненецком автономном округе – 28,8 чел. на 10 000 чел. населения³⁸. На основе распределения величины уровня инвалидности (зависимой переменной анализа), а также демографических факторов (возрастной структуры населения, продолжительности жизни и смертности) субъекты Российской Федерации распределились на четыре группы (табл. 6).

В первую группу вошли субъекты Федерации, в которых значения уровня инвалидности (112,2 чел. на 1 000 чел. населения при среднем значении 89,7 чел.) и доли населения старше трудоспособного возраста в численности населения (26,9% при среднем значении 22,9%) выше среднего показателя по стране. По уровню инвалидности лидирует Белгородская область (165,4 чел. на 1 000 чел. населения), наименьший показатель в Ивановской области (90,4 чел. на 1 000 чел. населения). Среднее значение составляет 108,4 чел. В группу входит 26 субъектов Федерации из Центрального, Северо-Западного и Приволжского федеральных округов, где проживает треть российских инвалидов от их общей численности – 4 276 тыс. чел. (табл. 6).

В то время как в первой группе регионов высокие показатели уровня инвалидности наблюдаются наряду с высокой долей лиц пожилого возраста, зависимость между этими значениями не обнаружена. Уровень инвалидности имеет слабую обратную взаимосвязь с показателем смертности – 15,5 умерших на 1 000 чел. населения (среднее значение 13,1 умерших). Средняя продолжительность жизни в рассматриваемой группе регионов составляет 70,1 года, что ниже средних значений по стране (70,4 года)³⁹. Можно предположить, что на уровень инвалидности в этой группе регионов оказывает влияние более широкий комплекс факторов, чем рассмотренные в исследовании.

Во вторую группу вошли субъекты, в каждом из которых значения показателей уровня общей инвалидности (104,1 чел. на 1 000 чел. населения при среднем значении 89,7 чел.) и доли населения моложе трудоспособного возраста (22,7% при среднем значении 18,7%) также превышают средние значения по стране. По уровню инвалидности наибольший показатель (132,4 чел. на 1 000 чел. населения) в Республике Ингушетия, наименьший – (90 чел. на 1 000 чел. населения) в Забайкальском крае. Медианное значение составляет 98,3 чел. В эту группу вошли 14 субъектов Российской Федерации разной территориальной принадлежности. Доля инвалидов, относящихся к этой группе, составляет около 15% от их общей численности (1 897 тыс. чел. (табл. 6)).

Данный тип регионов характеризует высокая рождаемость и высокая младенческая смертность – в среднем 10,3 детей, умерших в возрасте до одного года на 1 000 родившихся живыми (среднее значение – 7,8 детей). Между показателями младенческой смертности и уровнем инвалидности выявлена положительная корреляционная взаимосвязь ($r = 0,5$). Корреляционный анализ также показал тесную прямую взаимосвязь между уровнем инвалидности и долей населения младше трудоспособного возраста ($r = 0,8$). В уравнении парной линейной регрессии для уровня инвалидности и для доли населения младше трудоспособного коэффициент регрессии оказался значимым ($p < 0,05$), тем самым не отвергается гипотеза о существовании прямой взаимосвязи. Коэффициент детерминации R^2 составил 0,6. Профиль инвалидности обусловлен низким потенциалом здоровья рожденных детей, а также проблемами, вызывающими высокую младенческую смертность, без решения которых рост рождаемости приводит к росту инвалидности.

³⁷ Здравоохранение в России. 2015. Статистический сборник. М.: Росстат, 2015. 174 с.

³⁸ Регионы России: социально-экономические показатели. 2015. Статистический сборник. М.: Росстат, 2015. 1266 с.

³⁹ Без Крыма.

В третью группу вошли субъекты, в каждом из которых уровень общей инвалидности составляет 81,1 чел. на 1 000 чел. населения, что ниже среднего по стране (89,7 чел.), а доля населения старше трудоспособного возраста выше – 25,1% (среднее значение – 22,9%). Максимальное значение показателя инвалидности в этой группе регионов отмечается в Калужской области (89,2 чел. на 1 000 чел. населения), минимальное – в Саратовской – (63 чел. на 1 000 чел. населения). Медианное значение составляет 82,3 чел. Этот тип регионов объединил 20 субъектов Федерации, расположенных по всей территории страны, за исключением Северо-Кавказского и Дальневосточного федеральных округов, где проживают 40,3% инвалидов от их общей численности, составляющей 5 172 тыс. чел. (табл. 6).

Регионы данного типа характеризует более высокая продолжительность жизни (70,9 года при среднем значении 70,4 года) и смертность (13,7 умерших на 1 000 чел. населения при среднем значении 13,1 умерших). Уровень инвалидности показал прямую взаимосвязь с долей населения старше трудоспособного возраста ($r = 0,5$)⁴⁰. Наличие прямой взаимосвязи не отвергается в построенном уравнении парной линейной регрессии со значимым коэффициентом регрессии ($p < 0,05$), ($R^2 = 0,3$). Показатели инвалидности в регионах данного типа обусловлены ухудшением здоровья населения в пожилом возрасте.

В четвертую группу вошли субъекты, в каждом из которых показатели уровня инвалидности (60,3 чел. на 1 000 чел. населения при среднем значении 89,7 чел.) и доли населения старше трудоспособного возраста (18,5% при среднем значении 22,9%) ниже средних величин по Российской Федерации. В эту группу входит 21 субъект Федерации. Это малочисленные регионы Дальневосточного и Сибирского федеральных округов. Доля инвалидов в этой группе регионов, составляет всего 12% от их общей численности (1 453 тыс. чел.) в Российской Федерации (табл. 6).

Максимальное значение уровня инвалидности составляет 86,7 чел. на 1 000 чел. населения в Республике Коми, минимальное – в Ямало-Ненецком автономном округе (31,4 чел. на 1 000 чел. населения). Медианное значение равно 60,6 чел. Данный тип регионов отличается самой низкой продолжительностью жизни (69,1 года при среднем значении 70,4 года) и одновременно низкой смертностью (10,9 умерших на 1 000 чел.

населения при среднем значении 13,1 умерших). Регионы данного типа стали единичным примером, когда корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь между уровнем инвалидности и уровнем смертности ($r = 0,5$). Гипотеза о существовании прямой взаимосвязи подтвердилась уравнением парной линейной регрессии (коэффициент значим: $p < 0,05$), $R^2 = 0,2$). Корреляционный анализ также показал прямую взаимосвязь между уровнем инвалидности и долей населения старше трудоспособного возраста ($r = 0,6$)⁴¹. Уравнение парной линейной регрессии не отвергает гипотезу о существовании прямой взаимосвязи (коэффициент значим: $p < 0,05$), $R^2 = 0,7$). Показатели инвалидности в этих субъектах обусловлены ухудшением здоровья населения в старшем возрасте (табл. 6).

Анализ уровня инвалидности и демографических факторов – возрастной структуры населения, смертности и продолжительности жизни в регионах разных типов показал некоторые зависимости.

Во-первых, в ходе исследования подтвердилось, что одним из признаков, обуславливающих величину уровня инвалидности, является возрастная структура населения. Самые высокие показатели уровня инвалидности характерны для регионов первого типа с высокой долей пожилого населения. Самые низкие – для регионов четвертого типа с низкой долей пожилого населения. Учитывая специфику различий в признаках инвалидности по возрасту, по выраженности нарушений (группы инвалидности), по полу, можно заключить, что в первом случае основным объектом социальной политики становятся женщины пенсионного возраста, среди которых наиболее распространены стойкие, значительно выраженные нарушения (первая группа). Во втором случае может быть более весомой категория инвалидов с умеренными нарушениями (третья группа), моложе трудоспособного и трудоспособного возраста, в числе которых преобладают мужчины.

Во-вторых, тенденция роста уровня инвалидности в пенсионном возрасте, характерная для большинства субъектов Российской Федерации, не наблюдается в регионах второго типа с высокой долей населения младше трудоспособного возраста. В регионах с высокой рождаемостью рост инвалидности происходит за счет низкого потенциала здоровья детей.

⁴⁰ Без Саратовской области.

⁴¹ Без Республики Тыва.

В-третьих, наивысшие значения показателя уровня инвалидности характерны для типов регионов с высокими показателями смертности. В равной мере это могут быть регионы первого типа с высокой долей населения старше трудоспособного возраста и высокой общей смертностью, а также регионы второго типа с высокой долей населения моложе трудоспособного возраста и высокой младенческой смертностью.

В-четвертых, диспропорции возрастной структуры инвалидов, при которых 2/3 от численности составляют инвалиды пенсионного возраста, приводят к необходимости получения дополнительных данных для изучения взаимосвязи демографических факторов и уровня инвалидности у населения трудоспособного возраста. Решение проблемы поиска баланса между социальным обеспечением людей с инвалидностью и поощрением их к максимально возможной самодостаточности затруднено без необходимой информации.

Изучение факторов инвалидности в демографическом аспекте, в том числе на стадии их первичного и повторного освидетельствования, позволило установить, что численность инвалидов и распределение их по нарушениям функций организма (группам) регулируется на уровне государственного управления. Тенденцией последних лет является сокращение показателей общей и первичной инвалидности, постепенное увеличение третьей группы – главным образом за счет лиц среднего и пенсионного возрастов, а также сохранение в структуре инвалидов высокой доли лиц старше трудоспособного возраста – пенсионеров по старости, получающих «трудовые» пенсии. Такое регулирование не

приведет к решению проблем, которые обусловлены требованиями Конвенции, указывающей на необходимость системного подхода к инвалидам разного ресурсного потенциала. Приоритеты социальной политики расставлены в сторону социального обеспечения пенсионеров по старости с менее активным образом жизни. Интересы и потребности лиц трудоспособного возраста учитываются в меньшей степени.

Таким образом, профиль российских инвалидов значительно смещен как по возрасту, так и по полу. В трудоспособном возрасте преобладают мужчины, в возрасте старше трудоспособного – женщины. Специфика факторов инвалидности становится еще более значимой в региональном аспекте. Составленная в ходе исследования типология регионов позволяет выявить прямую взаимосвязь уровня инвалидности и демографических показателей в субъектах Российской Федерации, что обуславливает региональное неравенство в распределении инвалидов не только по численности, но и по возрасту, полу и выраженности нарушений (группы).

В условиях неоднородности группы инвалидов, а также их региональной дифференциации меры социальной политики, ориентированные на «среднего» инвалида, малоэффективны. Важнейшим условием развития государственной политики в отношении людей с инвалидностью должен стать дифференцированный подход, позволяющий разделить категории инвалидов по демографическим признакам, совершенствовать статистическое наблюдение, учитывать региональную специфику профиля инвалидности и сбалансировать меры в отношении разных категорий инвалидов.

Таблица 1

Численность инвалидов, стоящих на учете в системе Пенсионного фонда Российской Федерации в 1990–2015 гг.*

Table 1

Number of people with disabilities, registered in the system of the Pension Fund of the Russian Federation

Показатель	1990	1995	2000	2005	2010	2015**
Численность инвалидов, всего, тыс. чел.	4 338	7 139	10 597	12 201	12 866	12 460
В том числе:						
на 1 000 чел. населения	29,3	48,1	72,4	85,2	90,1	86,5
Численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет***, всего, тыс. чел.	155	454	675	573	541	605
В том числе:						
на 10 000 детей	38,6	119,3	201,7	202,1	205,9	201,6
Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, на 10 000 чел. населения соответствующего возраста	51,7	91,1	99,1	156,9	76,6	62,7
Доля инвалидов в численности населения, % от общей численности населения	2,9	4,8	7,3	8,5	9	8,8

* До 2002 г. – в органах социальной защиты населения.

** Без учета данных по Крымскому федеральному округу.

*** В 1990–1995 гг. – в возрасте до 16 лет.

Источник: данные Росстата

Source: Rosstat

Таблица 2

Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по группам инвалидности в 1995–2014 гг.

Table 2

Number of people at the age of 18 and older, considered disabled for the first time, by disability group

Показатель	1995	2000	2005	2010	2014
Численность инвалидов, всего, тыс. чел./%	<u>1 347</u>	<u>1 109</u>	<u>1 799</u>	<u>893</u>	<u>729</u>
Из них:	100	100	100	100	100
I группы	<u>152</u>	<u>140</u>	<u>193</u>	<u>137</u>	<u>121</u>
	11,3	12,6	10,7	15,3	16,6
II группы	<u>999</u>	<u>702</u>	<u>1 077</u>	<u>392</u>	<u>288</u>
	74,2	63,3	59,9	43,9	39,5
III группы	<u>196</u>	<u>267</u>	<u>529</u>	<u>364</u>	<u>318</u>
	14,6	24,1	29,4	40,8	43,6
На 10 000 чел. населения	91,1	76,7	156,9	76,6	62,7
Из общей численности инвалиды в трудоспособном возрасте, тыс. чел.	507	553	566	441	347
Инвалиды в трудоспособном возрасте, % от общей численности впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше	37,7	49,8	31,5	49,4	47,4

Примечание. К трудоспособному возрасту отнесены мужчины 18–59 лет, женщины 18–54 лет. В знаменателе указано процентное соотношение от численности каждой группы.

Источник: данные Росстата

Note. Men of the age of 18–59 and women of the age of 18–54 fall within the working-age population.

Source: Rosstat

Таблица 3

Распределение впервые признанных инвалидами по возрасту и группам инвалидности в 2010 и 2015 гг., тыс. чел.

Table 3

People considered disabled for the first time and distributed by age and disability group in 2014 and 2015, thousand people

Год	Инвалиды											
	От 18 лет до 44 лет				От 45 до 54 лет (ж), От 45 до 59 лет (м)				Старше 55 лет (ж) и 60 лет (м)			
	Всего	I гр.	II гр.	III гр.	Всего	I гр.	II гр.	III гр.	Всего	I гр.	II гр.	III гр.
2010	151,5	11,8	69,9	69,8	289,5	29,1	121,6	138,9	451,5	95,6	200,7	155,2
	100	7,8	46,1	46,1	100	10	42	48	100	21,2	44,5	34,4
2015	127,4	11,5	54,8	61	197,7	24,6	72,7	100,3	369,9	89,2	134,3	146,5
	100	9,1	43	47,9	100	12,5	36,8	50,7	100	24,1	36,3	39,6

Примечание. В знаменателе указано процентное соотношение от численности каждой возрастной группы.

Источник: данные формы № 7 Собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»

Note. The percentage is specified as to the number of each age group.

Source: Form № 7 of Social Security Information about Medical and Social Examination of Persons under 18 or Older

Таблица 4

Распределение повторно признанных инвалидами по возрасту и группам инвалидности в 2010, 2015 гг., тыс. чел.

Table 4

People considered disabled for the second time and distributed by age and disability group in 2010 and 2015, thousand people

Год	Инвалиды											
	От 18 лет до 44 лет				От 45 до 54 лет (ж), От 45 до 59 лет (м)				Старше 55 лет (ж) и 60 лет (м)			
	Всего	I гр.	II гр.	III гр.	Всего	I гр.	II гр.	III гр.	Всего	I гр.	II гр.	III гр.
2010	555,2	32	238,5	284,6	786,8	47,9	321,1	417,8	612,1	117,1	245,6	249,4
	100	5,8	43	51,3	100	6,1	40,8	53,1	100	19,1	40,1	40,7
2015	368,7	21,6	159,4	187,7	460,5	27,7	165,1	267,7	587,1	104,9	191,2	290,9
	100	5,9	43,2	50,9	100	6	35,9	58,3	100	17,9	32,6	49,6

Примечание. В знаменателе указано процентное соотношение от численности каждой возрастной группы.

Источник: данные формы № 7 Собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»

Note. The percentage is specified as to the number of each age group.

Source: Form № 7 of Social Security Information about Medical and Social Examination of Persons under 18 or Older

Таблица 5

Распределение инвалидов и показателя уровня инвалидности по полу и возрасту на 1 января 2015 г., %

Table 5

Distribution of disabled people and the level of disability index by gender and age, as of 1 January 2015, percentage

Показатель	Количество инвалидов на 1 января 2015 г, тыс. чел.			Доля инвалидов, % от численности мужчин и женщин соответствующего возраста и пола			Численность инвалидов на 1 000 мужчин и на 1 000 женщин соответствующего возраста и пола		
	Всего	В том числе		Всего	В том числе		Всего	в том числе	
		мужчины	женщины		мужчины	женщины		мужчины	женщины
Всего инвалидов	12 656	5 355,8	7 300,9	8,7	7,9	9,3	86,5	79	93
В возрасте до 14 лет	478,9	271,5	207,5	2	2,2	1,7	19,6	21,7	17,5
В возрасте от 15 до 44 лет	1 791,2	1 030,5	760,8	2,9	3,3	2,5	29	33,3	24,6
В возрасте от 45 до 54 лет	1 468,4	769,2	699,1	7,3	8,2	6,5	73,1	81,8	65,4
В возрасте от 55 до 64 лет	2 776,7	1 336,1	1 440,5	13,8	15,6	12,5	137,9	155,6	124,8
В возрасте от 65 и более лет	6 140,8	1 947,8	4 193	31	30,6	31,2	310,1	305,8	312,1

Источник: данные Пенсионного фонда Российской Федерации

Source: Pension Fund of the Russian Federation

Таблица 6

Распределение субъектов Российской Федерации по типам согласно уровню инвалидности и показателям возрастной структуры населения в 2014 г.

Table 6

Distribution of the Federal subjects of the Russian Federation according to the level of disablement and rates of population age structure, 2014

Тип региона	Количество субъектов	Доля инвалидов в регионах данного типа в общей численности инвалидов Российской Федерации, %	Общая численность инвалидов на 1 000 чел. населения	Впервые признанные инвалидами в возрасте 18 лет и старше на 10 000 чел. населения соответствующего возраста	Доля населения моложе трудоспособного возраста, %	Доля населения старше трудоспособного возраста, %	Число детей, умерших в возрасте до 1 года на 1 000 родившихся живыми	Число умерших на 1 000 чел. населения
РФ	81	100	89,7	64	18,7	22,9	7,8	13,1
1	26 ^{1*}	33	112,2	71,3	16,1	26,9	6,9	15,5
2	14 ^{2*}	14,7	104,1	70,4	22,7	18,9	10,3	10,8
3	20 ^{3*}	40,3	81,1	64,6	17,1	25,1	7	13,7
4	21 ^{4*}	12	60,3	52,7	20,9	18,5	8,3	10,9

Примечание. При подсчете учитывались мужчины в возрасте от 16 до 59 лет, женщины – от 16 до 54 лет, а также были объединены г. Москва и Московская область, г. Санкт-Петербург и Ленинградская область.

Регионы:

^{1*} Белгородская область, Рязанская область, г. Санкт-Петербург, Липецкая область, Тамбовская область, Республика Карелия, Новгородская область, Оренбургская область, Курская область, Костромская область, Кировская область, Тульская область, Владимирская область, Ярославская область, Республика Марий Эл, Вологодская область, Воронежская область, Нижегородская область, Ульяновская область, Орловская область, Республика Мордовия, Смоленская область, Брянская область, Курганская область, Тверская область, Ивановская область.

^{2*} Республика Ингушетия, Республика Алтай, Чеченская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия, Амурская область, Иркутская область, Еврейская область, Кемеровская область, Пермский край, Республика Дагестан, Ставропольский край, Республика Калмыкия, Забайкальский край.

^{3*} Калужская область, Псковская область, Ростовская область, Калининградская область, Архангельская область, Алтайский край, Республика Татарстан, Республика Адыгея, г. Москва, Пензенская область, Краснодарский край, Самарская область, Волгоградская область, Удмуртская республика, Свердловская область, Омская область, Новосибирская область, Чувашская Республика, Челябинская область, Саратовская область.

^{4*} Республика Коми, Республика Бурятия, Республика Башкортостан, Кабардино-Балкарская Республика, Ненецкий АО, Республика Тыва, Красноярский край, Приморский край, Хабаровский край, Республика Хакасия, Республика Саха (Якутия), Томская область, Сахалинская область, Камчатский край, Астраханская область, Тюменская область, Мурманская область, Магаданская область, Чукотский АО, Ханты-Мансийский АО, Ямало-Ненецкий АО.

Источник: данные Росстата

Note. Men aged 16 to 59 and women aged 16 to 54 were taken into consideration.

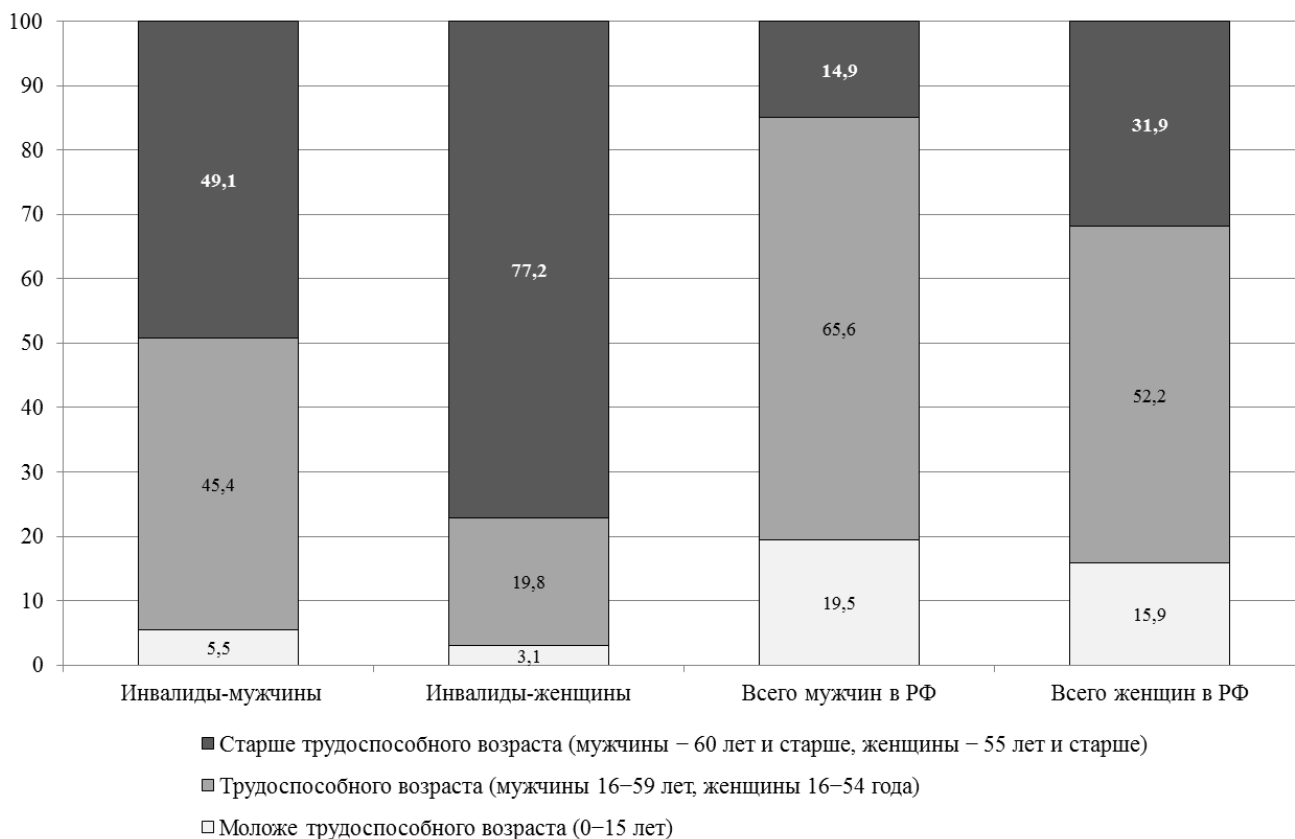
Source: Rosstat

Рисунок 1

Распределение лиц с инвалидностью по полу и возрасту трудоспособности на 1 января 2015 г., в % от численности мужчин и женщин

Figure 1

Distribution of persons with disabilities by sex and working age, as of 1 January 2015, percentage of men and women



Источник: данные Пенсионного фонда Российской Федерации и Росстата

Source: Pension Fund of the Russian Federation and Rosstat

Список литературы

1. Haveman R., Wolfe B. Chapter 18 The Economics of Disability and Disability Policy. *Handbook of Health Economics*, 2000, vol. 1, part B, pp. 995–1051. doi: 10.1016/S1574-0064(00)80031-1
2. Jenkins S.P., Rigg J.A. Disability and Disadvantage: Selection, Onset, and Duration Effects. *Journal of Social Policy*, 2004, vol. 33, pp. 479–501. doi: 10.1017/S0047279404007780
3. Kemp P.A., Sunden A., Tauritz B.B. Sick Societies?: Trends in Disability Benefits in Postindustrial Welfare States. Geneva, Int. Social Security Association, 2006, 239 p.
4. Modernizing and Activating Measures Relating to Work Incapacity. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Madrid, 2010.
5. Chirikos T.N. Aggregate Economic Losses from Disability in the United States: A Preliminary Assay. *The Milbank Quarterly*, 1989, vol. 67, pp. 59–91. doi: 10.2307/3350236
6. Levy Jes. M. Demographic Factors in the Disability Determination Process: A Logistic Approach. *Social Security Bulletin*, 1980, vol. 43, no. 3, pp. 11–16.
7. Cats-Baril William L., Frymoyer John W. Demographic Factors Associated with Prevalence of Disability. *Social Security Bulletin*, 1991, vol. 16, no. 6, pp. 671–674. doi: 10.1097/00007632-199106000-00019

8. *Rupp K.* Factors affecting initial Disability Allowance rates for the Disability insurance and supplemental security income programs: the role of the Demographic and Diagnostic composition of applicants and local labor market conditions. *Social Security Bulletin*, 2012, vol. 72, no. 4, pp. 11–35.
9. *Baumberg B., Jones M., Wass V.* Disability Prevalence and Disability-Related Employment Gaps in the UK 1998–2012: Different Trends in Different Surveys? *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 141, pp. 72–81. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.07.012
10. *Seak-Hy Lo, Ville Is.* The “Employability” of Disabled People in France: A labile and speculative notion to be tested against the empirical data from the 2008 “Handicap-Santé” study. *ALTER – European Journal of Disability Research*, 2013, vol. 7, iss. 4, pp. 227–243. doi: 10.1016/j.alter.2013.09.007
11. *Burchardt T.* The Dynamics of Being Disabled. *Journal of Social Policy*, 2000, vol. 29, no. 4, pp. 645–668.
12. *Brault M.* Americans with Disabilities: 2005. Current Population Reports. Washington, US Census Bureau, 2008, pp. 70–117.
13. *Осадчих А.И., Пузин С.Н., Лаврова Д.И. и др.* Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы. М.: Медицина, 2002. 368 с.
14. *Малева Т.М., Васин С.А., Голодец О.Ю., Бесфамильная С.В.* Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. Бюро экономического анализа. М.: РОССПЭН, 1999. 368 с.
15. *Антонюк В.В., Землянова Е.В., Иванова А.Е., Калининская А.А.* Социально-экономические аспекты инвалидности: монография. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. 136 с.
16. *Boer W.E.L. de, Brenninkmeijer V., Zuidam W.* Long-Term Disability Arrangements: A comparative study of assessment and quality control. TNO Work and Employment, Netherlands, 2004, 21 p.
17. *Римашевская Н.М., Бочкарева В.К., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В., Токсанбаева М.С.* Здоровье населения // Народонаселение. 2013. № 3. С. 104–113.
18. *Кислицына О.А.* Здоровье населения и здравоохранение // Народонаселение современной России: риски и возможности: коллективная монография. М.: Экономическое образование, 2013. С. 131–191.
19. *Einerhand M., Swart E.* Reform of the Dutch Sickness and Disability Arrangements. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. Madrid, 2010, 4–5 February, *Discussion Paper*, Norway, pp. 1–8.
20. *Bound J., Burkhauser R.V.* Economic analysis of transfer programs targeted on people with disabilities // Handbook of Labor Economics, 1999, vol. 3, part C, pp. 3417–3528.

PROFILE OF DISABILITY: DEMOGRAPHIC AND REGIONAL ASPECTS

Elena V. KULAGINA

Institute of Social and Economic Studies of Population of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
lkulagina@yandex.ru

Article history:

Received 22 March 2016
Received in revised form
4 April 2016
Accepted 13 April 2016

JEL classification: J11, J14, J18

Keywords: social policy,
disability, demographic factors,
regional aspects, disabled people

Abstract

Importance The article discusses the factors of disability, which refer to the actual task of public administration improvement of the Russian social policy in accordance with the requirements of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Objectives The paper aims to justify differential treatment of persons with disabilities of various demographic profile that most fully takes into account their resource potential, as well as the specifics of distribution according to the subjects of the Russian Federation.

Methods To analyze the various statistical data of various domestic and international organizations and funds, I used a statistical method of analysis.

Results I studied the international experience in social policy development, approaches to the identification and study of disability, and considered disability factors and their dynamics. I developed and now present a typology of regions, through which I studied the correlation of the level of disablement, general and primary, and demographic factors: the age structure of the population, life expectancy, mortality in the constituent entities of the Russian Federation. Also, I determine the causes of regional disparities in the level and age structure of disablement.

Conclusions and Relevance I stress the necessity of introducing differentiated social policies to different categories of persons with disabilities, adapted to the inequality in the distribution of disability by sex, age and groups, as well as regional imbalances of factors of disability. The results of this research can be used to enhance the effectiveness of public administration at the Federal and regional levels, including the *Accessibility* National program and interdepartmental plans of the Presidential Commission of the Russian Federation for People with Disabilities.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2016

References

1. Haveman R., Wolfe B. Chapter 18. The Economics of Disability and Disability Policy. *Handbook of Health Economics*, 2000, vol. 1, part B, pp. 995–1051. doi: 10.1016/S1574-0064(00)80031-1
2. Jenkins S.P., Rigg J.A. Disability and Disadvantage: Selection, Onset, and Duration Effects. *Journal of Social Policy*, 2004, vol. 33, pp. 479–501. doi: 10.1017/S0047279404007780
3. Kemp P.A., Sunden A., Tauritz B.B. Sick Societies?: Trends in Disability Benefits in Postindustrial Welfare States. Geneva, Int. Social Security Association, 2006, 239 p.
4. Modernizing and Activating Measures Relating to Work Incapacity. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Madrid, 2010.
5. Chirikos T.N. Aggregate Economic Losses from Disability in the United States: A Preliminary Essay. *The Milbank Quarterly*, 1989, vol. 67, pp. 59–91. doi: 10.2307/3350236
6. Levy Jes. M. Demographic Factors in the Disability Determination Process: A Logistic Approach. *Social Security Bulletin*, 1980, vol. 43, no. 3, pp. 11–16.
7. Cats-Baril W.L., Frymoyer J.W. Demographic Factors Associated with Prevalence of Disability. *Social Security Bulletin*, 1991, vol. 16, no. 6, pp. 671–674. doi: 10.1097/00007632-199106000-00019
8. Rupp K. Factors Affecting Initial Disability Allowance Rates for the Disability Insurance and Supplemental Security Income Programs: The Role of the Demographic and Diagnostic Composition of Applicants and Local Labor Market Conditions. *Social Security Bulletin*, 2012, vol. 72, no. 4, pp. 11–35.
9. Baumberg B., Jones M., Wass V. Disability Prevalence and Disability-Related Employment Gaps in the UK 1998–2012: Different trends in different surveys? *Social Science & Medicine*, 2015, vol. 141, pp. 72–81. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.07.012

10. Seak-Hy Lo, Ville Is. The “Employability” of Disabled People in France: A labile and speculative notion to be tested against the empirical data from the 2008 “Handicap-Santé” study. *ALTER – European Journal of Disability Research*, 2013, vol. 7, iss. 4, pp. 227–243. doi: 10.1016/j.alter.2013.09.007
11. Brault M. Americans with Disabilities: 2005. Current Population Reports. Washington, US Census Bureau, 2008, pp. 70–117.
12. Osadchikh A.I., Puzin S.N., Lavrova D.I. et al. *Problemy invalidnosti v Rossii. Sostoyanie i perspektivy* [Disability issues in Russia. The state and the prospects]. Moscow, Meditsina Publ., 2002, 368 p.
13. Maleva T.M., Vasin S.A., Golodets O.Yu., Besfamil'naya S.V. *Invalidy v Rossii: prichiny i dinamika invalidnosti, protivorechiya i perspektivy sotsial'noi politiki. Byuro ekonomicheskogo analiza* [People with disabilities in Russia: causes and the dynamics of disability, contradictions and prospects of social policy. The Bureau of economic analysis]. Moscow, ROSSPEN Publ., 1999, 368 p.
14. Antonyuk V.V., Zemlyanova E.V., Ivanova A.E., Kalininskaya A.A. *Sotsial'no-ekonomicheskie aspekty invalidnosti: monografiya* [Socio-economic aspects of disablement: a monograph]. Moscow, RIO TSNIIOIZ Publ., 2006, 136 p.
15. Burchardt T. The Dynamics of Being Disabled. *Journal of Social Policy*, 2000, vol. 29, no. 4, pp. 645–668.
16. Boer W.E.L. de, Brenninkmeijer V., Zuidam W. Long-term Disability Arrangements: A comparative study of assessment and quality control. TNO Work and Employment, Netherlands, 2004, 21 p.
17. Rimashevskaya N.M., Bochkareva V.K., Migranova L.A., Molchanova E.V., Toksanbaeva M.S. [Health of the population]. *Narodonaselenie = Population*, 2013, no. 3, pp. 104–113. (In Russ.)
18. Kislitsyna O.A. *Zdorov'e naseleniya i zdravookhranenie. V kn.: Narodonaselenie sovremennoi Rossii: riski i vozmozhnosti: kollektivnaya monografiya* [Health and health care. In: Population of modern Russia: risks and opportunities: a monograph]. Moscow, Ekonomicheskoe obrazovanie Publ., 2013, pp. 131–191.
19. Einerhand M., Swart E. Reform of the Dutch Sickness and Disability Arrangements. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion. Madrid, 2010.
20. Bound J., Burkhauser R.V. Economic Analysis of Transfer Programs Targeted on People with Disabilities. *Handbook of Labor Economics*, 1999, vol. 3, part C, pp. 3417–3528.