

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
ИНСТИТУТ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

На правах рукописи

НАЦУН ЛЕЙЛА НАТИГОВНА

**СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ИНВАЛИДОВ
В КОНТЕКСТЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
(НА ПРИМЕРЕ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Специальность: 08.00.05 – Экономика и управление народным
хозяйством (экономика народонаселения и демография)

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель – д. э. н., доцент
Шабунова Александра Анатольевна

Москва – 2022 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ИНВАЛИДОВ	14
1.1 Эволюция концептуальных основ социальной политики в отношении инвалидов в русле международного права	14
1.2 Социальное благополучие, здоровье и качество жизни населения: соотношение понятий.....	35
1.3 Методический инструментарий оценки социального благополучия как составляющей качества жизни инвалидов.....	50
Глава 2 ИНВАЛИДНОСТЬ, ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ИНВАЛИДОВ	59
2.1 Масштабы, динамика и структура инвалидности населения России и Вологодской области.....	59
2.2 Социально-экономические последствия инвалидности для населения и государства.....	78
2.3 Потенциал социального благополучия инвалидов в Вологодской области: дифференциация в разрезе социально-демографических групп	92
Глава 3 ИНСТРУМЕНТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОТЕНЦИАЛА СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ИНВАЛИДОВ	115
3.1 Дифференциация социальной политики в отношении отдельных категорий инвалидов для создания условий их независимой жизни	115
3.2 Оценка возможностей адаптации модели поддерживаемого трудоустройства инвалидов к условиям регионального рынка труда	131
3.3 Перспективы внедрения концептуальной схемы социокультурной интеграции инвалидов и общества на примере Вологодской области	149
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	159
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	164
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	194
Приложение 1.....	195
Приложение 2.....	198
Приложение 3.....	204
Приложение 4.....	207

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Здоровье является ключевой характеристикой качества населения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней. Понимание недостаточности узкого медицинского подхода к оценке здоровья стимулировало развитие исследований в этой сфере с привлечением знаний из социологических и экономических дисциплин. С изменением восприятия здоровья расширилось и представление о природе причин, которые приводят к его потерям. Негативные процессы в общественном здоровье – заболеваемость и инвалидность, тесно связаны с социально-экономическими условиями жизни населения, содержанием проводимой государством социальной политики. Инвалидность – крайнее проявление нездоровья, но не только в его узком медицинском смысле, но и в смысле неполной реализации потенциала социального благополучия. Природа инвалидности сочетает биологический, социальный и культурный компоненты. Последние два являются управляемыми, что позволяет снизить тяжесть последствий инвалидности на индивидуальном, общественном и государственном уровне. С точки зрения социального управления важно предусмотреть возможности объективного измерения масштабов инвалидности, выявления и коррекции её факторов риска, а также оценки и предотвращения возможных негативных экономических и социальных последствий. Перечисленные задачи особенно актуальны в условиях демографического старения населения, когда растёт число хронических заболеваний, распространяются инвалидизирующие патологии.

В мире, по данным Организации объединённых наций (ООН), проживает 650 млн. инвалидов, что составляет около 10% населения планеты [153]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в странах, где ожидаемая продолжительность жизни более 70 лет, в среднем около 8 лет (или 11,5% от общей продолжительности жизни) приходится на годы, прожитые с инвалидностью [160]. Новые вызовы сформировались после пандемии COVID-19. Прямым негативным

следствием пандемии стала избыточная смертность [37; 222]. Во всём мире снизились темпы прироста значений ОПЖ и ОПЗЖ, выросло бремя инвалидности и болезней [172]. Число инвалидов в России, по данным Федерального реестра инвалидов на 01.01.2021 г., составило 11,6 млн. человек (или 8% населения). Около 31% (3,6 миллиона человек) в составе этого контингента приходится на лиц в трудоспособном возрасте [188].

В Конвенции ООН «О правах инвалидов» закреплены обязательства стран-участниц в области создания людям с инвалидностью благоприятных жизненных условий, в том числе обеспечивающих возможность реализации их трудового и творческого потенциала, участия в культурной жизни, удовлетворения потребностей в достойном уровне жизни, социальном обслуживании, получения качественной медицинской помощи и образовательных услуг [190]. Существует неразрывная связь между социальным благополучием инвалидов и общественным здоровьем. Инвалидность, с одной стороны, рассматривается как крайнее проявление нездоровья, а, с другой стороны, как результат действия барьеров различной природы, препятствующих равному участию индивидов в жизни общества. Социальное благополучие, в свою очередь, мы рассматриваем как один из компонентов здоровья (в трактовке, принятой ВОЗ) и как степень соответствия жизни человека определённым экономическим и социальным стандартам, которая может оцениваться объективно на основе репрезентативных статистических или социологических данных, или субъективно — самими индивидами на основе социального сравнения. Компонентами социального благополучия, которые могут оцениваться для людей с инвалидностью, выступают: материальное положение, уровень образования, участие в трудовой деятельности, социальная включённость, доступность среды. Несмотря на то, что инвалиды, как правило, имеют более низкие показатели физического здоровья, это неравенство не должно приводить к ухудшению их социально-экономического положения и снижению социального благополучия. Напротив, рациональная социальная политика способна обеспечить высокое социальное благополучие инвалидов посредством поддержки их трудовой активности, социокультурного участия, защиты прав и законных интересов, предотвращения дискриминации по признаку инвалидности. Построение подобной политики имеет зонтичный эффект: способствует не только росту социального благополучия инвалидов, но и улучшению качества и доступности услуг во всех жизнеобеспечивающих сферах (трудовой, сфере здравоохранения, образования,

социальной защиты), а также прямо влияет на сохранение и укрепление общественного здоровья. Учитывая вышесказанное, социальное благополучие инвалидов выступает индикатором того, насколько государство и общество способны создать благоприятные условия для реализации потенциала каждого человека вне зависимости от наличия у него инвалидности, а также того, какие имеются возможности для дальнейшего снижения негативных социально-экономических последствий потерь общественного здоровья, обусловленных инвалидностью.

Политика современных государств в отношении инвалидов во многом переосмыслена под влиянием социальной концепции инвалидности, пришедшей на смену медицинской. Социальный контекст наряду с имеющимися нарушениями здоровья определяет индивидуальные жизненные траектории инвалидов, а также последствия инвалидизации населения для экономического развития территорий. Действительно, с одной стороны, из-за низкой социальной и трудовой активности инвалидов общество несёт значительные экономические потери. С другой стороны, для самих людей инвалидность часто означает сокращение возможностей равного участия в жизни общества, ухудшение благосостояния и социальное исключение. Преодолеть негативную ситуацию позволяет интеграция инвалидов и общества. Повышение качества жизни инвалидов и снижение экономических потерь общества от инвалидизации – взаимосвязанные задачи. Их решение сопряжено с оценкой потенциала социального благополучия инвалидов в современных социально-экономических условиях, а также с оценкой экономического эффекта от реализации трудового потенциала инвалидов, способных и желающих работать. Данное обстоятельство определяет актуальность настоящего диссертационного исследования.

Разработанность темы

Значительный вклад в исследования, посвящённые различным аспектам общественного здоровья, внесли труды Земляновой Е.В. [37], А.Е. Ивановой [39; 40], И.П. Катковой [49], О.А. Кислицыной [50], Ю.П. Лисицына [72], И.Б. Назаровой [90], Римашевской Н.М. [107], Т.П. Сабгайды [114], В.Г. Семёновой [105], А.А. Шабуновой [138]. Разработке и уточнению методик оценки экономических потерь общества вследствие нарушений здоровья населения посвящены труды Б.Б. Прохорова [106], В.П. Корчагина [55], Д.И. Шмакова [142]. Исследования динамики, половозрастной и региональной дифференциации

показателей инвалидности населения выполняли С.А. Васин [21], Ж.Л. Варакина, Л.А. Арапова, А.М. Вязьмин и А.Л. Санников [35]. Анализу инвалидности как характеристики общественного здоровья посвящены труды таких зарубежных исследователей, как С. Левиелле, Н. Ресник и Й. Балфоур [223], К. Мантон [227], Д. Оман, Д. Реед и А. Феррара [228], Ю. М. Сугавара и Ю. Сайто [238].

Подробный анализ сущности социального государства и эволюции концептуальных основ социальной политики содержится в работах Л.Н. Кочетковой [58], Н.И. Лапина [68; 118], А.Я. Рубинштейна [111; 112], Е.А. Тарасенко [122].

За рубежом исследования социальной политики в сфере поддержки инвалидов вели С. Бенгтссон [220], Р. Линдквист [225], Ф. Лундстром, Д. Макэнани и Б. Уэбстер [226], Д. Сакеллариоу и Е.С. Ротароу [235], У. Ван Ооршот и Б. Хвинден [240], У. Ван Ооршот и К. Боос [239], М. А. Вердуго, А. Хименес, Ф. Б. Дж. де Уррис [241].

Вопросы, связанные с трудоустройством инвалидов, рассматриваются в работах Н.Ф. Дементьевой [32], В.Н. Зязина [38], С.Н. Кавокина [42; 43; 44], И.М. Мерзляковой [77], Ф.И. Мирзабалаевой [82], М.В. Невской [97], Ю. С. Ненаховой [98], С.А. Осипова [100], М.И. Панченко [101], М.С. Токсанбаевой [125], Л.П. Храпылиной [133], А.В. Ярашевой, О.А. Александровой и С.В. Макара [145]. За рубежом аспекты участия инвалидов в трудовой деятельности, обеспечения равенства их прав в данной сфере рассматривали Г. А. М. Бэкенрот [219], М. Флорид и Дж. Кертис [221], Р. Паган-Родригес [229]. Оценка социального участия и самочувствия инвалидов проанализированы в работах Н. Ачесона [216], Т. Аддаббо, Е. Санти и Д. Сциулли [217].

Значимый вклад в отечественные исследования, посвящённые социально-экономическому положению инвалидов в современном обществе, внесли работы Е.Р. Ярской-Смирновой и П.В. Романова [108; 109], Е.В. Кулагиной [61]. Эффективность мероприятий государственной поддержки инвалидов рассматривали Е.В. Кулагина [64], Э.К. Наберушкина [88]. Ряд трудов Э.К. Наберушкиной также посвящён исследованию вопросов формирования доступной среды [86; 87; 89]. Работы Е.В. Кулагиной содержат обсуждение проблем региональной дифференциации показателей инвалидности [63], развития специального и инклюзивного образования лиц с инвалидностью [62; 65].

Теоретические подходы к пониманию и методике оценки качества жизни населения предлагали в своих работах С.А. Айвазян [3; 4], В.Н. Бобков [11; 12; 13], Л.А. Беляева [8], З.З. Биктимирова [9], Л.Г. Гусякова, Г.В. Говорухина и С.И. Григорьев [30], Е.А. Космина [56; 57], М.Б. Лига [70; 71], В.В. Локосов, Е.В. Рюмина, В.В. Ульянов [73], Л.А. Мигранова [79; 80], Т.В. Морозова [84], Е.П. Тавокин и И.А. Табатадзе [121].

Перечисленные исследования акцентируют внимание на отдельных аспектах инвалидности – социальных, медицинских, правовых, демографических, или обращаются к анализу экономического и социального положения инвалидов. Научная проблема исследования влияния инвалидности населения на экономическое развитие территорий в рамках экономики народонаселения остаётся недостаточно разработанной. Не показана связь социальной компоненты конструирования инвалидности и возможностей реализации человеческого потенциала инвалидов. Слабо исследовано воздействие степени реализации человеческого потенциала инвалидов на их качество жизни и экономическое развитие территорий. Известные нам методики оценки качества жизни населения не позволяют учесть специфику факторов, воздействующих на качество жизни инвалидов и, соответственно, не могут быть использованы для его оценки. В свою очередь, методики оценки экономических эффектов инвалидности сосредоточены на её негативных последствиях и не дают возможности определить величину экономического эффекта от реализации трудового потенциала инвалидов, способных и желающих работать. Актуальность решения перечисленных проблем определила выбор темы данного исследования, постановку его цели и задач.

Цель диссертационного исследования — концептуальное обоснование измерения социального благополучия инвалидов в контексте общественного здоровья, а также разработка инструментов социальной политики в интересах данной категории населения на примере Вологодской области.

Цель исследования обусловила постановку и решение следующих **задач**:

1. Обобщить и актуализировать теоретические и методические основы исследования инвалидности и социального благополучия инвалидов; проанализировать онтологию концептуальных подходов к пониманию инвалидности и её общественной оценки; показать эволюцию социальной политики в отношении инвалидов и её место в становлении социального государства.

2. Оценить тенденции инвалидизации взрослого населения, потенциал расширения участия инвалидов в трудовой деятельности, преимущества от реализации этого потенциала для самих инвалидов и государства в целом.
3. Разработать инструментарий оценки социального благополучия как компонента качества жизни инвалидов, и провести его апробацию на материалах Вологодской области.
4. Предложить инструменты повышения социального благополучия инвалидов и обосновать преимущества их применения.

Объект исследования – инвалиды¹ в возрасте 18 лет и старше с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, длительно протекающими хроническими заболеваниями, проживающие на территории Вологодской области.

Предмет исследования – социальное благополучие лиц с инвалидностью в контексте снижения негативных экономических последствий инвалидизации населения.

Область исследования диссертационной работы соответствует Паспорту специальностей ВАК 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством: 6. Экономика народонаселения и демография. 6.9. Здоровье населения, понятие и методы измерения, уровень и динамика заболеваемости и инвалидизации, их влияние на масштабы потерь трудового и репродуктивного потенциалов; демографические методы изучения физического и психического здоровья и современные концепции охраны здоровья.

Научная новизна исследования:

1. Обосновано, что применение социальной концепции инвалидности обеспечит рост результативности государственной социальной политики путем создания условий для объективно возможного расширения участия инвалидов в трудовой деятельности и включения их в социальные взаимодействия, что обеспечит повышение социального благополучия в целом.

¹ Ввиду необходимости использования синонимов, равноправным для термина «инвалиды» в рамках данного текста будет понятие «люди с ограниченными возможностями здоровья».

2. Разработана и апробирована методика измерения социального благополучия инвалидов, позволяющая осуществить его покомпонентную и интегральную оценку.

3. Выявлено, что при незначительном снижении инвалидизации населения увеличилась доля инвалидов с минимальными ограничениями трудоспособности. Уточнена методика оценки экономического эффекта от реализации трудового потенциала инвалидов при условии преодоления барьеров их трудоустройства. Рассчитана потенциальная выгода от вовлечения инвалидов, желающих работать, в трудовую деятельность (для инвалидов и экономики).

4. На основании выявленных проблем трудоустройства и социальной интеграции инвалидов, оценки экономических и социальных эффектов их преодоления разработаны управленческие инструменты повышения социального благополучия инвалидов.

Теоретическая и практическая значимость *Теоретическая значимость* результатов исследования заключается в разработке и обосновании инструментария оценки социального благополучия инвалидов, учитывающего специфику потребностей данной категории населения, оценке потенциальных экономических выгод от вовлечения инвалидов, способных и желающих работать, в трудовую деятельность. *Практическая значимость* результатов исследования состоит в возможности использования его основных выводов и предложений для повышения социального благополучия инвалидов в рамках государственного социального управления. Использование предложенного *инструментария оценки социального благополучия инвалидов* возможно для ведения мониторинга социально-экономического положения данной категории населения. *Алгоритм содействия трудоустройству инвалидов* может использоваться специалистами муниципальных служб занятости с целью повышения эффективности и обеспечения адресного характера поддержки инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы. *Концептуальная схема Центра социокультурной интеграции* может служить основой для создания в муниципальных образованиях соответствующих учреждений, расширяющих возможности взаимодействия инвалидов и общества. Результаты исследования влияния инвалидизации населения на экономическое развитие могут быть использованы при подготовке учебных и методических материалов по предметам «экономика народонаселения и демография» и «социальное управление».

Аналитические данные о масштабах, динамике и структуре инвалидности населения Российской Федерации и её регионов были включены в научные отчёты по теме государственного задания ФГБУН ВолНЦ РАН «Демографическое развитие территорий», выполненные при участии автора. Материалы диссертационного исследования использовались при подготовке публикаций и научных отчётов по проекту РФФИ № 16-18-00078 «Механизмы преодоления ментальных барьеров инклюзии социально уязвимых категорий населения для активизации процессов модернизации регионального сообщества»

Методология и методы исследования. Теоретико-методологическую основу исследования составили работы российских и зарубежных авторов, посвящённые благополучию, здоровью и качеству жизни населения, их связи с достигнутым уровнем социально-экономического развития, качеством государственного управления, проблемам реализации человеческого потенциала отдельных групп населения, трудоустройству инвалидов, развитию социальной политики в отношении инвалидов в России и за рубежом, а также доклады международных организаций по тематике исследования.

В работе применялись экономические и социологические методы исследования, использовались графическая и табличная формы визуализации данных. Для оценки потенциальных экономических выгод от вовлечения в трудовую деятельность инвалидов, желающих работать, использован методический подход, предложенный ранее в работах отечественных авторов, усовершенствованный в части выбора исходного показателя численности целевой группы. При решении задачи по оценке социального благополучия инвалидов разработан и апробирован инструментарий его измерения с применением индексных показателей. В совокупности перечисленные приёмы позволили обеспечить достоверность, обоснованность и наглядность научных результатов и выводов исследования.

Информационную базу исследования составили положения российских государственных нормативно-правовых актов, официальные данные международных организаций (ВОЗ, Всемирный банк, ООН), данные Европейской службы статистики, данные Федеральной службы государственной статистики и Территориального органа государственной статистики по Вологодской области, материалы ведомственной статистики Министерства труда и социальной защиты

населения, открытые статистические данные Федерального реестра инвалидов (ФГИС ФРИ), данные службы занятости населения Вологодской области.

Эмпирическую базу исследования составили данные социологических исследований (социологические опросы населения и инвалидов), проведённых при непосредственном участии автора в 2013 – 2016, 2018 и 2020 гг. Подробные характеристики выборки опросов приводятся в *приложении 1*, макеты анкет для опросов инвалидов и всего населения – в *приложении 2* и *приложении 3*.

Положения диссертационного исследования, выносимые на защиту:

1. С позиции социальной концепции инвалидности показано, что необходимой предпосылкой снижения негативных экономических последствий инвалидизации и повышения социального благополучия инвалидов является устранение барьеров, препятствующих их включению в экономические и социальные отношения.

2. По разработанной методике проведена оценка социального благополучия инвалидов на примере Вологодской области. Выявлено, что уровень значений интегрального индекса социального благополучия находится в пределах среднего; в разрезе компонент худшие значения имеет индекс участия в трудовой деятельности. Выявлена дифференциация компонент социального благополучия в группах инвалидов по типу ограничения жизнедеятельности: наименьшее значение индекса участия в трудовой деятельности зафиксировано среди инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода; у инвалидов-колясочников индекс участия в трудовой деятельности невысокий, несмотря на наивысшее значение индекса образованности; среди инвалидов по слуху наблюдаются наиболее высокие значения индексов участия в трудовой деятельности и доступности среды.

3. Выявлено, что на фоне снижения общей численности инвалидов, доля лиц трудоспособного возраста в структуре первичной инвалидности населения остаётся стабильной, при этом в составе общего контингента инвалидов растёт доля имеющих минимальные ограничения трудоспособности (третьей группы), что обуславливает увеличение потребности в их трудоустройстве.

4. С применением уточненной методики оценки экономического эффекта повышения реализации трудового потенциала инвалидов доказана целесообразность преодоления барьеров их трудоустройства. Потенциальная выгода от вовлечения инвалидов, желающих работать, в трудовую деятельность в

2018 г. составила для РФ – 103,09 млрд рублей (0,1% от ВВП), для Вологодской области 490,01 млн рублей (0,08% ВРП).

5. Предложены и обоснованы управленческие инструменты повышения социального благополучия инвалидов: алгоритм содействия трудоустройству инвалидов и концептуальная схема Центра социокультурной интеграции, адаптированные к условиям Вологодской области.

Степень достоверности и апробация результатов научного исследования.

Достоверность полученных в работе научных результатов обеспечивается соответствием теоретических основ и методологии исследования его цели и задачам, применением релевантного методического инструментария исследования инвалидности и социального благополучия инвалидов, согласованностью результатов расчёта индекса социального благополучия инвалидов, выполненных по разработанной методике, и эмпирических данных социологических опросов, характеризующих социально-экономическое положение инвалидов в Вологодской области. Для проверки статистической значимости выявленной дифференциации компонент социального благополучия в разрезе категорий инвалидов, выделенных по типу ведущего ограничения жизнедеятельности, проведена оценка с применением критерия Краскала-Уоллиса (*приложение 4*). Предложенные управленческие инструменты повышения социального благополучия инвалидов обсуждались на экспертной сессии с участием представителей сфер здравоохранения, социальной защиты населения, некоммерческих и общественных организаций, представляющих интересы инвалидов на территории Вологодской области, и получили всестороннюю поддержку. Выводы диссертационного исследования не противоречат результатам работ отечественных авторов, посвящённых социально-экономическому положению инвалидов, а также вопросам содействия их социальной инклюзии и трудоустройству.

Полученные результаты и основные положения работы были представлены автором на международных конференциях и семинарах: «Молодые исследователи – регионам» (Вологда, ВоГУ, 21-22 апреля 2014 г.), III Римашевские чтения «Сбережение населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни» (Москва, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, 27 марта 2020 г.), в том числе, в рамках выполнения работ по проекту РНФ № 16-18-00078: «Ломоносов – 2016» (Москва, МГУ, 14 апреля 2016 г.); «Ломоносов – 2017» (Москва, МГУ, 13 апреля 2017 г.),

«Труд и общество в реалиях 21 века» (Санкт-Петербург, Экспофорум, 17 марта 2017 г.), «Здоровье населения: проблемы и пути решения» (Минск, Институт социологии НАН Беларуси, 19 мая 2017 г.), «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (Пермь, ПГНИУ, 6-7 декабря 2017 г. и 5-6 декабря 2018 г.), «Инвалиды – Инвалидность – Инвалидизация» (Нижний Новгород, 27-28 сентября 2018 г.), «Доходы, расходы и сбережения населения России: тенденции и перспективы» (Москва, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, 4 декабря 2018 г.); всероссийских конференциях: I Римашевские чтения «Сбережение населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни» (Москва, ИСЭПН ФНИСЦ РАН, 27 марта 2018 г.), «Эволюционная и институциональная экономика: вопросы теории и практики» (Вологда, 12 сентября 2014 г.), «Общество и социология в современной России» (Вологда, 13-15 ноября 2014 г.); региональных конференциях: «Экономика региона: реальность и перспективы» (Вологда, 14 февраля 2014 г.), «Молодые учёные – экономике региона» (Вологда, ВолНЦ РАН, 2014 – 2016 гг.) и нашли поддержку научной общественности.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 33 научные работы, имеющих индексацию в системе РИНЦ, в том числе 13 публикаций в изданиях, включённых в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации, из них 3 работы – в журнале, входящем в систему Web of Science, 1 работа в журнале, входящем в систему Scopus. Общий объём опубликованных работ – 101,9 усл. п. л., личный вклад автора – 42,9 усл. п. л.

Структура и объём диссертационного исследования. Диссертация изложена на 214 страницах (объём содержательной части работы 193 страницы), состоит из введения, трёх глав, заключения, списка использованной литературы, четырёх приложений, включает 35 рисунков, 30 таблиц.

Глава 1 . ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ИНВАЛИДОВ

1.1. Эволюция концептуальных основ социальной политики в отношении инвалидов в русле международного права

Российская Федерация, согласно статье 7 Конституции, является социальным государством [191]. Этот статус предполагает выполнение целого ряда условий в сфере социальной и экономической политики. По мнению ряда отечественных исследователей, Россия пока не стала социальным государством в полной мере [58; 118]. Это обусловлено, в том числе, проблемами в социально-экономической и правовой сферах, истоки которых находятся в социалистическом прошлом страны. Тяжёлое преодоление экономического и социального кризиса, последовавшего после трансформации политической сферы страны в 90-е гг. XX в., отчасти было обусловлено некорректным выбором приоритетов социальной политики государства, когда его обязательства перед гражданами были заметно редуцированы по сравнению с системой социальной поддержки, функционировавшей в Советском Союзе. Резкий переход к рыночной экономике и утрата привычной опоры на государственную помощь вызвали катастрофические для населения последствия, которые не полностью преодолены до сих пор [5; 134]. Современная социальная политика ориентирована на сглаживание наиболее острых проблем, существующих в российском обществе. Её ключевые цели и задачи нашли отражение в рамках национальных и федеральных проектов, приоритетных программ и проектов [183]. Наблюдаемая картина отражает определённую либерализацию социальной политики, характерную не только для России, но и для других современных государств благосостояния [54]. На этом фоне среди экспертного сообщества продолжается дискуссия о концептуальных основах, индикаторах и содержании социальной политики, приемлемых в российских реалиях на современном этапе развития страны [47; 69]. Реализация уже принятых мер подвергается критике за недостаточные масштаб и

результативность [25]. Высказывалось мнение, что современная социальная политика целенаправленно выстраивается так, чтобы поддерживать «позитивный потенциал социального неравенства как источник развития», а также создавать «конкурентную среду в социальной сфере» [52].

Исторически возникновению социального государства предшествует этап формирования государства всеобщего благосостояния (ГВБ). Характерной чертой государства всеобщего благосостояния является то, что оно основано на достигнутом компромиссе между интересами крупного капитала, связанными с неприкосновенностью частной собственности и свободного рынка, и основной массы населения, требующего выполнения более или менее широкого перечня мер социальной поддержки [29]. Достигнутый уровень развития ГВБ рассматривается как переходное состояние, которое в процессе реформ может трансформироваться в социальное государство. Последнее обладает, в отличие от государства всеобщего благосостояния, несколькими ключевыми чертами. Во-первых, функция социальной защиты в действительности распространяется на всё население, во-вторых, целью социальной политики выступает не поддержание социальной солидарности, а создание благоприятных условий для свободного развития и творческой самореализации каждого человека [118].

Согласно определению Н.И. Лапина, «социальное государство — государство нового типа, которое на основе принципов социального рыночного хозяйства создаёт условия для свободного саморазвития человека, его культуры и гражданского общества, для его перехода на новый уровень самоорганизации и гуманистически ориентированную траекторию саморазвития» [68].

Классическое определение, которое сформулировано Л. фон Штейном, утверждает, что социальное государство «обязано поддерживать абсолютное равенство в правах для всех различных общественных классов, для отдельной частной самоопределяющейся личности посредством своей власти. Оно обязано способствовать экономическому и общественному прогрессу всех своих граждан, ибо, в конечном счете, развитие одного выступает условием развития другого, и именно в этом смысле говорится о социальном государстве». Рассматривая истоки

возникновения социального государства, С.В. Калашников отмечает, что оно стало закономерным следствием «повышения роли человеческого фактора [в производстве] в результате научно-технического прогресса, [которое] привело к необходимости более широкого учета потребностей людей, признанию их социальных прав и принятию государством на себя ряда социальных функций» [45].

Следует указать, что государство современного типа основано на соглашении различных социальных групп [111]. Сущность такого договора состоит в проявлении населением и государством солидарности в достижении общего интереса [124]. Причём природа общественного интереса является предметом научных дискуссий [112]. В отношении концепции «солидарности» в работе М.-К. Блэ предложено две версии её трактовки. «Первая версия ориентирована на перераспределение общественного продукта в пользу бедных и нуждающихся, на единство национальной общности и обеспечение прав каждого. Вторая трактовка выходит за пределы политической сферы и объединяет проявления сострадания к жертвам несправедливостей, поощрения дарений и пожертвований, развитого социального чувства» [10]. Автор также упоминает о современной «индивидуалистической» трансформации самой идеи солидарности, из которой практически исчезло изначально заложенное в неё представление об ответственности каждого перед другими людьми [10].

Наличие между государством и обществом солидарности в отношении приоритетов социально-экономического развития, правил перераспределения экономических благ между социальными группами, обеспечения равенства возможностей в развитии человеческого потенциала для всех граждан выступает необходимым условием стабильного развития их отношений. В отечественной литературе высказывались идеи относительно необходимости пересмотра ориентиров и концептуальных основ социальной политики России ввиду перехода к постиндустриальному обществу [75], а также с учётом влияния глобализации на развитие страны [140].

В то же время, в России остаются нерешёнными проблемы, характерные для более ранних этапов становления социального государства. Высокое социальное неравенство [14; 103; 110], низкое материальное положение значительной части граждан [48; 102], и другие социально-значимые вопросы по-прежнему актуальны [117].

К числу нерешённых проблем относится обеспечение соблюдения прав инвалидов и учёт их интересов на всех уровнях государственной политики с целью выполнения обязательств по созданию для них равных возможностей развития и реализации человеческого потенциала [15]. Инвалиды в России остаются одной из наиболее социально-уязвимых категорий населения. Они слабо включены в экономическую, социальную и культурную жизнь общества, зачастую сталкиваются с нарушением своих законных прав [108]. Ввиду того, что инвалиды уже сейчас составляют значительную часть российского населения (около 8%), а в перспективе их численность будет расти [21], прогресс в обеспечении равенства возможностей становится той задачей, меры по решению которой должны быть интегрированы во все смежные направления социальной политики государства на всех уровнях её реализации.

По мере перехода от дисциплинарного к социально защищающему государству менялось наполнение социальной политики в отношении всех уязвимых групп населения. Ключевым трендом этой эволюции является переход от реализации мер социальной поддержки отдельных категорий населения к построению комплексной социальной политики, выполняющей функцию социальной защиты в отношении всего населения и каждого человека.

Трансформация понятия «инвалидность» в историческом контексте

Ввиду комплексного характера проблемы инвалидности к её изучению обращаются в рамках целого ряда научных дисциплин: медицины, экономики, социологии, философии, права. Предпринимаются попытки междисциплинарного исследования данной проблематики. Востребованным остаётся изучение природы инвалидности и в рамках разработки и реализации политики в этой сфере. Различные научные дисциплины формулируют собственное видение природы

инвалидности и в соответствии с этим конструируют собственные подходы к её исследованию. Зачастую в рамках одной научной дисциплины может возникать целый ряд подходов к пониманию инвалидности (таблица 1.1).

Таблица 1.1. — Подходы к изучению инвалидности и её определения

Подход	Определение термина «инвалидность»
Медицинский	«Отсутствие способности самостоятельно обеспечивать (как полностью, так и частично) потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу какого-либо недостатка, будь то врождённый или приобретённый, своих физических или умственных возможностей» [189]
Политологический	«Состояние ограниченности возможностей человека, которое обусловлено не столько физиологическими показателями, сколько социально-политическими условиями, которые формируются на уровне государства и напрямую зависят от государственной политики, с одной стороны, и от активности этого индивида по поводу удовлетворения своих потребностей в структурах гражданского общества – с другой» [2]
Социо-демографический	«Один из основных показателей общественного здоровья, характеризующий потерю жизненного и трудового потенциала общества»; (инвалидность рассматривается на уровне населения определённой территории как характеристика крайней степени общественного нездоровья. Лица с инвалидностью (инвалиды) составляют особую социально-демографическую категорию населения) [35]
Социально-средовой	«Устойчивые физические, психические, интеллектуальные или сенсорные нарушения, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать полному и эффективному участию человека в жизни общества наравне с другими» [190]
Функционалистский (социология)	Инвалидность рассматривается как обусловленная болезнью зависимость, неспособность выполнять обычные для других членов общества функции (Т. Парсонс, Сиглер, Осмонд) [26].
Символический интеракционизм	Инвалидность как социальное отклонение, девиация, которое маркируется «навешиванием ярлыков» (Becker, Lemert), сопровождается стигматизацией группы (И. Гоффман) [22].
Адаптационный	Инвалидность рассматривается через многообразие индивидуальных адаптационных практик, реализуемых в обществе (Р. Мертон, R. Anspach) [26].
Социальный конструктивизм	Инвалидность рассматривается как проблема, истоки которой находятся в сознании людей, не имеющих инвалидности, и определяется как предубеждение, проявление негативных социальных установок и практик (Deborah A., Stone) [26]
Эволюционный	Инвалидность рассматривается как эволюционирующее понятие в контексте социально-экономического развития общества и изменения интеграционных возможностей для людей с инвалидностью (Финкелштейн, Оливер) [26].
Эмансипативный	Фокус внимания исследователей смещается от теоретических вопросов инвалидности к изучению реальных потребностей и интересов людей с инвалидностью (Оливер) [26].
Комплексный	«Проблема деятельности человека в условиях ограниченной свободы выбора, которая включает в себя несколько аспектов: правовой, социальный, психологический, общественно-идеологический, экономический, анатомо-функциональный» [113]

Источник: составлено автором на основе литературных источников.

Учитывая разнообразие теоретических предпосылок, необходимо помнить, что область их применения, как правило, ограничивается той дисциплиной, внутри которой они возникли и развивались. На практике данные подходы «наслаиваются» друг на друга, что определяет необходимость выделения тех компонентов проблемы инвалидности, которые могут быть предметом изучения в рамках экономики народонаселения.

Прежде всего, необходимо отметить, что ключевыми категориями анализа при обращении к проблематике инвалидности в рамках экономики народонаселения могут выступать, с одной стороны, «инвалидность, как показатель, характеризующий общественное здоровье», а с другой – «люди с инвалидностью, как одна из категорий населения». Применительно к первому понятию могут рассматриваться проблемы, связанные со статистическим учётом показателей инвалидности, оценкой экономических последствий потерь здоровья, обусловленных инвалидизацией населения, региональной дифференциацией показателей инвалидности и ряд других тем, относящихся к области изучения общественного здоровья. Второе понятие позволяет рассматривать инвалидов как особую категорию населения, принимающую участие в экономической деятельности в той или иной форме. В отношении данной категории могут ставиться такие исследовательские вопросы, как оценка качества и уровня жизни, социального функционирования, социального благополучия, занятости и безработицы, миграции, брачного и семейного поведения, то есть тот же комплекс тем, которые применимы для исследования других категорий населения в рамках данной научной дисциплины. В настоящей работе мы будем придерживаться именно социо-демографического подхода к исследованию инвалидности.

Мы разделяем точку зрения отечественных учёных, которые указывают на важную роль социологических исследований в формировании представлений об инвалидности. Согласно работе Е.В. Воеводиной и Д.С. Райдугина [23], в России после начала действия Конвенции ООН «О правах инвалидов» (период с 2008 до 2013 года) защищено более 500 диссертаций по инвалидности, из них 200 работ были подготовлены по социологическим наукам. Подробное изучение

инвалидности в рамках социологических дисциплин значительно обогатило представления о её сущности и последствиях для общества. К примеру, использование концепции социальной эксклюзии позволяет по-новому взглянуть на положение людей с инвалидностью [53]. В то же время, вопросы, касающиеся исследования человеческого потенциала инвалидов, влияния инвалидизации населения на экономическое развитие, требуют применения именно экономического подхода.

Изменения концептуального наполнения понятия инвалидности нашли наиболее заметное отражение в законодательстве о защите прав инвалидов. В зависимости от содержательного наполнения понятия «инвалидность» в категорию инвалидов попадают люди, имеющие те или иные проблемы со здоровьем. Первое законодательное упоминание термина «инвалидность» принято относить к 1975 году, когда была подписана «Декларация о правах инвалидов» [189]. В Конвенции ООН «О правах инвалидов» инвалидность представляется как эволюционирующее понятие и «результат взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [190].

В международных соглашениях, как правило, используется комплексный подход к рассмотрению проблемы инвалидности. Всемирная организация здравоохранения в Проекте Глобального плана по инвалидности описывает её как «глобальную проблему общественного здравоохранения, вопрос прав человека и приоритета в области развития» [160]. Во внимание принимается и правовой аспект, наряду с медицинским, социальным и экономическим. В том же документе в отношении последствий инвалидности сказано, что она «может привести к более низкому уровню жизни и к бедности в результате отсутствия доступа к образованию, занятости и получению дохода и в результате более высоких расходов» [160]. Это представление соответствует комплексному видению масштабов проблемы и её значения для развития общества.

Причинами формирования инвалидности, согласно Конвенции ООН «О правах инвалидов», выступают, помимо нарушений здоровья человека, существующие в обществе средовые и отношенческие барьеры. Эта точка зрения соответствует представлению о сложной природе инвалидности и, в отличие от альтернативных подходов, позволяет выработать приемлемые управленческие решения для снижения потерь общества от инвалидизации населения. Основной задачей становится повышение социального участия инвалидов через устранение барьеров. При этом за отправную точку принимается то, что социальная инклюзия инвалидов может частично компенсировать потери общества от инвалидизации населения [190]. Такое представление об инвалидности согласуется с комплексным подходом (см. табл. 1.1).

Отечественные авторы по-разному подходят к классификации моделей инвалидности. В литературе чаще противопоставляются медицинская и социальная модель инвалидности. Первая характеризует отношение к инвалидности, преобладавшее вплоть до середины XX века. Сущность этого отношения состояла в том, что инвалидность рассматривалась как свойство самого человека, обусловленное неудовлетворительным состоянием его здоровья. В соответствии с этим, общество видело свою миссию в отношении инвалидов только в том, чтобы попытаться адаптировать их к обычной жизни и организовать уход за ними. Нормальным считалось помещение людей с инвалидностью в учреждения интернатного типа, а также другие практики изоляции от общества. Возникновение социальной модели инвалидности было связано с активизацией правозащитной деятельности в странах Европы. Ключевая идея состоит в том, что инвалидность имеет также и социальную природу, конструируется в конкретных социально-исторических условиях. Предлагалось обратить внимание не только на медицинские реабилитационные мероприятия, но и на необходимость устранения средовых барьеров, преодоление негативного отношения к инвалидам со стороны общества [109].

В работах А.А. Дарган представлена классификация, включающая 3 концепции и 7 соответствующих им моделей инвалидности [31] (таблица 1.2).

Отличительной характеристикой традиционной концепции инвалидности является её сосредоточенность на «неполноценности», отсутствии некоторых свойств, присущих другим членам общества (например, трудоспособность, способность самостоятельно передвигаться и т.д.). В рамках данной концепции сформировались четыре модели инвалидности. Наименее продуктивной с точки зрения реализации гражданских прав и консолидации общества являлась моральная модель инвалидности, существовавшая на ранних этапах исторического развития обществ. Инвалидность в данной модели рассматривалась как физический недостаток, при этом причиной её возникновения считали совершённые человеком грехи, преступления. С точки зрения традиционного общества инвалиды не заслуживали специальной опеки и поддержки со стороны государства, не рассматривалась и мысль о возможности их полноценного участия в общественной жизни. На этой исторической стадии люди, имевшие инвалидность, фактически становились изгоями.

Таблица 1.2. — Концепции и модели инвалидности (классификация А.А. Дарган)

Понятие инвалидности	Модель инвалидности	Концепция инвалидности
Результат греха	Моральная	Традиционная
Болезнь или дефект	Медицинская	
Полная или частичная потеря трудоспособности	Экономическая	
Социальная недостаточность, приводящая к ограничению жизнедеятельности	Медико-социальная (административная)	
Ограничение способности социально функционировать вследствие несовершенства среды жизнедеятельности	Социальная	Социокультурная
Культурное ограничение наравне с различиями в цвете кожи, вероисповедании и т. п.	Модель культурного плюрализма	Концепция независимой жизни инвалидов
Ограничение в возможностях (врожденное или приобретённое)	Политико-правовая	

Составлено автором по материалам: [31].

Преобладавшие идеи об инвалидности менялись под действием таких факторов, как развитие медицины, усложнение социальных связей, смена форм политического устройства государств. Внутри традиционной концепции сложились медицинская, медико-социальная и экономическая модели

инвалидности. Все они делают акцент на «недостатках», присущих людям с инвалидностью. Вследствие этого, усилия государства оказываются направленными на «реабилитацию» инвалида, его возвращение в привычную жизненную среду. Если же это невозможно, то инвалид помещается в специальное учреждение, где создаются специальные условия для его проживания. На данном этапе концептуального осмысления инвалидности ещё не возникает идея о возможности изменения самого жизненного пространства, устранения барьеров, препятствующих включению людей с инвалидностью в социальную жизнь [129].

Впоследствии в рамках социокультурной концепции инвалидности и концепции независимой жизни инвалидов сложилось понимание того, что инвалидность имеет комплексную медико-социальную природу. Социокультурная концепция включает только одну модель инвалидности – социальную. Её центральная идея заключается в том, что ограничение способности социального функционирования рассматривается в качестве основного признака наличия инвалидности. Причиной таких ограничений признаётся несовершенство среды жизнедеятельности. Как следствие, возможность интеграции инвалидов и общества оказывается тесно связанной с устранением барьеров, предоставлением людям с инвалидностью социальной поддержки [129].

По мере концептуального осмысления тематики инвалидности акцент в интерпретации данного понятия всё сильнее смещался на его социальную природу. Следующим шагом стало признание её преимущественно социальной природы. Так в рамках *политико-правовой* модели инвалидность рассматривается как врождённое либо приобретённое ограничение в возможностях. Данная модель относится к *концепции независимой жизни инвалидов*. Её центральная идея – интеграция инвалидов и общества, для которой необходимы формирование доступной среды и обеспечение равенства в реализации законных прав [129].

Несколько иную классификацию моделей инвалидности приводит в своей работе Е.А. Тарасенко [122]. Она разделяет традиционную (или медицинскую, или

старую), посттрадиционную (или социальную, или новую) и новейшую парадигмы² инвалидности. Первая включает в себя моральную (религиозную), медицинскую (административную), экономическую, реабилитационную модели и модель функциональной ограниченности. Автор указывает на родство этих моделей в части акцентирования ими внимания на тех или иных «недостатках» людей с инвалидностью и стремления приспособить их к жизни в обществе, не меняя при этом ни среду жизнедеятельности, ни общественные отношения в соответствии с потребностями инвалидов. Социальная парадигма включает две британских и четыре американских модели инвалидности. Ниже кратко обозначены их отличительные особенности. Автор, обсуждая современные модели инвалидности, особо отмечает глубинное различие в смысловой нагрузке англоязычных обозначений инвалидов: термин «disabled people», используемый в рамках британской материалистической модели, отражает социальную природу инвалидности, тогда как термин «people with disabilities», используемое в американской литературе, приписывает свойство инвалидности самому человеку. В работе Е.А. Тарасенко также отмечен процесс формирования новейшей парадигмы инвалидности, ключевой идеей которой является отказ от использования терминов, которые как-либо выделяют людей с инвалидностью в обществе. Она акцентирует внимание на том, что надлежащий уровень развития общества и технологий позволит со временем устранить все существующие барьеры участия инвалидов, что сделает сам термин «инвалид» лишенным практического значения [122] (таблица 1.3).

Таблица 1.3. — Концепции и модели инвалидности (классификация Е.А. Тарасенко)

Концепция инвалидности	Модели инвалидности	Ключевые идеи
Медицинская (традиционная, старая)	Религиозная (моральная)	Инвалиды рассматриваются либо как мученики, либо как несущие наказание за грехи. Отрицается возможность их включения в жизнь общества наравне с другими.

² Е. А. Тарасенко использует термин «парадигмы», но нам представляется, что речь здесь скорее идёт о концепциях.

Концепция инвалидности	Модели инвалидности		Ключевые идеи
	Медицинская		Физические и психические отличия между людьми рассматриваются в терминах дефектов и патологических отклонений. Инвалиды воспринимаются как объект социальной политики, а не её субъект. Недостатки здоровья рассматриваются как основание для исключения инвалидов из обычной социальной деятельности. Для инвалидов создаются изолированные пространства — интернаты, медицинские центры, коррекционные школы.
		Экономическая	
	Функциональной ограниченности		
		Реабилитационная	
Социальная (посттрадиционная, новая)	Британские модели		Материалистическая модель
		Модель независимой жизни	Основана на теории нормализации и социальной валоризации. Методологически опирается на функционалистскую социологию, социологию символического интеракционизма, идеи «второй волны» феминизма. Под независимой жизнью понимается право человека быть неотъемлемой частью жизни общества, участвовать в экономических, политических и социальных процессах, свобода выбора и свобода доступа к различным сферам жизни. Также в философском понимании независимая жизнь означает ориентацию инвалида на то, что он сам ставит перед собой те же задачи, что и другие члены общества.

Концепция инвалидности	Модели инвалидности	Ключевые идеи
	Американские модели	<p>Психосоциальная</p> <p>Методологическую базу составляют социология символического интеракционизма и постмодернистские концепции. Ключевое понятие для осмысления инвалидности — «стигма», которая в соответствии с теорией Гофмана, возникает в результате разрыва между «актуальной и виртуальной социальной идентичностями индивида». При этом сценарии взаимодействия инвалидов с окружающими рассматриваются в зависимости от того, является ли их «нетипичность» видимой или скрытой. Инвалидность рассматривается как результат действия стигмы — неожиданных различий или «нетипичности». Инвалидность, таким образом, не только физиологическая патология, но и социальное определение, стигма или ярлык. Изменив социальное окружение, можно снять ярлык или сменить его на другой, в меньшей степени ограничивающий возможности индивида.</p>
		<p>Социально-политическая</p> <p>Предложена Х. Ханом в 1994 году. Теоретическую основу составили философия прав инвалидов и идеологии гражданских прав. Инвалидность рассматривается как следствие инвалидизирующей, не поддерживающей индивида среды. Инвалиды названы угнетаемым меньшинством в современном обществе. Формулирует три ключевых постулата: социальные attitudes выступают основным источником проблем, с которыми сталкиваются инвалиды; благодаря подходящей публичной политике могут быть сформированы многие необходимые условия среды; в демократическом обществе политика должна активно влиять на формирование ценностей и установок. Модель способствовала осознанию инвалидами своих возможностей влиять на социальную политику.</p>
		<p>Культурная</p> <p>Развивалась на основе социально-политической модели, а также идей Х. Хана, П. Лонгморе, В. Финкелштейна, Е. Моррисона, И. Золы. Инвалидность рассматривается как культурный феномен. в соответствии с этим, основной акцент делается на необходимости формирования у инвалидов групповой идентичности, «субкультуры инвалидности». Предполагается, что такая идентичность инвалидов позволит им включаться в культурную жизнь страны, более полно интегрироваться в социум и лучше защищать свои права. Иллюстрация основных идей этой модели — лозунги американских движений за права инвалидов: «Ничего для нас без нас!», «Прославляйте своё отличие!», «Я инвалид, но я горд!».</p>
		<p>Человеческого разнообразия</p> <p>Методологической основой выступают социология постмодернизма и феминистская социология. Инвалидность рассматривается как один из вариантов нормального состояния человека. Данная точка зрения нашла отражение в Законе США об инвалидах и Билле о правовых действиях 1993 года («Инвалидность является естественной частью человеческого опыта»).</p>

Концепция инвалидности	Модели инвалидности	Ключевые идеи
Новейшая (смысл — отказ от самого понятия «инвалидность»)	Техническая модель	Данная модель строится вокруг позитивного прогноза в отношении прогресса общества и защиты прав инвалидов. Рассматривается возможное в перспективе исчезновение ограничительных барьеров, а, следовательно, отличительной идентификации инвалидов. Единственным отличием инвалидов станет более активное использование новейших технологий.
	Модель инвалидности как незанятости	Внимание акцентируется на возможном в перспективе устранении барьеров в трудовой сфере, в результате чего в обществе будут созданы условия для занятости всех инвалидов. В этом случае отличными от других будут считаться только безработные или нетрудоспособные инвалиды, которые будут получать пособие по безработице наряду с другими категориями незанятого населения.

Составлено по работе: [122].

Таким образом, понимание инвалидности эволюционировало от узкого медицинского восприятия данного феномена к пониманию его сложной природы, осознанию возможности и необходимости преодоления негативных практик социального исключения, сложившихся вокруг людей с инвалидностью [129]. Эволюция теоретических представлений об инвалидности нашла отражение в разрабатываемой социальной политике в отношении данной категории населения.

В случае доминирования в политической сфере медицинской модели инвалидности в руках государства и общества присутствует точный критерий для установления факта наличия инвалидности – медицинское обследование. Во внимание принимаются только особенности здоровья человека, а не те явления, которые возникают при взаимодействии со средой. Критерии установления инвалидности, связанные с реализацией человеком социальных функций, способностью трудиться, участвовать в культурной жизни, создают логическую связь понятий «инвалидность», «степень ограничения трудоспособности», «эксклюзия», «дискриминация». Если для установления факта инвалидности используется информация об особенностях взаимодействия человека с физической средой, то складывается и представление о содержании понятий «средовые барьеры» и «ограниченные возможности здоровья». Таким образом, здесь возникает разделение: термин «ограниченные возможности здоровья» служит атрибутом человека, термин «средовые барьеры» характеризует среду по

отношению к человеку, а термин «инвалидность» отражает результат взаимодействия человека и компонентов окружающей среды.

Одной из общепризнанных выступает предложенная Р. Дрейком типология моделей социальной политики в отношении инвалидов. Он выделяет: негативную модель, при которой государство отрицает права инвалидов, модель невмешательства, мозаичную модель, характеризующуюся ситуативным реагированием на проблемы инвалидов, максимальную политику, предполагающую наличие системной стратегии действий в отношении инвалидов, но основанную на медицинском подходе к определению инвалидности, а также модель социальных и средовых изменений, которая берёт за основу социальную концепцию инвалидности [109].

Обзор современных подходов к социальной политике в отношении инвалидов

Долгое время политика в отношении инвалидов строилась на основе медицинской модели инвалидности [85]. В этот период сложились отдельные практики в отношении инвалидов, которые применяются и в настоящее время. Примерами могут служить специализированные медицинские и образовательные учреждения, а также интернаты, где инвалиды проживают отдельно от своих семей. В этот же период складывались системы пенсионного и льготного обеспечения инвалидов. Государство в целом воспринимало инвалидов как пассивных получателей мер поддержки, как объект своей социальной политики. Концепцию социальной политики, имеющую подобные обобщённые черты, обозначают термином «патерналистская». Несмотря на её очевидные недостатки, она имеет ряд сильных сторон. К их числу относится наличие разветвлённой системы медицинских и образовательных учреждений, которые могут оказывать компетентную помощь людям с инвалидностью, имеющим разные ограничения жизнедеятельности, наличие в законодательстве оснований для льготного обеспечения инвалидов необходимыми лекарствами и средствами реабилитации на бесплатной основе, поддержка специализированных предприятий, использующих труд инвалидов. Ключевая проблема патерналистской концепции заключается в том, что она не даёт возможности инвалидам самостоятельно решать, какая именно

поддержка им необходима, а также заведомо отрицает возможность независимой жизни людей с инвалидностью. Критика патерналистской концепции социальной политики часто оказывалась обращена на её высокую затратность [122].

Отмеченные выше проблемы наряду с политическими требованиями общественных движений инвалидов послужили отправной точкой для пересмотра концепции социальной политики в государствах благосостояния во второй половине XX века. Особую роль в этом процессе сыграло признание инвалидности проблемой, которую можно решить путём осознанного политического действия (в рамках социально-политической модели инвалидности). Концепция социальной политики, сложившаяся на основе этого подхода, обозначается как «инновационная концепция» или «концепция гражданских прав». Её отличительные черты — это стремление к интеграции инвалидов и общества, устранение барьеров участия инвалидов, в том числе реформирование социальных институтов с учётом интересов инвалидов, борьба с дискриминирующими стереотипами в отношении инвалидов, признание инвалидов в качестве субъектов социальной политики (предоставление инвалидам возможности влиять на политические решения, затрагивающие их права и интересы, в том числе в рамках деятельности общественных организаций и движений), поощрение инвалидов к наиболее полной реализации их потенциала [122].

Несмотря на явный антагонизм двух представленных концепций, исследователи указывают на допустимость, и даже желательность сочетания их элементов в политике в отношении инвалидов. Так, Е.А. Тарасенко, рассуждая о приемлемой для России концепции, отмечает, что патерналистская концепция и концепция гражданских прав подходят для достижения разных целей, а также для разных категорий людей с инвалидностью. При этом автор отмечает, что в России существует опасность сворачивания социальных обязательств государства перед инвалидами под видом перехода к концепции гражданских прав, в результате чего может снизиться доступность для людей бесплатного медицинского и социального обслуживания. Это, в свою очередь, в корне противоречит задаче построения общества равных возможностей [122].

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [211], ограничения жизнедеятельности, вызванные длительным нарушением состояния здоровья, являются критерием нуждаемости человека в государственной социальной помощи. Следовательно, на практике закрепляется критерий предоставления социальной поддержки, характерный для медицинской концепции инвалидности. Это приводит к тому, что люди с одинаковой группой инвалидности пользуются одинаковыми правами на социальную поддержку вне зависимости от иных признаков, дифференцирующих их потребности. Учитывать особые потребности каждого человека в необходимых размерах и формах социальной поддержки в некоторой степени позволяет внедрение в практику работы государственных социальных служб индивидуальной программы реабилитации инвалидов.

Ориентиром для развития российской социальной политики в отношении инвалидов выступает международное право. Новейшие изменения в области международного законодательства, затрагивающего тематику инвалидности, связаны с анонсированием «Стратегии Организации Объединённых Наций по интеграции инвалидов» в июне 2019 года [185]. Этот документ служит основой нового проекта преобразования международной практики интеграции инвалидов. Стратегия рассчитана на пятилетний период. Её цель состоит в том, чтобы обеспечить включение интересов инвалидов во все области работы ООН с целью реализации Конвенции по правам инвалидов и Целей в области устойчивого развития (ЦУР). Стратегия предусматривает наличие универсального механизма подотчётности для всех подразделений ООН. Документ включает четыре основные области: руководство, стратегическое планирование и управление; обеспечение инклюзивности; программная деятельность; организационная культура. Для каждой из областей предусмотрены собственные индикаторы. Понятие инклюзия инвалидов определяется как «обеспечение конструктивного участия людей с разными формами инвалидности, поощрение и учет их прав в работе Организации, разработка ориентированных на инвалидов программ и учет связанных с вопросами инвалидности аспектов в соответствии с Конвенцией о правах

инвалидов». Также отмечено, что для обеспечения этого результата «необходимы разработка и реализация последовательного и систематического подхода к учету вопроса инклюзии инвалидов во всех направлениях работы и программной деятельности как внутри Организации, так и за ее пределами» [185]. В Докладе Генерального секретаря ООН, посвящённого первым результатам реализации Стратегии, отмечено, что были предприняты дополнительные шаги по лучшей защите прав инвалидов в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Также заслуживает внимания практика тесного консультационного взаимодействия ООН с Международными общественными организациями инвалидов (Международный альянс организаций лиц с инвалидностью), как на этапе разработки Стратегии, так и на этапе её непосредственной реализации. В долгосрочном плане Организация видит смысл реализации Стратегии интеграции инвалидов в том, чтобы «создать мир, в котором все люди, в том числе инвалиды, могут в полной мере участвовать в процессах принятия решений и быть реально вовлеченными в экономическую, социальную, политическую и культурную жизнь» [166].

Отдельного внимания заслуживают действия Всемирной Организации Здравоохранения в области изучения инвалидности, оценки её масштабов на международном уровне, обобщения опыта стран по преодолению негативного отношения к людям с инвалидностью. В 2020 году Организацией был подготовлен Информационный бюллетень, содержащий сведения об инвалидности в странах мира в контексте оценки возможностей достижения отдельных Целей Устойчивого Развития. В этом документе, как и в Стратегии по интеграции инвалидов ООН, прослеживается понимание неотделимости политики в области инвалидности от общего русла социальной политики государств, особенно в контексте достижения устойчивого развития на глобальном уровне. Указывается, в частности, что инвалидность влияет на все сферы жизни, поэтому вопрос имеет отношение к достижению всех ЦУР [159]. Понимание системного характера взаимосвязей между проблемой инвалидности, здоровья и благополучия людей, безусловно, является сильной стороной такого подхода к видению задач в отношении защиты прав инвалидов.

Для Российской Федерации весомым шагом на пути к модернизации политики в области инвалидности стала ратификация Конвенции ООН «О правах инвалидов» в 2012 году [190]. Конвенция закрепляет понимание инвалидности как сложного эволюционирующего феномена, определяет основные обязанности государства в сфере создания общества равных возможностей, устранения дискриминирующих практик, приведения основных социальных институтов в соответствие с потребностями инвалидов.

В Российской Федерации основными нормативно-правовыми актами, определяющими содержание и принципы социальной политики в отношении инвалидов, выступают:

- 1) Федеральный закон № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» от 03.05.2012 [209];
- 2) Федеральный закон № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 года [211];
- 3) Федеральный закон № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 года [192].

Перечисленные федеральные законы определяют перечень обязательств государства в области льготного обеспечения, социальной защиты инвалидов, предоставления им социальных и медицинских услуг, обеспечения равенства их прав и защиты от любых проявлений дискриминации. В свою очередь, сам подход к определению инвалидов как целевой категории населения в рамках социальной политики прослеживается в нормативно-правовых актах, устанавливающих порядок и критерии признания граждан инвалидами в структуре учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) [206]. В период новейшей российской истории эти правила неоднократно корректировались, что отражает «смягчение» или «ужесточение» рамок для вхождения в состав получателей социальных гарантий в связи с инвалидностью [204]. Исследователи, интерпретируя подобные изменения, указывают на их экономическую обусловленность. Государство, устанавливая более или менее жёсткие стандарты признания граждан инвалидами,

корректирует собственные затраты на финансирование данного направления социальной политики [34].

Помимо упомянутых нормативно-правовых актов, деятельность государства в области обеспечения равенства возможностей инвалидов регламентируется целевыми программами. Наиболее известной и широко обсуждаемой целевой программой в интересах инвалидов выступает программа «Доступная среда» [194], реализация которой должна закладывать инфраструктурную основу интеграции инвалидов и общества, а также способствовать преодолению негативных стереотипов об инвалидах, присутствующих в российском обществе. Аналогичные по своей миссии целевые программы реализуются и в регионах [201]. В исследованиях российских авторов неоднократно отмечалась недостаточная результативность формирования доступной среды, несмотря на применение программно-целевого подхода [81; 89]. По-прежнему нерешёнными остаются вопросы преобразования жизненного пространства городов в соответствии с потребностями инвалидов [36].

Проведённый анализ позволяет заключить, что политика в отношении инвалидов выступает неотъемлемой частью социальной политики государств. Её развитие исторически происходило в направлении увеличения разнообразия форм и направлений поддержки и большего охвата ими населения. Трансформация государств благосостояния и сопутствующее переосмысление приоритетов и принципов социальной политики наложили отпечаток и на политику в отношении инвалидов. Сочетание данного процесса с изменением доминирующих представлений об инвалидности и роли инвалидов в современном обществе привело к заметной перестройке социальной политики в данной сфере. Особенностью российской действительности, по оценкам экспертов, выступает то, что, декларируя переход к концепции гражданских прав, фактически государство продолжает применять патерналистскую концепцию социальной политики. При этом на практике желательно разумное продуктивное сочетание двух этих концепций, которое будет максимально учитывать разнообразные потребности инвалидов: позволит им, с одной стороны, проявлять активность и участвовать в

жизни общества, в том числе, через деятельность общественных организаций влиять на управленческие решения, касающиеся их интересов, а с другой стороны, — обеспечит доступность бесплатной медицинской и социальной помощи для людей с инвалидностью при расширении участия частных поставщиков услуг в этих сферах.

1.2. Социальное благополучие, здоровье и качество жизни населения: соотношение понятий

Единой общепринятой трактовки понятия «социальное благополучие» к настоящему моменту не существует. Предлагаются различные подходы к его определению, которые складываются под влиянием политических, экономических и социологических концепций. Зачастую понятие «социальное благополучие» пересекается по смыслу с понятиями «здоровье» и «качество жизни». Анализ тематики и научной направленности работ, рассматривающих содержательное наполнение этих терминов в-отдельности и их соотношения в том или ином контексте, показывает, что можно выделить минимум три подхода к решению данной задачи.

Первый подход можно условно обозначить как *медицинский*. Он прослеживается в документах и публикациях, подготовленных специалистами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Социальное благополучие в данном контексте выступает, с одной стороны, неотъемлемой характеристикой здоровья, с другой стороны – компонентом качества жизни населения. Взаимосвязь понятий «социальное благополучие» и «общественное здоровье» демонстрирует трактовка здоровья, принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ / WHO): «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [187].

Результаты дискуссии вокруг соотношения понятий «социальное благополучие» и «здоровье» приводятся в опубликованных материалах экспертного совещания Европейского регионального бюро ВОЗ (Париж, 2012) [158]. Первостепенная важность выработки непротиворечивой концептуальной позиции в этом вопросе определялась его практической значимостью для разработки социальной политики государств Европейского региона в области достижения социального благополучия. Учитывая предложенное ВОЗ определение здоровья, эта политика должна охватывать все сферы жизни общества, поскольку

ориентирована на достижение возможно более полного социального благополучия для каждого человека. Однако на уровне инструментального воплощения этот подход наталкивается на целый ряд методологических сложностей, связанных, в том числе, с выбором индикаторов результативности такой политики. Возникает противоречие между иерархией понятий «здоровье — социальное благополучие» и практикой разработки и реализации социальной политики европейских государств. Поскольку это в большинстве своём государства всеобщего благосостояния, то для них ориентирами в области социальной политики служат статистически измеримые индикаторы качества жизни и здоровья населения. При этом в рамках социальной политики показатели здоровья характеризуют процессы воспроизводства населения, его заболеваемости, инвалидности и смертности, а также распространённость отдельных ограничений жизнедеятельности, а не здоровье в том понимании, которое закреплено в его определении ВОЗ. Кроме того, сложность состоит в том, что индикаторы качества жизни во многом дублируют предлагаемые индикаторы социального благополучия. В частности, очень сходны по смыслу показатели, описывающие качество жизни в его субъективном измерении и субъективное благополучие. Основным результатом упомянутого совещания экспертной группы стало принятие рабочего определения социального благополучия: «Благополучие существует в двух измерениях – субъективном и объективном. Оно включает в себя совокупность жизненных переживаний индивида, а также сравнение обстоятельств его жизни с социальными нормами и ценностями» [158].

Второй подход можно условно обозначить как *социологический*. Здесь наиболее широким по своему наполнению является понятие «социальное благополучие». Качество жизни и здоровье рассматриваются как его компоненты [27; 28]. Категория «благополучие» в работах социологов операционализируется во многом по аналогии с категорией «качество жизни» в трудах экономистов. Измерение благополучия проводится с учётом его двойственной природы: психологической, отражающей роль субъективного восприятия человеком своего места в общественной структуре, и социальной, отражающей объективную оценку

жизненной ситуации населения [7]. В работах современных российских авторов ведётся дискуссия и о том, каким образом разграничивать понятие «социальное благополучие» и «счастье». П.Е. Сушко обосновывает различия в смысловом наполнении данных категорий: «степень интегрированности индивида в систему социальных отношений, его соответствие общепринятым стандартам жизни становится важным критерием, отделяющим категорию благополучия от других близких ему по смыслу понятий, ... стандарты благополучия формируются даже не столько по фактору материального положения и доходов, сколько в результате имеющихся лишений и повседневных проблем, решить которые люди самостоятельно не способны» [120]. Автор отмечает, что «различия между счастьем и благополучием проявляются в разрезе разных социально-демографических и профессиональных групп. Те, кто находится на нижних ступенях условной социальной иерархии с точки зрения их профессии и уровня дохода, а также люди старших возрастов понятия счастья и благополучия в субъективных оценках практически не разделяют» [120]. В отечественных трудах встречается использование термина «общественное благополучие», синонимичного категории «социальное благополучие». Детальный анализ подходов к исследованию «общественного благополучия» проведён в работе Г.Л. Воронина. Автором в качестве индикаторов для оценки объективной компоненты общественного благополучия выбраны статистические показатели рождаемости, брачности, уровень убийств и самоубийств. Субъективная сторона общественного благополучия определяется через оценку удовлетворённости людей различными сторонами своей жизни, в том числе здоровьем, материальным положением, положением в обществе [24]. Данное обстоятельство сближает смысловое наполнение субъективной компоненты общественного благополучия и субъективной компоненты качества жизни.

Третий подход — *экономический*. В рамках данного подхода наиболее широкая категория — качество жизни, описывающая бытие человека в пределах экономической подсистемы общества. Его компоненты, в свою очередь, включают характеристики социального благополучия и здоровья. Например, в работе

коллектива исследователей из Института экономики КарНЦ РАН представлена методика оценки качества жизни населения с применением субъективного подхода, где индикатор «социальное благополучие» включён в общую категорию «качество жизни» наряду с показателем «материальная обеспеченность». В состав самого индикатора «социальное благополучие» авторы работы включают такие субъективные оценки, как удовлетворённость респондентов положением в обществе, условиями проживания и жилищными условиями, уровнем образования, уровнем, качеством и доступностью медицинского обслуживания, состоянием своего здоровья, отношениями с окружающими, возможностями проведения отдыха [84].

В данной работе мы будем придерживаться экономического подхода к пониманию социального благополучия и рассматривать его как компонент качества жизни населения, характеризующий степень соответствия жизни индивидов определённым социальным стандартам материального благосостояния, образования, участия в трудовой деятельности, социальной включённости, доступности основных сфер жизнедеятельности.

Как было отмечено выше, именно *качество жизни* выступает ключевой категорией социальной политики государств всеобщего благосостояния. Учитывая, что следующим желательным этапом развития государственности Российской Федерации исследователи называют «государство всеобщего благосостояния с сильной защищающей функцией», его социальная политика также должна быть сориентирована на достижение высокого качества жизни населения. В связи с этим, а также учитывая предмет, объект, цель и задачи настоящего исследования, считаем целесообразным придерживаться в своей работе третьего подхода к установлению соотношения понятий «качество жизни», «социальное благополучие» и «здоровье».

При обсуждении соотношения терминов «социальное благополучие», «качество жизни» и «здоровье» неизбежно возникает вопрос о том, как они сочетаются с более узкими по смыслу понятиями, применяемыми для описания повседневного социального опыта людей, их функционирования в социально-

экономической среде и субъективного восприятия этих процессов и состояний. Все эти вопросы возникают в связи с необходимостью разработки инструментария для достоверной оценки социального благополучия отдельной категории населения.

В работе А.В. Кученковой показано, что, опираясь на способ измерения и содержательное наполнение, исследователи выделяют нормативное и субъективное благополучие. Нормативное благополучие оценивают, опираясь на какие-либо общепринятые стандарты. При этом может использоваться не только объективный (на основе статистических данных), но и субъективный подход к измерению (на основе социологических опросов населения) [67]. Нормативное благополучие при использовании субъективного подхода к его измерению по своему смыслу и набору характеризующих его индикаторов дублирует содержание субъективно измеряемого качества жизни. Компонентами качества жизни выступают, в свою очередь, здоровье, образованность, профессиональная самореализация, материальное положение, доступ к основным благам, институтам, правовая защищённость, включённость в жизнь общества.

Субъективное благополучие, в отличие от нормативного, апеллирует, главным образом, к ощущению человеком полноты бытия, степени удовлетворённости своей жизнью, а не к оценкам нормативных показателей [123]. С понятием «субъективное благополучие» тесно сопряжены по смыслу такие термины, как «социальное настроение» и «социальное самочувствие». В англоязычной литературе, по данным А.В. Кученковой, термины социальное самочувствие и субъективное благополучие зачастую используются как синонимы. Социальное настроение также может рассматриваться как синоним социального самочувствия или узко, в качестве термина, характеризующего распределение мнений респондентов по какому-либо вопросу. В целом, термин «социальное настроение» чаще применяют при описании групповых оценок по каким-либо вопросам, а термин «субъективное благополучие» — в тех случаях, когда речь идёт об индивидуальных оценках [67].

Выделяют два основных подхода к измерению субъективного благополучия — гедонистический (используются когнитивная оценка индивидом своей жизни и

показатели, отражающие частоту положительных и отрицательных эмоций, которые проявляет человек) и эвдемонический (оценивается успешность человека на основе характеристик его деятельности). Наиболее известными и представительными являются методики измерения и оценки субъективного благополучия, разработанные и применяемые Статистическим бюро Великобритании, а также исследователями, реализующими Европейское социальное исследование (European Social Survey) [67].

С понятием социальное благополучие тесно сопряжены такие термины, как социальное функционирование, социальное участие и социальная инклюзия. *Социальное участие* рассматривается как коллективная деятельность людей на основе горизонтальных взаимодействий, осуществляемая в рамках повседневной жизни и направленная на удовлетворение общественного интереса. *Социальная инклюзия* выступает одной из ключевых предпосылок социального участия и понимается как состояние включённости индивида или определённой социальной группы в местное сообщество, то есть наличие устойчивых социальных связей. Под социальной инклюзией (в широком смысле) В. Н. Ярская понимает «демократическую акцию включения индивида или группы в более широкое сообщество» [146]. Социальная инклюзия служит инструментом осуществления социальных прав граждан, кроме того, «принцип включения замещает солидарность, которая основывается на принадлежности индивидуума к одной и только одной группе» [115]. Непрерывность социального взаимодействия обеспечивает поступательную трансформацию общества в соответствии со сценарием модернизации и инновационного развития.

Противоположное по своей сути явление исключённости группы или индивида из системы социальных отношений обозначается термином «*социальная эксклюзия*». Её атрибутами выступают бедность, затруднения в реализации основных гражданских прав, слабая вовлеченность в общественную жизнь, одиночество [143; 218]. О социальной эксклюзии и её негативных социальных и экономических последствиях и способах преодоления писали отечественные и зарубежные авторы [1; 6; 16; 144; 223; 231; 237; 242]. В том числе, рассматривая

проблемы социального неравенства, качества жизни, поддержки социально-уязвимых категорий населения [141; 232]. Особое значение имеет исследование социальной эксклюзии в отношении людей с инвалидностью, поскольку именно этот подход позволяет наилучшим образом проиллюстрировать механизмы возникновения и реализации негативных сценариев взаимодействия государства, общества и инвалидов [19; 92; 127].

Существование эксклюзированных групп тормозит прогрессивную трансформацию общества, снижая качество жизни населения страны относительно других (более развитых) стран. Защита граждан от риска социального исключения становится одной из первостепенных задач современных государств, требующей эффективного использования интеграционных механизмов для согласования зачастую взаимоисключающих интересов различных социальных групп [6]. В 2006 году Российской Федерацией была ратифицирована Европейская социальная хартия, содержащая принцип преодоления эксклюзии через защиту прав граждан [208; 212]. Важными участниками интеграционного процесса выступают общественные организации, движения, социально-ориентированные бизнес-проекты, отстаивающие интересы и права эксклюзированных групп. Примером могут служить успешные зарубежные проекты по вовлечению в общественную жизнь пожилых граждан [74].

Качество жизни, как и социальное благополучие, является многокомпонентным понятием. Его содержание включает уровень материального благосостояния, здоровье и семейное благополучие, доступность социальных гарантий, возможность участия в общественной жизни, реализации гражданских прав, достигнутый уровень образования, профессиональную и творческую самореализацию.

На сегодняшний день не сформулировано общепринятого определения понятия «качество жизни». Научные коллективы и отдельные авторы по-разному трактуют данную категорию, вследствие чего в исследованиях, посвящённых «качеству жизни», могут рассматриваться совершенно различные

предметы: от структуры и качества потребления товаров и услуг населением до удовлетворения духовных и культурных потребностей [12].

Одной из наиболее проработанных является методика оценки качества жизни, разработанная во Всероссийском научно-исследовательском институте технической эстетики (ВНИИТЭ). Она включает 11 тематических блоков, объединяющих 30 элементарных показателей. Оценка показателей качества жизни рассматривается как процедура установления степени соответствия основных параметров жизнедеятельности человека (общества) его жизненным потребностям и ценностным ориентирам, а также личным представлениям о достойном, полноценном и удовлетворяющем его требования уровне жизни. Авторами методики предложена объёмная модель качества жизни, в соответствии с которой выделяют три его стороны [60]:

- 1) виды деятельности: труд, быт, отдых;
- 2) удовлетворение потребностей населения;
- 3) условия жизни.

Определение качества жизни авторы методики формулируют с учётом взаимосвязи приведённых характеристик: *«Совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека (групп населения и общества), удовлетворённость людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой»*. Для описания измеримых показателей качества жизни используются инструментальный, статистический и расчётный методы, для оценки неизмеримых показателей – социологический и экспертный методы [60].

Во Всероссийском центре уровня жизни (ВЦУЖ) создана собственная научная школа, занимающаяся исследованиями качества и уровня жизни населения. В рамках этих научных работ качество жизни рассматривается как *«разнообразие способностей и удовлетворенных потребностей личности, социальных групп и общества в целом, предопределяющие их развитость и благосостояние»*. В составе качества жизни выделяются шесть основных компонентов. Уровень жизни, в свою очередь, трактуется как *«денежная оценка*

ресурсов, необходимых для обеспечения качества жизни личности, социальных групп и общества в целом» [11].

В работе Е. А. Косьминой и Е.С. Дубенской проведены анализ и оценка качества жизни в контексте перспективы цивилизационного развития человечества. Авторы трактуют качество жизни как «преобладающий по определению способ существования человека, при котором он ориентирован на удовлетворение потребностей в самореализации, самосовершенствовании и самоактуализации» [57]. Исходя из данного определения, они рассматривают процесс развития общества и экономической сферы. В частности, достижение высокого уровня материального достатка и «насыщения удовольствия от внешних вещей» они считают условием перехода на траекторию духовной цивилизации. В той же работе Е. А. Косьмина и Е. С. Дубенская критикуют подход к измерению качества жизни посредством оценки показателей уровня жизни, которые, по их мнению, являются лишь факторами, воздействующими на качество населения, и не характеризуют его содержание. В этой связи авторы ставят закономерный вопрос: может ли, в принципе, качество жизни изучаться только в рамках экономических наук? И далее пишут: «Поскольку со времен А. Пигу, завершившего создание неоклассической теории благосостояния, приходит понимание того, что анализ качества жизни только в рамках экономического подхода недостаточен, постольку следует уточнить и субординировать категориальный аппарат экономической теории благосостояния по критерию функциональной значимости категорий в формировании и развитии интеллектуального и духовно-нравственного потенциала человека и общества. Речь идет, прежде всего, об уточнении понятия “качество жизни”». Общей мерой качества жизни Е. А. Косьмина и Е. С. Дубенская называют «продолжительность жизни и положительную динамику преобразования человека, его трансформации в новое качественное состояние, расширяющее его возможности самосовершенствования» [57]. В то же время предложенный критерий нельзя оценить, основываясь исключительно на экономических данных. Если следовать приведённой в упомянутой работе трактовке качества жизни, то для раскрытия его сущности необходимо привлечь методы других научных дисциплин.

Л.А. Беляева предлагает собственное определение качества жизни: «Комплексная характеристика условий жизнедеятельности населения, которая выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связана с восприятием людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе» [8]. Она подчёркивает, что роль показателя качества жизни состоит прежде всего в установлении стандарта сравнения между собой различных территорий, социальных групп. В связи с этим для обеспечения корректности такого сопоставления предлагается учитывать и объективные показатели качества жизни, и субъективные оценки самого населения. В основу методики Л.А. Беляевой положена характеристика высокого качества жизни как ориентира, к которому должно стремиться общество в своём развитии [8].

Как показал проведённый нами анализ научных работ, на данный момент существуют разнообразные методики оценки качества жизни населения. Однако применение большинства из них в отношении отдельных социальных групп имеет значительные ограничения.

Основными методологическими задачами при разработке алгоритма оценки качества жизни выступают:

- 1) обеспечение сопоставимости оценок качества жизни разных стран, регионов, категорий населения;
- 2) обеспечение возможности оценки качества жизни на основе небольшого числа показателей;
- 3) сбалансированное участие в оценке качества жизни показателей, характеризующих материальное и духовное благополучие;
- 4) присвоение сбалансированных весов субъективным и объективным показателям;
- 5) сглаживание или полное устранение разобщённости, несопоставимости элементарных показателей качества жизни;

- б) создание интегрального показателя качества жизни, который удобен для целей управления социально-экономическим развитием.

Разработанные методики оценки качества жизни различаются как по числу показателей, так и по их иерархии. Некоторые авторы берут за основу международные методики расчёта интегрального показателя качества жизни, который представляет собой среднее арифметическое нескольких субъективно оценённых объективных показателей. Чаще всего используются такие методики, как «Мировые индикаторы развития» (Международный банк реконструкции и развития); «Жизнеспособность народов» (ВОЗ); «Треугольный индекс благосостояния нации» (предложена на Всемирном саммите по социальному развитию в Копенгагене в 1995 году); «Индекс процветания» и «Индекс качества жизни» (ООН) [56]. Недостатком такого подхода является некоторая эклектичность элементарных составляющих интегрального показателя, уравнивание степени их воздействия на качество жизни [132]. Примером успешной адаптации международной методики расчёта интегрального показателя качества жизни к российским условиям может служить работа М.М. Буркина и Е.В. Молчановой, посвящённая оценке качества жизни пожилых людей в разрезе субъектов Российской Федерации с применением алгоритма расчёта «Глобального пенсионного индекса» (Global Retirement Index) [20].

Альтернативным вариантом оценки качества жизни является разработка системы интегральных показателей. Метод основан на выделении нескольких сфер жизнедеятельности человека и комплексной оценке факторов, оказывающих наиболее выраженное воздействие на их качество.

Одна из наиболее известных в России методик оценки качества жизни населения – разработка С.А. Айвазяна [3; 4]. Её отличительной особенностью является определение весов отдельных индикаторов на основании факторного анализа: веса подбираются так, чтобы, используя значения интегрального индикатора, было возможно восстановить все исходные данные, характеризующие синтетическую категорию качества жизни. Однако данная методика предполагает

выполнение достаточно объёмных математических вычислений, делающих её неудобной для применения в практике управления.

Кроме того, методики оценки качества жизни отличаются в зависимости от положенной в их основу модели. Различают две модели: субъективистскую и объективистскую. Как следует из названия, они опираются на субъективную либо объективную оценку показателей качества жизни. Субъективная модель предполагает использование данных социологических опросов. Как следствие, возникает методическая сложность с определением содержания опросников, разработкой шкал перевода полученных ответов в баллы, установлением весов, используемых для расчёта интегральных величин разнородных показателей. Применение объективистской модели связано с трудностями поиска непосредственно измеряемых показателей качества жизни неэкономической природы, таких как ценностные ориентиры, уровень самореализации, культурное развитие. Вариант объективной оценки экономических показателей и субъективной оценки показателей неэкономической природы с последующим их синтезом представляется довольно проблематичным, поскольку приводит к вопросу о правилах соотнесения (взвешивания) вклада разнородных компонентов в интегральную оценку качества жизни.

На решение перечисленных методологических проблем направлены работы целого ряда отечественных авторов. Так, в работе З.З. Биктимировой [9] отмечается, что исследование качества жизни в рамках экономической науки связано с переосмыслением её философских основ, разработкой нравственных, этических аспектов. Автором рассматриваются методологические предпосылки исследования качества жизни в рамках экономической науки.

Философские основы исследования качества жизни населения рассматриваются в работах М. Б. Лиги [70; 71]. Она проводит разграничение между изучением качества жизни на уровне личности и на уровне общества, указывая на разное наполнение самого понятия «качество жизни» в этих случаях. Качество жизни личности определяется как отношение личности к условиям жизни, использование их для удовлетворения своих потребностей. Качество жизни

общества рассматривается как совокупность условий, предпосылок, созданных обществом для своего дальнейшего развития и обеспечивающих жизнедеятельность людей [70].

Оценка качества жизни в рамках виталистской социологии представлена в работе Л. Г. Гусяковой (с соавт.) [30]. Преимуществом определения качества жизни в рамках концепции жизненных сил авторы работы называют сочетание оценок объективной и субъективной сторон жизни.

В работе А. А. Мироедова и В. А. Кретинина качество жизни населения представлено как совокупность семи интегральных свойств, составляющих среду и систему обеспечения жизнедеятельности населения: качество населения, благосостояние, условия жизни населения, информируемость населения, социальная безопасность, качество окружающей среды, природно-климатические условия [83]. Предложенная авторами система свойств действительно выступает необходимым условием обеспечения жизнедеятельности общества, но не отражает состояние его духовной сферы.

Проблеме включения показателей культурного развития в систему оценки качества жизни посвящена работа Е. П. Тавокина и И. А. Табатадзе [121]. Авторы создали подробную систему показателей качества жизни, разделённых на три блока: интегральный объективный, интегральный субъективный, интегральный культурный. Разработанная авторами система показателей весьма детализирована, но создаёт сложность соотнесения вклада элементарных показателей внутри блоков в формирование интегрального показателя. Кроме того, сложно разработать схему управления качеством жизни населения, основанную на предложенной системе показателей (ввиду их большого количества и сложности однозначного установления иерархии).

Методика оценки качества жизни, учитывающая изменение общества в процессе перехода к информационной стадии развития, представлена в работе М.А. Симакиной. Автор обосновывает необходимость пересмотра содержания понятия «качество жизни» с учётом информатизации человеческой жизни,

сопровождающейся возникновением новых потребностей, форм социально-экономических отношений [116].

Таким образом, категория «качество жизни населения», подразумевает оценку: условий жизни населения определённой территории; деятельности населения (и отдельных его категорий), направленной на улучшение условий жизни; удовлетворённости людей условиями жизни и результатами собственной созидательной деятельности.

Несмотря на активную работу в сфере поиска оптимальной системы показателей качества жизни, необходимо продолжать исследования в данном направлении. Приоритетами таких работ должны являться установление вклада элементарных показателей качества жизни в формирование интегральных величин, а также поиск путей корректного синтеза объективных и субъективных показателей при комплексной оценке качества жизни.

Рассмотрение соотношения понятий качество жизни, социальное благополучие и здоровье позволило определить, что в рамках экономического подхода именно качество жизни выступает наиболее общей категорией в этой триаде. В своей работе мы остановимся на рассмотрении такого его аспекта, как социальное благополучие. Как отмечает П.Е. Сушко, «именно степень интегрированности индивида в систему социальных отношений, его соответствие общепринятым стандартам жизни становится важным критерием, отделяющим категорию благополучия от других близких ему по смыслу понятий, ... стандарты благополучия формируются даже не столько по фактору материального положения и доходов, сколько в результате имеющихся лишений и повседневных проблем, решить которые люди самостоятельно не способны» [120]. Именно с учётом специфики социального положения инвалидов, характеризующегося повышенным риском социальной эксклюзии, измерение их социального благополучия представляется особенно актуальным в контексте создания условий для достижения ими наилучшего из возможных уровней социального участия, а также здоровья, если вслед за экспертами ВОЗ понимать последнее как «состояние

полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [187].

Измерение социального благополучия в отношении людей с инвалидностью представляется целесообразным проводить на основании социологических данных. При создании интегрального показателя, характеризующего социальное благополучие инвалидов, мы придерживались следующих правил:

1. Интегральный показатель должен быть рассчитан на основе социологических данных, что особенно актуально при отсутствии репрезентативной тематической статистики для регионального уровня исследований.

2. Интегральный показатель должен учитывать объективные параметры, характеризующие условия жизни (средовые, материально-бытовые, социокультурные), особенности их восприятия и оценки представителями социальной группы (удовлетворённость условиями жизни), включённость инвалидов в жизнь общества.

3. Возможность использования предложенного интегрального показателя для оценки результатов государственной социальной политики.

1.3. Методический инструментарий оценки социального благополучия как составляющей качества жизни инвалидов

Инструментарий оценки социального благополучия инвалидов на основе данных социологических исследований

Применение индексного метода при оценке социального благополучия инвалидов обеспечивает комплексный анализ его отдельных компонентов и позволяет выявить сферы жизнедеятельности, проблемы в которых требуют незамедлительного решения.

Опираясь на данные социологических исследований, можно получить оценки субъективного восприятия респондентами уровня своего благополучия в разных сферах жизнедеятельности. В условиях несовершенства региональных статистических данных, описывающих качество жизни отдельных социально-демографических групп населения, использование социологической информации имеет ряд преимуществ. Во-первых, социологическое исследование, проведённое по репрезентативной выборке, обеспечивает необходимый информационный охват. Во-вторых, инструментарий социологического исследования (опросник) можно сформировать так, чтобы он отражал необходимые характеристики социального благополучия населения.

В рамках настоящего диссертационного исследования при оценке социального благополучия инвалидов мы опирались главным образом на данные социологических исследований.

Оценка социального благополучия такой неоднородной категории населения, как люди с ограниченными возможностями здоровья, предполагает поиск характеристик, отражающих уровень удовлетворённости инвалидов условиями жизни, а также действие параметров среды [132]. С учётом этого, в состав интегрального индекса были включены пять частных индексов: доступности среды, материального благополучия, образованности, включённости в социум, участия в трудовой деятельности.

Расчёты проводились в несколько этапов. На первом этапе рассчитывались частные индексы. Для этого мы опирались на вопросы анкеты, соответствующие смысловому содержанию рассчитываемого показателя.

Индекс материального благополучия инвалидов (I_M) рассчитан по ответам респондентов на вопрос об их доходе. Расчёт проводился по формуле средневзвешенного арифметического, где весами служили доли ответов респондентов, выраженные в формате десятичной дроби. Затем был осуществлён перевод номинальной шкалы значений, использованной в анкете, в балльную.

Общий вид формулы расчёта индекса:

$$I_M = \frac{\sum_1^n (\omega_i \times x_i)}{\sum_1^n \omega_i}, \quad (1)$$

где n – число ступеней шкалы (в данном случае – 4), ω – весовые коэффициенты, x – баллы (от 1 до 4), i – порядковые номера значений шкалы (от 1 до n).

При этом пяти уровням материального благополучия (варианты ответа на вопрос анкеты) соответствовали балльные оценки. Низший балл – «1» – присваивался ответам об уровне дохода «значительно ниже среднего уровня». Следующим ступеням в порядке роста дохода были присвоены баллы от двух до четырёх. Два варианта ответа – «значительно выше среднего уровня» и «несколько выше среднего уровня», которые редко встречались в выборке, – были объединены. Соответственно им была поставлена оценка «4 балла». Ниже приведена формулировка ответов на вопрос, использованный при расчёте индекса (таблица 1.4).

Таблица 1.4. — Вопрос для расчёта индекса материального благополучия инвалидов

Вопрос	Формулировки вариантов ответа	Балльные значения, соответствующие каждому варианту ответа
1. К какой из следующих групп населения Вы скорее могли бы отнести себя?	Значительно выше среднего уровня	4
	Несколько выше среднего уровня	4
	На среднем уровне	3
	Несколько ниже среднего уровня	2
	Значительно ниже среднего уровня	1

Индекс доступности среды был рассчитан исходя из распределения высказанных респондентами оценок (положительных и отрицательных)

доступности объектов и услуг в восьми сферах жизнедеятельности. При этом для каждой сферы по формуле средневзвешенного арифметического был вычислен субиндекс доступности. По аналогии с индексом материального благополучия в качестве весовых коэффициентов были взяты доли ответов респондентов, выраженные в формате десятичной дроби (точность округления – до третьего знака после запятой; см. выше формулу (1)). Для дальнейших расчётов был осуществлён перевод номинальной шкалы значений, использованной в вопросе анкеты, в балльную. Наивысшую оценку «4 балла» получил ответ «доступны». Более негативные оценки доступности получили баллы от трёх до одного в порядке снижения доступности объектов и услуг для инвалидов (таблица 1.5). В результате на первом этапе расчётов были получены значения субиндексов доступности за 2013–2016, 2018 и 2020 гг. для каждой из восьми приоритетных сфер жизнедеятельности. Каждый субиндекс принимает значение от одного (самая низкая степень доступности объектов и услуг) до четырёх (самая высокая степень доступности объектов и услуг).

Таблица 1.5. — Вопрос для расчёта индекса доступности среды

Вопрос	Варианты ответа	Балльные значения каждого варианта ответа
Насколько доступны объекты и услуги в следующих сферах жизнедеятельности: жилой фонд, здравоохранение, информация и связь, культура, образование, социальная защита, спорт и физкультура, транспорт.	«Доступны»	4
	«Скорее доступны»	3
	«Скорее недоступны»	2
	«Недоступны».	1

Общий индекс доступности среды рассчитан по формуле средневзвешенного арифметического. В числителе дроби – сумма произведений субиндексов доступности каждой из сфер и соответствующих им весовых коэффициентов, в знаменателе – сумма весовых коэффициентов. Индекс принимает значения от одного до четырёх. Весовые коэффициенты, использованные при расчёте общего

индекса доступности среды, отражают значимость доступности объектов и услуг в каждой из сфер на фоне восьми остальных. Для определения степени значимости проведено ранжирование восьми рассматриваемых сфер по степени частоты упоминания о них респондентами при ответе на открытый вопрос о том, какие проблемы в повышении доступности среды они могут назвать за прошедший год. Наибольшая доля респондентов в своих ответах так или иначе упоминали сферы транспорта, информации и связи, а также ЖКХ (доступность жилого фонда и пешеходной инфраструктуры). Реже всего на протяжении четырёх лет наблюдения респонденты упоминали сферы образования и культуры (причём как в негативном, так и в позитивном аспектах – редко отмечали и достижения, и проблемы). На основании проведённого анализа распределения частот упоминаний респондентами различных сфер им были присвоены следующие *ранги* по степени убывания их значимости для респондентов:

- 1) транспорт;
- 2) информация и связь;
- 3) жилой фонд и пешеходная инфраструктура;
- 4) здравоохранение;
- 5) социальная защита;
- 6) спорт и физкультура;
- 7) культура;
- 8) образование.

В соответствии с полученным ранжированием были присвоены *весовые коэффициенты*, определяющие вклад каждой из сфер в общий показатель доступности среды. Наибольший коэффициент («8») получила сфера «транспорт», наименьший («1») – сфера «образование». Следует указать на ограничение и возможные искажения результатов, которые влечёт за собой применение предложенного метода определения весовых коэффициентов. Поскольку в рамках социологического исследования, используемого в качестве базы данных, люди высказывались именно о проблемах с доступностью, а не о значимости для них лично доступности в каждой из сфер, то и перенос полученной иерархии на

смежный вопрос остаётся дискуссионным моментом. Помимо этого, следует помнить о различиях в оценках респондентами доступности разных сфер в зависимости от типа ограничений их здоровья. Названные методические ограничения не отменяют возможность расчёта индекса доступности среды для инвалидов по предложенной формуле.

Формула, использованная для расчёта общего индекса доступности среды (I_{dc}):

$$I_{dc} = \frac{\sum_1^n (\omega_i * x_i)}{\sum_1^n \omega_i}, \quad (2)$$

где n – число приоритетных сфер жизнедеятельности (в данном случае – 8), ω_i – весовые коэффициенты (в соответствии с рангом по степени повышения значимости доступности каждой сферы – от 1 до 8), x – значения субиндексов доступности для каждой из сфер, i – порядковые номера субиндексов (от 1 до n); $\sum_1^n (\omega_i)$ – сумма весовых коэффициентов (в данном случае составляет 36).

Индекс социальной включённости (I_{cv}) рассчитывался на основе распределения оценок инвалидов в отношении возможности свободного общения с окружающими, ведения независимой жизни с учётом наличия инвалидности и готовности общества к интеграции. Перечень вопросов и формулировки вариантов ответа представлены в таблице 1.6.

Таблица 1.6. — Вопросы для расчёта индекса социальной включённости

Вопрос	Формулировки вариантов ответа	Балльные значения каждого варианта ответа
1. В какой мере общество готово к интеграции инвалидов?	- «Абсолютно не готово»	1
	- «Скорее не готово»	2
	- «Скорее готово»	3
	- «Полностью готово»	4
2. В какой мере инвалиды могут свободно общаться с окружающими?	- «Не могут практически никогда»	1
	- «Чаще не могут»	2
	- «Чаще могут»	3
	- «Могут практически всегда»	4
3. В какой мере инвалиды с учётом ограничений	- «Не могут»	1
	- «Чаще не могут»	2

Вопрос	Формулировки вариантов ответа	Балльные значения каждого варианта ответа
жизнедеятельности могут вести полноценную жизнь?	- «Чаще могут»	3
	- «Могут»	4

На первом этапе по каждому из приведённых вопросов по формуле средневзвешенного арифметического (см. формулу (1)) были рассчитаны субиндексы. Каждый из них может принимать значение от одного до четырёх (меньшее значение соответствует менее благоприятной ситуации). На втором этапе по формуле среднего арифметического был рассчитан общий индекс социальной включённости. Весовые коэффициенты в данном случае не присваивались, поскольку вклады полученных субиндексов считались равными. Формула второго этапа расчёта индекса социальной включённости:

$$I_{\text{св}} = \frac{\sum_1^n x_i}{n}, \quad (3)$$

где x – значения субиндексов; i – номер субиндекса; n – количество субиндексов (в данном случае – 3).

Индекс социальной включённости также может принимать значения от одного до четырёх (чем выше значение, тем ситуация лучше – ниже риск социального исключения инвалидов).

Для социальной интеграции большое значение также имеет наличие у инвалидов профессионального образования и включённость их в трудовую деятельность. Каждый из этих параметров оценивался нами посредством расчёта соответствующего индекса.

Индекс образованности (I_o) был рассчитан по формуле средневзвешенного арифметического (см. формулу (1)) на основе данных о распределении респондентов по уровню образования. В анкете предлагались 7 вариантов ответа на соответствующий вопрос. При переводе номинальной шкалы ответов в балльную эти категории были укрупнены: объединены варианты «среднее неполное» и «среднее полное образование» (2 балла), «среднее специальное» и «незаконченное высшее образование» (3 балла). Отсутствие сведений об уровне образования и отсутствие официально подтверждённого образования (1 балл).

Высшее образование оценивалось в 4 балла. В качестве весовых коэффициентов, по аналогии с индексом материального благополучия, использовались доли ответов респондентов, выраженные в формате десятичной дроби (точность округления – до третьего знака после запятой).

Индекс участия в трудовой деятельности (I_{mp}) также рассчитан по формуле средневзвешенного арифметического (см. формулу (1)), на основе распределения ответов на вопрос об источниках дохода. В анкете предлагались 12 вариантов ответа, из которых можно было выбрать несколько подходящих. При переводе номинальной шкалы в балльную категории были укрупнены. Высшему баллу «4» соответствовали варианты «основная работа по договору» и «собственный бизнес». Наличие официальной подработки оценивалось в 3 балла, неофициальная подработка, продажа изделий, выполненных своими руками, – в 2 балла. Если респондент не указал ни одного из перечисленных источников заработка, его ответ заносился в категорию «нет источников трудового дохода», которая оценивалась в 1 балл. В качестве весовых коэффициентов, по аналогии с индексом материального благополучия, использовались доли ответов респондентов, выраженные в формате десятичной дроби (точность округления – до третьего знака после запятой). В разные годы среди респондентов доля тех, кто не имел никакого трудового дохода, составляла от 77% (в 2016 г.) до 85% (в 2015 г.).

На заключительном этапе рассчитывался интегральный индекс социального благополучия инвалидов как среднее арифметическое частных индексов. Он принимает значения в диапазоне от одного до четырёх. Низкому социальному благополучию соответствуют значения индекса от 1 до 2, среднему – от 2 до 3, высокому – от 3 до 4. Поскольку исследование направлено на создание инструментария для обобщённой характеристики положения инвалидов в региональном сообществе, веса частным индексам при расчёте интегрального нами не присваивались. Решение такой задачи требует проведения дальнейших исследований.

Таким образом, предложенный инструментарий оценки социального благополучия инвалидов позволяет получать оперативную информацию об

изменении социального и экономического положения данной категории населения, благодаря чему может использоваться субъектами государственной социальной политики. При условии разработки стандартизированной по территориям методики социологического опроса предложенный инструментарий можно применять при ведении мониторинга социально-экономического положения инвалидов, при разработке индикаторов и проведении оценки результативности социальной политики.

Отечественные и зарубежные исследования инвалидности затрагивают широкий круг социальных проблем: вопросы правового регулирования распределения социальных трансфертов, преодоления социальной эксклюзии, повышения качества работы систем здравоохранения, образования и социального обслуживания, создания доступной среды, формирования у населения культуры общения с инвалидами. В то же время концептуальная основа создания общества равных возможностей появилась исторически недавно. Таковой послужила социальная концепция инвалидности, утверждающая равенство прав инвалидов с остальными людьми и необходимость их соблюдения. Формальным отражением данной идеи стала Конвенция ООН «О правах инвалидов» [190]. Ранее преобладание медицинской концепции инвалидности не позволяло увидеть негативные последствия отдалённости инвалидов от остальной части населения, препятствовало принятию эффективных мер по повышению качества их жизни. Только после смены преобладавшей концепции инвалидности изменилось содержание государственной политики, акцент которой сместился на задачу возможно более полной интеграции инвалидов и общества.

Недостаточная разработанность теоретических основ исследования инвалидности в экономике народонаселения обусловлена тем, что, с одной стороны, эта проблема долгое время не выходила за пределы предметного поля медицинских наук. С другой стороны, обилие современных работ, посвящённых отдельным аспектам качества жизни, анализу социальной политики, проводимой в интересах инвалидов, указывает на то, что данные вопросы прочно заняли своё место в предметном поле социологических и экономических наук. Наш вклад в

развитие теоретических основ исследования социального благополучия инвалидов состоит в разработке инструментария его оценки, учитывающего особенности данной категории населения.

Глава 2 . ИНВАЛИДНОСТЬ, ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ИНВАЛИДОВ

2.1. Масштабы, динамика и структура инвалидности населения России и Вологодской области

Инвалидность в России и мире

В докладе Всемирной организации здравоохранения указано, что в мире проживает около миллиарда инвалидов, что по данным за 2010 год составляло 15% от численности населения планеты. Основными причинами увеличения численности инвалидов в документе названы старение населения и распространение хронических заболеваний. По оценкам ВОЗ, в странах, где предполагаемая продолжительность жизни более 70 лет, в среднем около 8 лет (или 11,5 % от общей продолжительности жизни) приходится на годы, прожитые с инвалидностью [153].

В европейских странах доля инвалидов среди населения 60–74 лет варьируется от 16% во Франции до 42% в Латвии. В странах Прибалтики, Венгрии и Болгарии помимо высокой доли инвалидов среди пожилых этого возраста наблюдаются также высокие показатели инвалидизации взрослого населения (в возрасте 15 лет и старше). Самые низкие показатели инвалидизации и среди пожилых, и среди взрослого населения в целом отмечены во Франции, Италии, Швеции и Люксембурге. Среднее значение показателя доли инвалидов в населении стран Европы составляло 18%. Средний уровень инвалидизации в категории лиц 60–74 лет достигал 27%. Наиболее высокое среднее значение доли инвалидов в составе взрослого населения зафиксировано в странах Северной Европы (19,4%). В странах Восточной Европы наблюдалась наиболее высокая доля инвалидов среди лиц в возрасте 60–74 лет (34,8%; таблица 2.1).

Таблица 2.1. — Доля инвалидов среди населения 15 лет и старше и 60–74 лет в странах Европы, 2012 год [156]

Страна	Географический регион	Членство в ЕС	Доля инвалидов в составе населения 15 лет и старше, %	Доля инвалидов в составе населения 60-74 лет, %
Латвия	Северная Европа	да	24	42
Литва			23	38
Эстония			20	33
Соединенное Королевство			20	25
Норвегия		нет	20	23
Исландия		нет	16	22
Дания		да	20	21
Финляндия			17	20
Швеция			15	19
<i>Среднее значение по группе стран</i>			<i>19,4</i>	<i>27,0</i>
Австрия	Западная Европа	да	16	28
Португалия			15	28
Германия			21	27
Люксембург			16	21
Нидерланды			17	19
Бельгия			17	18
Франция			14	16
<i>Среднее значение по группе стран</i>			<i>16,6</i>	<i>22,4</i>
Греция	Южная Европа	да	18	31
Словения			18	27
Испания			17	25
Италия			14	21
Мальта			12	20
<i>Среднее значение по группе стран</i>			<i>15,8</i>	<i>24,8</i>
Венгрия	Восточная Европа	да	25	40
Болгария			21	38
Румыния			18	37
Польша			18	32
Словакия			18	31
Чешская Республика			14	31
<i>Среднее значение по группе стран</i>			<i>19,0</i>	<i>34,8</i>
Среднее значение по всем странам			18	27

Примечание. Ранжировано внутри географических групп стран Европы по убыванию доли инвалидов среди населения 60–74 лет.

Риск инвалидности зависит от возраста. По данным Евростата [156], доля инвалидов в большинстве стран региона заметно выше в группах населения 60–74 лет и старше 75 лет. Исключение из этого правила составляет, к примеру, Норвегия, где доля инвалидов в составе возрастных групп варьируется незначительно: от 12% среди молодёжи 15–29 лет до 24% среди лиц от 75 лет. В остальных странах дифференциация выражена более значительно. Наибольшая доля молодых

инвалидов (15–29 лет) присутствует в Норвегии (12%), наименьшая – в Греции (3%). Среди населения в возрасте 30–44 лет доля инвалидов варьируется по странам региона от 4% в Чехии до 22% в Норвегии. В группе 45–59-летних максимальная доля инвалидов характерна для Венгрии (27%), минимальная – для Италии (7%). Самый высокий уровень инвалидизации среди пожилых людей наблюдается в Венгрии (40%), самый низкий – во Франции (16%; рисунок 2.1).

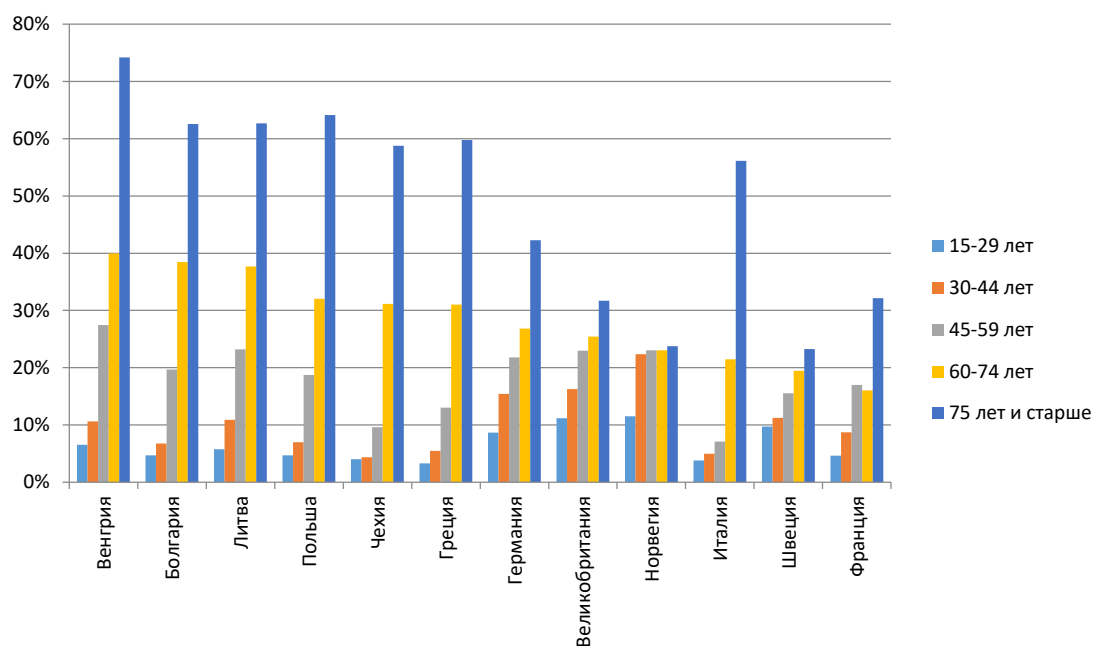


Рисунок 2.1. — Доля инвалидов в составе соответствующих возрастных категорий населения в 2012 г., в % [156]

Приведённые факты указывают на то, что инвалидизация населения неразрывно связана с демографическим старением и накоплением груза хронических болезней в старших возрастах. Российская картина масштабов и структуры инвалидности, в целом, соотносится с общеевропейской.

Численность и состав контингента инвалидов в Российской Федерации

В половозрастном разрезе рассматриваемая категория населения неоднородна. В её составе наибольший удельный вес приходится на лиц в возрасте 60 лет и старше (58,4%), численность которых на 1 января 2021 г. составляла 6 794 503 человек. Численность молодых инвалидов 18–30 лет составляла 485 189 человек (4,2% от общей численности категории), на лиц в возрасте 31–40 лет приходилось ещё 6,8% (796 087 чел.). На детей в возрасте до 18 лет в совокупности приходилось 6,1% общей численности контингента инвалидов. В 2019 году

удельный вес лиц 15–29 лет в возрастной структуре работающих инвалидов старше 15 лет составлял только 7%, тогда как в возрасте 50–69 лет – 51,5%. Среди безработных инвалидов на молодые группы (15–29 лет) приходилось 16,1%, а на пожилых (50–69 лет) – 36,2%. При этом заметно резкое снижение экономического участия инвалидов старших возрастных групп: так на лиц 55–59 лет приходится 13% от общего числа безработных инвалидов, а на группу 60–69 лет – уже только 6%, на лиц 70 лет и старше – всего 1%. Пожилые люди 50 лет и старше составляют также основную массу инвалидов, не участвующих в экономической жизни (83% в 2019 году). Это говорит о снижении активности инвалидов на рынке труда с возрастом, особенно после выхода на пенсию по старости.

В период с 2010 по 2019 г. среди российских инвалидов преобладали по численности лица со 2 группой инвалидности. На фоне снижения общей численности инвалидов в возрастной структуре их контингента с 4 до 6% выросла доля детей. Среди взрослых инвалидов постепенно снижалась доля лиц со второй группой (с 54% в 2010 г. до 45% в 2019 г.) и увеличивалась доля лиц с третьей группой инвалидности (с 27% в 2010 г. до 38% в 2019 г.; рисунок 2.2).

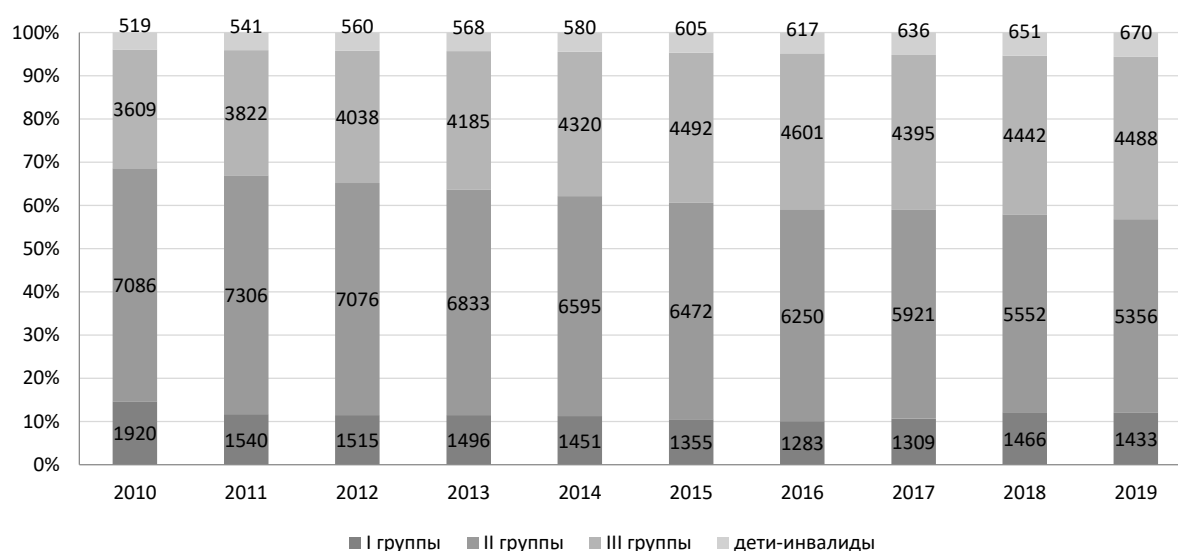


Рисунок 2.2. — Численность инвалидов по группам инвалидности в Российской Федерации, тысяч человек [157]

По состоянию на 1 января 2021 года в СЗФО по численности преобладали инвалиды второй группы – 624,5 тыс. человек. Однако из этой общей картины есть исключения: в Архангельской, Калининградской области и Республике Коми по

численности доминировали инвалиды третьей группы – 41,9 тыс. чел. (49%), 29,5 тыс. чел. (42%) и 28,8 тыс. чел. (46%) соответственно (рисунок 2.3).

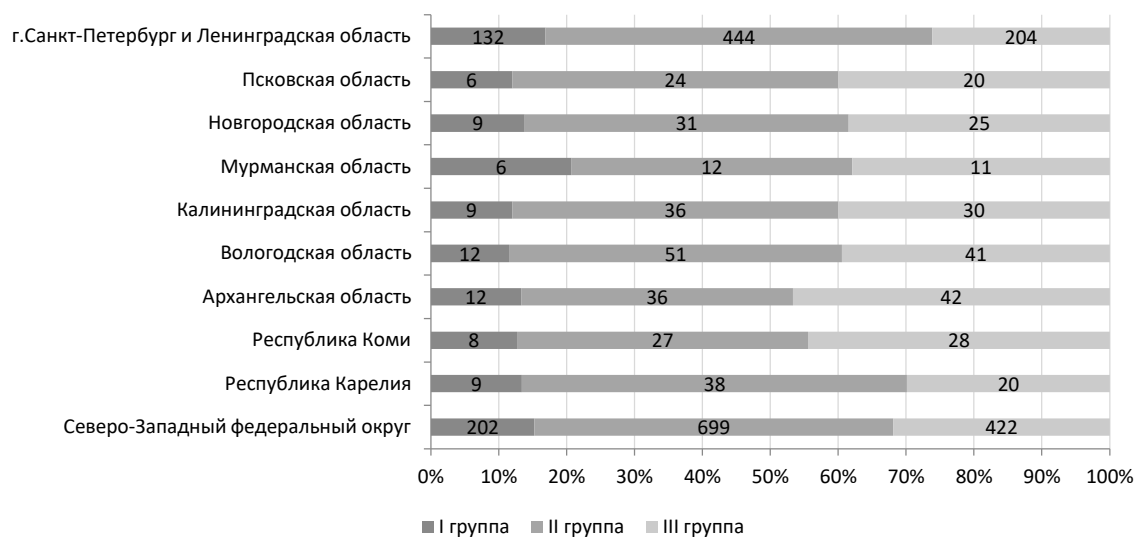


Рисунок 2.3. — Структура численности инвалидов по группам (приведены данные в тысячах человек) [188]

Среди лиц, впервые признанных инвалидами в 2020 году, большинство не имели проблем с самостоятельным передвижением и сенсорных нарушений. Так, доля инвалидов по зрению составила только 2,7% (14858 чел.), а инвалидов по слуху 2,0% (11195 чел.) от численности впервые признанных инвалидами. Наибольшую распространённость среди людей с инвалидностью, установленной впервые в 2020 году, имели такие нарушения функций организма, как «нарушение функций системы крови и иммунной системы» – 37% или 208 163 человек, «нарушение функций сердечно-сосудистой системы» – 16,1% или 90034 человек, «нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций» (после исключения случаев, вызывающих необходимость использования при передвижении кресла-коляски) – 14,6% или 81 622 человек [173].

Ведущими причинами инвалидности в России выступают злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. За период с 2000 по 2018 г. в 1,5 раза выросло значение показателя первичного выхода на инвалидность в связи с онкологическими заболеваниями (таблица 2.2). Российская система статистического учёта не позволяет определить средний возраст первичного

выхода на инвалидность, поэтому нельзя сказать, была ли эта тенденция связана с тенденцией «омоложения» хронических заболеваний. Однако очевидно, что указанный класс болезней наряду с ССЗ создаёт наибольшую угрозу общественному здоровью в России.

Таблица 2.2. — Первичная инвалидность в России (число случаев инвалидности в расчёте на 10000 населения) [157]

Причины инвалидности	2000	2005	2010	2015	2018	прирост (раз)
Все болезни	98,5	156,9	76,6	59	54,9	0,6
Злокачественные новообразования	12,6	17,5	15,6	18,1	18,4	1,5
Болезни системы кровообращения	45,4	85,8	30	18,8	16,5	0,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	6,6	11,5	7,2	4,3	3,2	0,5
Психические расстройства и расстройства поведения	4,3	4,8	3,2	2,7	2,7	0,6
Болезни нервной системы	3,1	4	2,7	2,2	2,2	0,7
Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	6,3	6,7	4,5	2,4	1,7	0,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,5	5,8	2,2	1,8	1,7	0,5
Туберкулез	3,7	3,2	2,2	1,5	1,2	0,3
Болезни органов пищеварения	1,8	2,1	1,4	1,2	1,2	0,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,1	5,5	2,3	1,1	1,1	0,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	0,5	1	0,9	1	1,4	2,8
Болезни органов дыхания	3,6	5,1	1,9	1,2	1,0	0,3
Болезни мочеполовой системы	н/д	н/д	н/д	0,7	н/д	–
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	н/д	0,04	н/д	0,3	н/д	–
Последствия производственных травм	0,9	0,7	0,4	0,2	0,1	0,1
Профессиональные болезни	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3

В указанный период также вырос показатель первичной инвалидности, обусловленной болезнями уха и сосцевидного отростка, а в период с 2005 по 2015 г. – показатель инвалидности, связанной с ВИЧ. Следует отметить, что причиной роста ВИЧ-обусловленной инвалидизации может являться недостаточная сформированность у населения самосохранительного поведения [139].

Специфика статистического учёта первичной инвалидности в России

Исследователи указывают на несовершенства системы статистического учёта инвалидности, поскольку она отражает только численность тех граждан, которые обратились за установлением инвалидности [18]. Такая ситуация

формирует недостоверное представление о текущем состоянии общественного здоровья, поскольку не принимаются во внимание скрытые риски демографических потерь, обусловленные латентной инвалидностью, а также приводит к некорректному прогнозированию величины затрат государства на здравоохранение и социальную поддержку населения [95].

Текущее состояние общественного здоровья в России характеризуется высокой распространённостью среди населения низких самооценок здоровья. По данным выборочного обследования здоровья населения, проведённого Федеральной службой государственной статистики в 2020 году, около 9% респондентов оценивали своё здоровье как «плохое» или «очень плохое» [154]. По данным Российского социального исследования (RSS), эта цифра была несколько выше: 11% россиян ответили, что их здоровье «плохое» или «очень плохое». На наличие каких-либо ограничений жизнедеятельности указали 35% респондентов. На фоне неблагоприятного состояния здоровья наблюдается низкая медицинская активность населения [91]. Можно предполагать, что обращение в учреждения МСЭ для установления инвалидности происходит в тех случаях, когда это становится необходимым или более предпочтительным ввиду определённых выгод (например, при возникновении потребности в дорогостоящем лечении и реабилитации). В совокупности, перечисленные факторы свидетельствуют о том, что в составе населения всегда присутствует некоторое число лиц, не имеющих официально установленного статуса «инвалид», но обладающих всеми признаками инвалидности, связанными с состоянием здоровья и возможностями социального функционирования. Уровень латентной инвалидности зависит, таким образом, не только от проводимой государством социальной политики, но и от поведения населения в отношении своего здоровья. На решение людей о получении статуса «инвалид» также может оказывать влияние общественное мнение об инвалидах, отношение к этой категории со стороны работодателей, а также общий уровень правовой защищённости инвалидов. Выявление в составе населения контингента тех, кто в будущем может обратиться за подтверждением статуса «инвалид» является практически значимой задачей, которая тесно связана с прогнозированием

показателей общественного здоровья и социально-экономического развития страны и её регионов. Одним из возможных вариантов её решения выступает проведение специализированных обследований населения, ориентированных на выявление факторов риска инвалидности. Такие обследования могут опираться, в том числе, на международные методические разработки (методика Вашингтонской группы ООН по статистическому измерению инвалидности) [76]. В мировой практике для выявления инвалидности в рамках обследований населения применялся специализированный опросник, разработанный ВОЗ и Всемирным Банком. Примерное представление об уровне латентной инвалидности среди отдельных социально-демографических групп населения можно получить, оценив распространённость среди населения сочетания таких характеристик, как низкая самооценка здоровья и наличие длительно протекающих нарушений здоровья, создающих определённые ограничения жизнедеятельности. Низкая самооценка здоровья сама по себе не может выступать надёжным признаком наличия инвалидности, поскольку люди с официально установленной инвалидностью могут оценивать своё здоровье позитивно, несмотря на имеющиеся ограничения жизнедеятельности [33].

На примере данных ESS (для России, волна 2016 года) было показано, что сочетание обоих признаков (низкая самооценка здоровья и наличие длительно протекающих нарушений здоровья) в большей степени соотносится с официальной инвалидностью у мужчин в возрасте 50–59 лет, женщин 20–29, 30–39 и 40–49 лет [95]. Именно для этих групп населения сочетание отсутствия официальной инвалидности с низкой самооценкой здоровья и наличием ограничений жизнедеятельности указывает на высокую вероятность обращения в МСЭ за подтверждением статуса «инвалид» в ближайшем будущем. Такие респонденты входят в состав недоучтенного контингента инвалидов. Среди мужчин и женщин в возрасте 60–69 лет ограничения жизнедеятельности в сочетании с негативной самооценкой здоровья распространены в наибольшей степени, но эти признаки реже, чем в других группах, соотносятся с наличием официально установленной инвалидности. Эти факты могут свидетельствовать либо о нежелании пожилых

обращаться за установлением инвалидности, либо на наличие у них определенных трудностей с получением статуса «инвалид» [95].

В Российской Федерации фиксируемый в статистической отчетности показатель общей численности инвалидов формируется под влиянием разнонаправленных процессов вхождения граждан в состав контингента инвалидов и выбытия из него по причине отрицательного результата переосвидетельствования (статус «инвалид» не подтверждается) в учреждении медико-социальной экспертизы (МСЭ) или в силу иных причин (смертности среди лиц с инвалидностью, отказа от продления инвалидности). Ключевую роль в регулировании управляемых факторов изменения численности инвалидов играет проводимая государством социальная политика. Первичный выход населения на инвалидность регулируется посредством ужесточения или смягчения правил признания лиц, обращающихся в учреждения МСЭ, инвалидами. В то же время, обращаемость граждан в МСЭ для получения статуса «инвалид» также меняется в зависимости от текущей социально-экономической ситуации в регионе и от проводимой социальной политики, а также под влиянием факторов индивидуального характера [93].

Общая численность инвалидов в Российской Федерации в 2019 г. составила 11,9 млн. чел. Динамика значений показателя в период с 2000 по 2019 г. была неравномерна. Периоды спада показателя приходятся на 2003 и 2009 годы. Относительно устойчивое медленное снижение общей численности инвалидов стало наблюдаться после 2011 года. При этом показатель первичного выхода на инвалидность начал снижаться гораздо раньше – с 2006 г., после непродолжительного, но явно выраженного роста в 2003 – 2005 г. (рисунок 2.4).

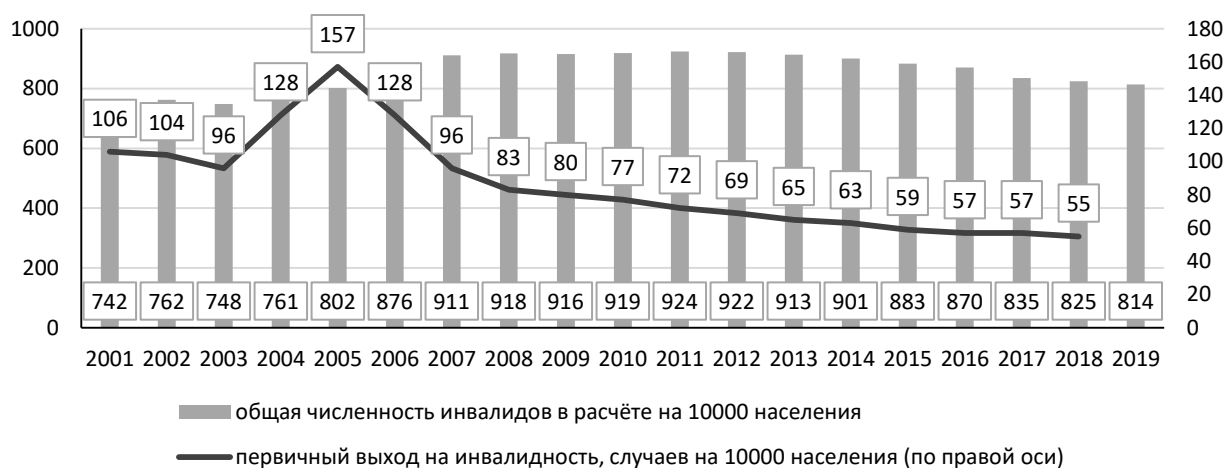
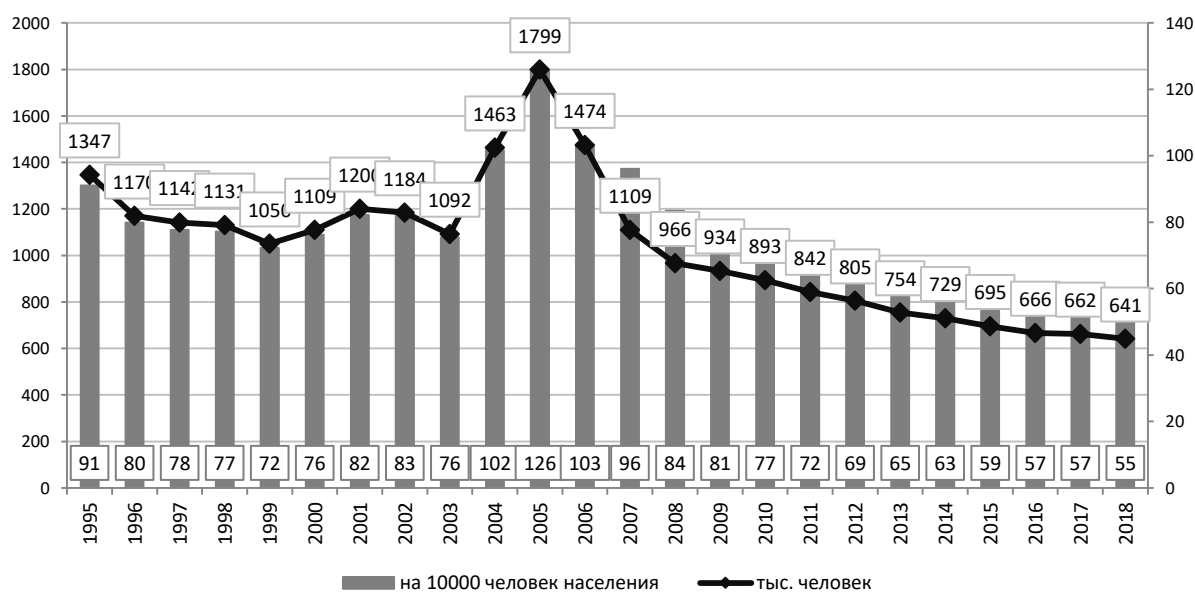


Рисунок 2.4. — Общая численность инвалидов и первичная инвалидность в Российской Федерации в 2001 – 2019 гг. [173]

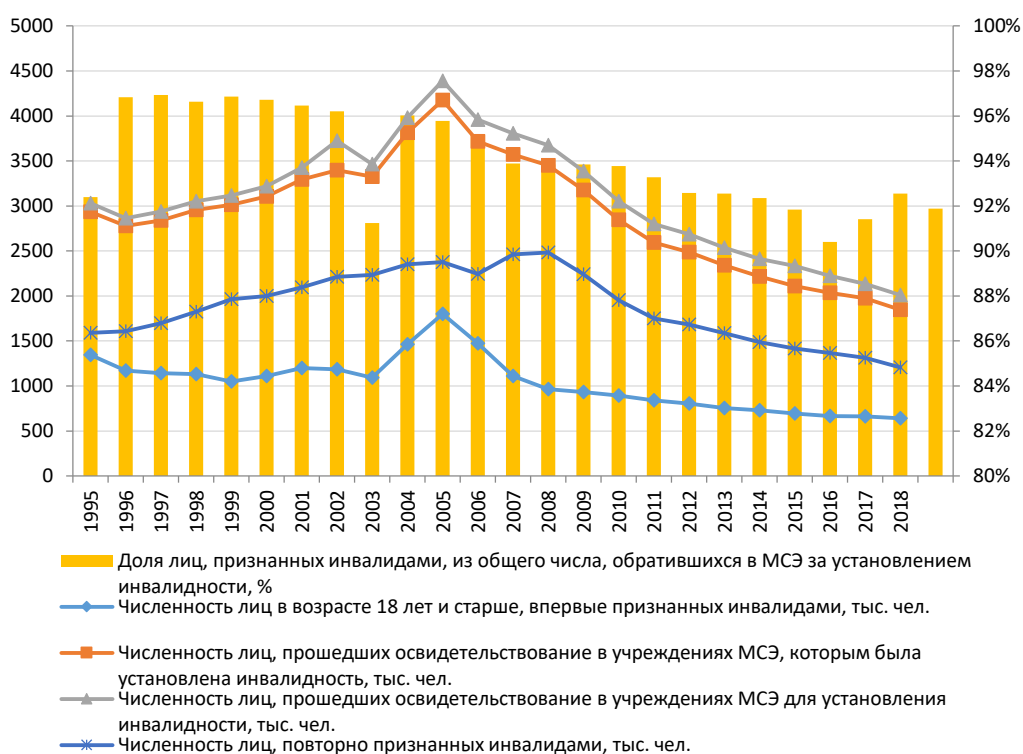
В динамике первичной инвалидности российского населения отмечается отчётливый пик, приходящийся на 2005 год. Рост первичной инвалидности регистрировался как в относительном, так и в абсолютном выражении (рисунок 2.5). Поскольку прирост инвалидности, в основном, происходит за счёт регистрации её новых случаев, различие в динамике показателей общей и первичной инвалидности говорит о том, что в 2005 году возросла именно обращаемость граждан в учреждения МСЭ. Рассмотрим причины неравномерной динамики [86].



Примечание: данные до 2000 года охватывают население в возрасте 16 лет и старше. [157]

Рисунок 2.5. — Динамика первичной инвалидности взрослого населения России (в абсолютном и относительном выражении)

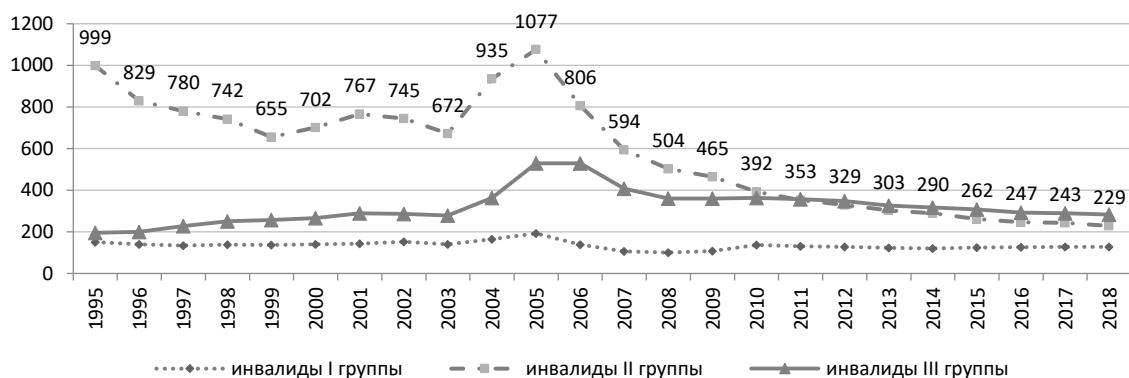
В период после 2005 г. и до 2018 г. постепенно снижалась доля лиц, ежегодно признаваемых инвалидами по итогам прохождения освидетельствования. Но при этом, данный показатель в 2005 году не был максимальным — пик пришёлся на 1996–2000 гг., когда его значение составляло 97%. Пик первичной инвалидности, который отражён на диаграмме, эхом отозвался и на показателе повторной инвалидности в 2007 и 2008 годах. Это закономерно, поскольку можно предположить, что большинству вновь признанных инвалидами в 2005 году устанавливали инвалидность не бессрочно. Наиболее вероятно, что за установлением инвалидности в 2005 году активнее обращались лица, претендовавшие на 2 или 3 группу [93] (рисунок 2.6).



Примечание: данные до 2000 года охватывают население в возрасте 16 лет и старше. [157]

Рисунок 2.6. — Показатели работы учреждений медико-социальной экспертизы: численность обратившихся, прошедших освидетельствование и признанных инвалидами (чел. и в % от числа обратившихся)

Действительно, именно для 2 и 3 групп инвалидности характерны наиболее заметные колебания в 2005 году, тогда как первичная инвалидность с присвоением первой группы практически не изменялась [86] (рисунок 2.7).



Примечание: данные до 2000 года охватывают население в возрасте 16 лет и старше. [157]

Рисунок 2.7. — Структура первичной инвалидности по отдельным группам (тыс. человек)

Прирост первичной инвалидности, обусловленной влиянием поведенческих факторов (ростом обращаемости за установлением или продлением инвалидности в МСЭ), может наблюдаться за счёт лиц, которые имеют нарушения здоровья, дающие основания для получения второй или третьей групп инвалидности, когда сравнительные выгоды от подтверждения группы инвалидности превышают выгоды от трудовой деятельности. Показатель первичной инвалидности с установлением первой группы, напротив, практически не отражает влияние поведенческого фактора: его динамика в течение 1995–2018 гг. не имела «экстремальных» колебаний, что указывает на отсутствие влияния на неё внешних факторов. Если вновь обратиться к рисунку 2.6, то можно видеть, что максимальный прирост обращений и прирост случаев первичной инвалидности с установлением второй и третьей групп наблюдается в момент изменения критериев инвалидности, а также достигает пиковых значений в 2005 году, когда была осуществлена т.н. «монетизация льгот». Наблюдаемые факты указывают на то, что в условиях низкой включённости трудоспособных инвалидов в трудовую деятельность и постоянного повышения цен на товары и услуги получение гарантированной пенсии по инвалидности становится более привлекательным для населения, поскольку служит более надёжным источником дохода, чем заработная плата. С другой стороны, то, что население не обращается за установлением инвалидности в более благоприятные периоды, создаёт риск неправильной оценки уровня инвалидности в стране и регионах, недофинансирования сферы социальной

защиты населения, а также косвенно указывает на неудовлетворительное состояние здоровья россиян [93].

Изменения критериев инвалидности, порядка назначения пенсий и льгот в 2005 г. оказали неравномерное воздействие на разные возрастные группы населения. Рост первичной инвалидности был обусловлен, преимущественно, увеличением обращений в МСЭ со стороны лиц пенсионного возраста. На это указывают два обстоятельства. Во-первых, первичная инвалидность лиц трудоспособного возраста в этот период не демонстрировала резкого прироста. Во-вторых, доля трудоспособных в составе инвалидов в этот период резко сократилась, а после отмены с 2006 года права на установление бессрочной инвалидности доля инвалидов трудоспособного возраста в составе контингента инвалидов вновь выросла [93] (рисунок 2.8).

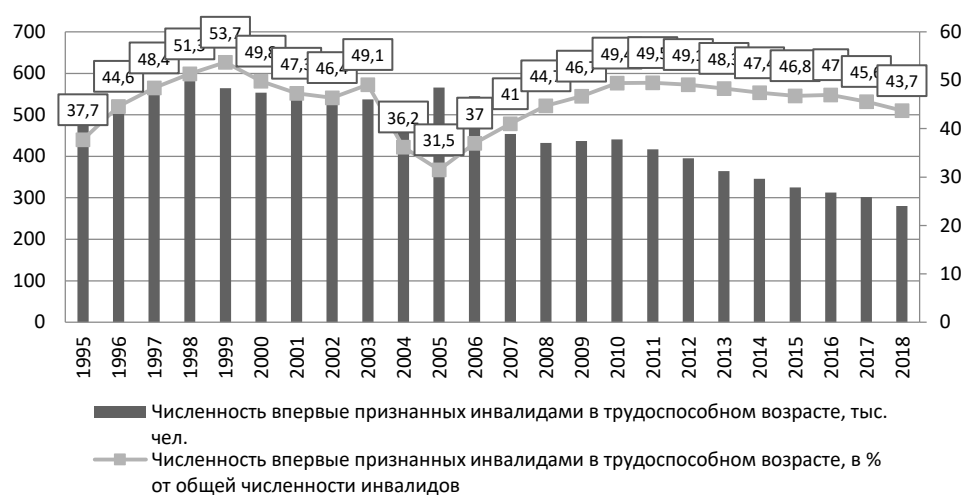


Рисунок 2.8. — Динамика первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в 1995 – 2018 гг. [157]

В целом, сложившаяся система статистического учёта инвалидности имеет ряд ограничений, которые создают искажённое представление о состоянии здоровья населения и риск ошибок в планировании объёмов финансирования социальной политики. Регистрируемые показатели первичной инвалидности зависят от реакции населения на социальную политику государства. Оценка масштабов скрытой инвалидности позволит, с одной стороны, повысить эффективность поддержки населения групп риска, с другой стороны, – улучшить

качество прогнозирования необходимых объёмов финансирования, выделяемого на социальную поддержку населения (в том числе, инвалидов) и здравоохранение.

Региональный профиль инвалидности

Региональная специфика инвалидизации населения подробно рассматривается в работе Е.В. Кулагиной: выделены 4 типа регионов в зависимости от возрастной структуры населения в целом и инвалидов в частности, а также доли инвалидов в общей численности населения. К первому типу (наиболее распространённому) были отнесены те регионы, в которых значительна доля пожилого населения и прирост численности инвалидов также происходит в основном за счёт лиц старше 60 лет. В число таких субъектов вошла и Вологодская область [63]. Данное обстоятельство в сочетании с типичностью регионального профиля ведущих причин инвалидизации взрослого населения и сопоставимостью регионального и общестранового показателей инвалидизации населения позволяют рассматривать Вологодскую область в качестве типичного региона Российской Федерации, репрезентирующего картину инвалидности в большей части её регионов.

По состоянию на 1 января 2021 года, согласно данным Федерального реестра инвалидов, во всех федеральных округах, кроме Северо-Кавказского, более половины совокупного контингента инвалидов составляют лица в возрасте 60 лет и старше (рисунок 2.9). Исследователи прогнозируют дальнейший прирост численности инвалидов старших возрастов [21]. Таким образом, для Российской Федерации, как и для других «стареющих» государств, актуальна проблема инвалидизации населения.

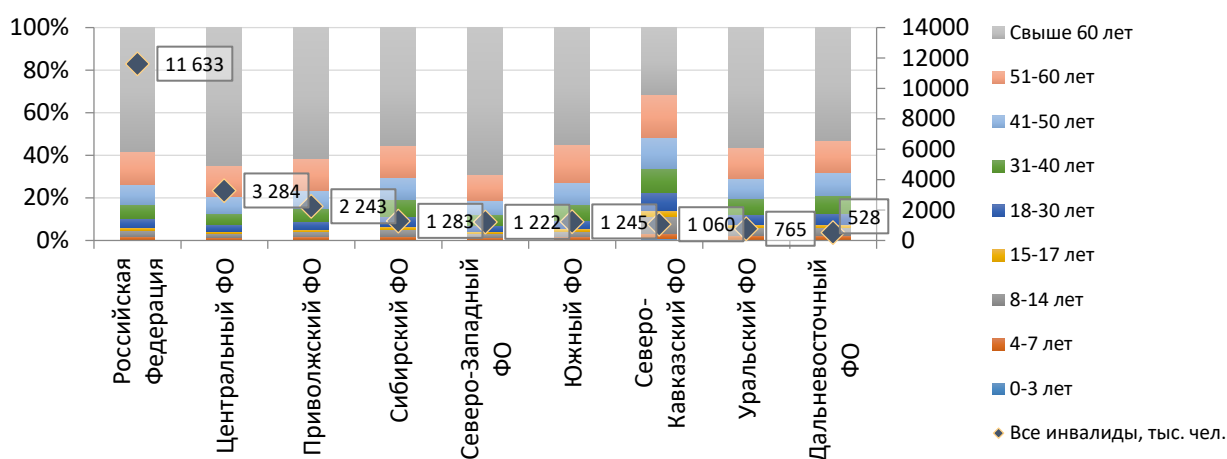


Рисунок 2.9. — Возрастная структура контингентов инвалидов в разрезе федеральных округов, на 01.01.2021 г., в % от общей численности инвалидов (по левой оси); общая численность инвалидов по федеральным округам, на 01.01.2021 г., тыс. человек (по правой оси) [188]

Большинство российских инвалидов проживают в Центральном (28%), Приволжском (19%) и Сибирском (11%) федеральных округах. Наименьшая доля инвалидов приходится на Уральский (7%) и Дальневосточный (5%) округа. По сравнению с уровнем 1998 года к 2021 году существенно выросла доля российских инвалидов, проживающих в Северо-Кавказском федеральном округе: с 4 до 9% (рисунок 2.10).

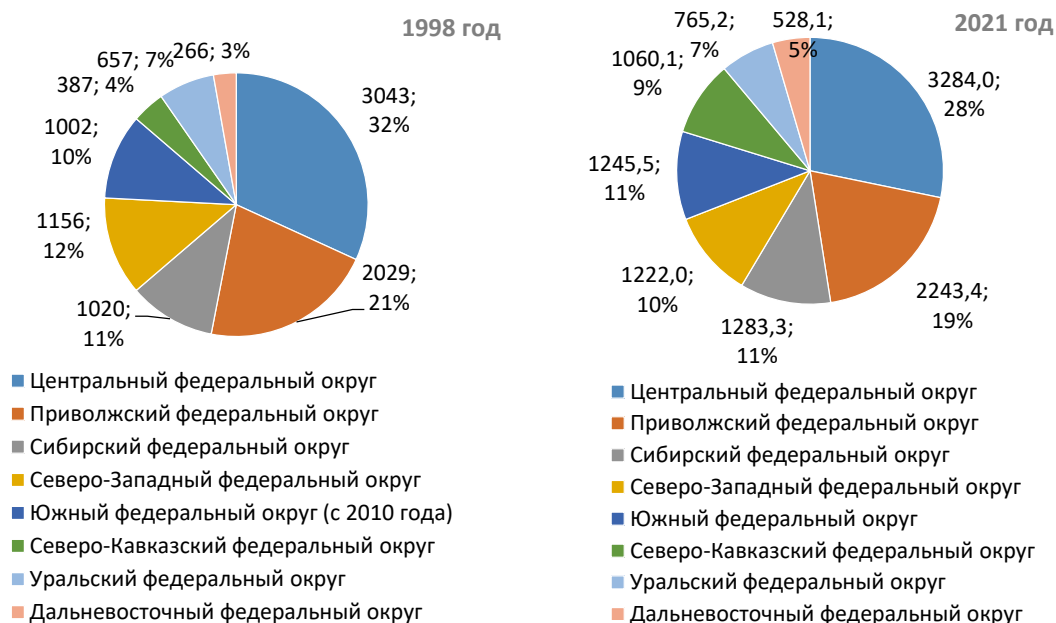


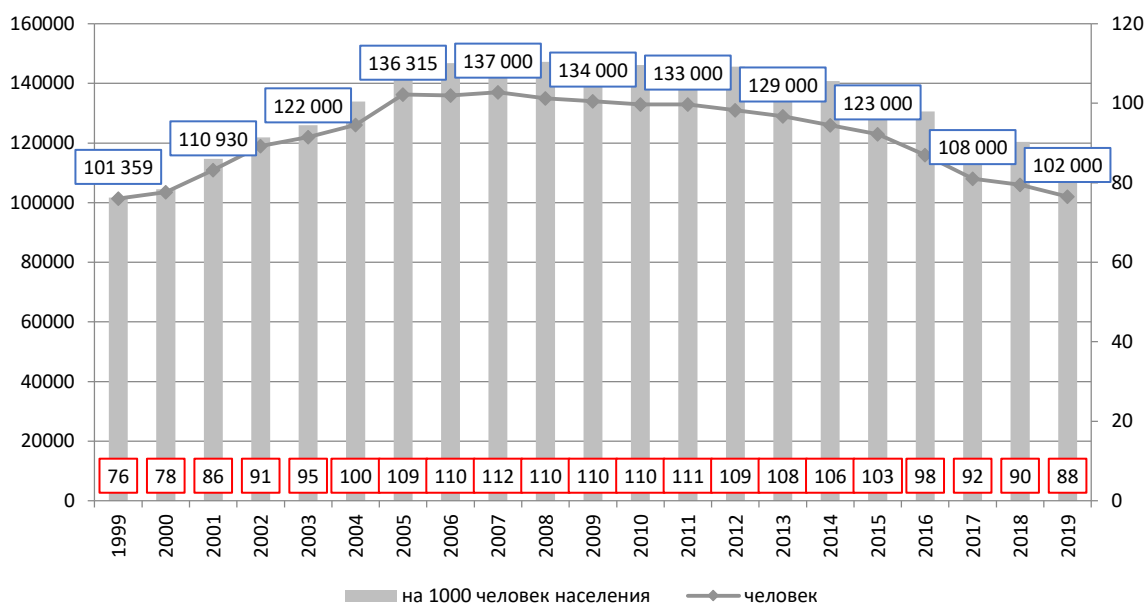
Рисунок 2.10. — Численность инвалидов в разрезе федеральных округов (тыс. чел.), в % от общей численности инвалидов в Российской Федерации [157; 188]

В регионах Российской Федерации в 2017 году численность инвалидов в составе населения существенно варьировалась: от низких значений в Мурманской,

Тюменской, Магаданской, Сахалинской областях, на Чукотке, до самой высокой в городах федерального значения – Санкт-Петербурге и Москве [157].

Вологодская область по уровню общей инвалидности взрослого населения (1051,0 случаев на 10000 населения в возрасте 18 лет и старше) по состоянию на 01 января 2019 года занимала 29-е место в рейтинге субъектов Российской Федерации. Общероссийский показатель, для сравнения, составлял 964,7 случая на 10000 человек взрослого населения. Значение показателя первичного выхода взрослого населения на инвалидность в регионе по итогам 2018 года было близким к общероссийскому: 52,1 случая и 54,8 случая на 10000 человек населения, соответственно. По уровню первичного выхода на инвалидность область занимала 47 место среди российских регионов, разделяя его с Республикой Коми и Республикой Дагестан. Ситуация с показателем повторной инвалидности взрослого населения в Вологодской области также была сходна с общероссийской картиной: 103,8 и 103,1 случая на 10000 взрослого населения, соответственно. По уровню этого показателя в сравнении с другими субъектами регион находился на 48 ранговом месте [178]. Уровень детской инвалидности в Вологодской области по состоянию на 2018 год был заметно ниже общероссийского: 188,5 и 223,5 случаев детской инвалидности на 10000 населения соответствующего возраста. По величине данного показателя регион располагался на 43-м месте в ранжированном перечне российских субъектов [179].

Динамика первичной инвалидности населения в Вологодской области в отличие от общероссийской картины не имеет явно выраженного пика в 2005 году. Максимальное число инвалидов было зарегистрировано в регионе в 2007 году (137 тыс. человек), а тенденция к снижению показателя наметилась, начиная уже с 2008 года (рисунок 2.11).



Примечание: график отражает динамику первичного выхода на инвалидность в абсолютном выражении (человек), гистограмма – в относительном выражении (случаев на 10000 человек населения).

Рисунок 2.11. — Динамика показателей первичной инвалидности населения Вологодской области в 1999–2019 гг. (по состоянию на 01 января года) [157; 180]

В Вологодской области по состоянию на 01.01.2021 было зарегистрировано 91134 инвалидов в возрасте 18 лет и старше (9,83% в составе населения). Доля мужчин 42,7%, женщин — 57,3%. Среди инвалидов 11% составляли лица с первой группой инвалидности, 44% — со второй и 45% — с третьей группой. Численность детей-инвалидов в регионе составила 5121 человек (2,05% в составе детского населения), из них 55,97% мальчиков, 44,03% девочек [188].

В структуре контингента инвалидов Вологодской области на 01 января 2021 г. 64% составляли лица в возрасте старше 60 лет. На детей приходилось 6% общего количества инвалидов в регионе. На возрастную группу 18-50 лет — 16% инвалидов, на предпенсионные возраста — 14% (рисунок 2.12).

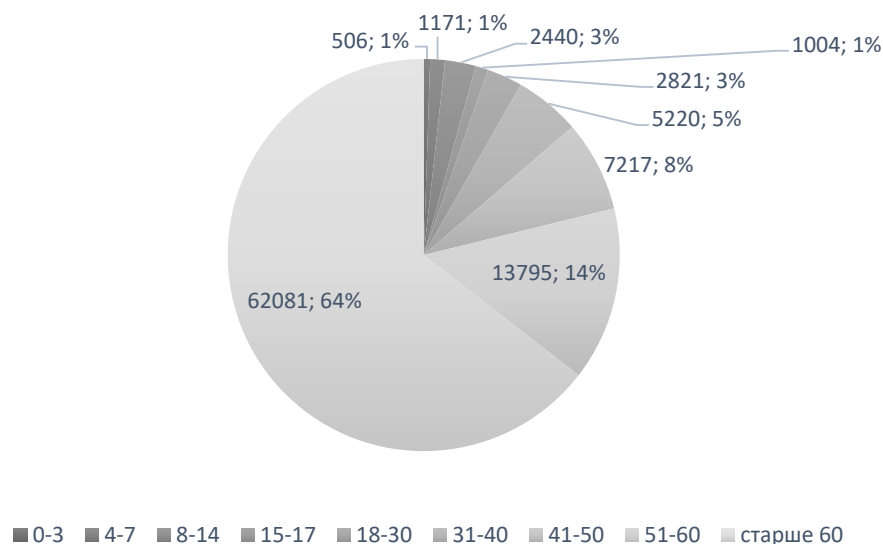


Рисунок 2.12. — Возрастная структура общего контингента инвалидов Вологодской области по состоянию на 01.01.2021 (человек; %) [188]

Доминирующие причины первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения Вологодской области были такими же, как и для России в целом: сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [157].

Проведённый анализ масштабов и структуры инвалидности позволяет сделать следующие выводы:

1) с общедемографическим трендом старения населения и распространением в старших возрастных группах хронических инвалидизирующих патологий связано преобладание среди случаев первичной инвалидности лиц в возрасте 60 лет и старше, а также доминирование данной возрастной группы в составе общего контингента инвалидов [131];

2) ведущие причины инвалидизации взрослого населения носят предотвратимый характер, что актуализирует совершенствование профилактики инвалидизирующих заболеваний и травматизма;

3) для целей совершенствования профилактики инвалидности населения целесообразно выявление групп риска населения на уровне медицинских организаций первичного звена (поликлиник, ФАПов) и целенаправленная работа с ними для предотвращения развития заболеваний и состояний, приводящих к ограничениям жизнедеятельности; к группам риска могут быть отнесены: лица,

имеющие наследственный фактор риска развития инвалидизирующего заболевания, лица старшей возрастной группы, работники, занятые на предприятиях с повышенным риском травматизма и возникновения профессиональных заболеваний, а также лица, имеющие поведенческие факторы риска развития хронических заболеваний, которые могут приводить к инвалидности;

4) среди безработных инвалидов доминируют лица в возрасте от 30 до 49 лет, что позволяет ожидать доминирования данной возрастной группы в числе получателей услуг профессиональной реабилитации.

2.2. Социально-экономические последствия инвалидности для населения и государства

Обзор статистических данных наглядно демонстрирует масштабы инвалидизации населения страны. В ряду демографических проблем, с которыми сталкивается Российская Федерация, инвалидизация населения – одна из ключевых. По данным исследований, проведённых специалистами ФГБУН ВолНЦ РАН в 2014 году, инвалидизация населения приводит к значительным экономическим потерям. В Российской Федерации примерная величина «цены инвалидности» в 2012 году составляла 1915,9 млрд. руб., и её большая часть приходилась на ВВП, недопроизведённый незанятыми инвалидами в трудоспособном возрасте (1465 млрд. руб.) [70].

Разработке и уточнению методик оценки экономических потерь государства вследствие нарушений здоровья населения посвящены работы Ю.П. Лисицына [72], Б.Б. Прохорова [106], В.П. Корчагина [55], Д.И. Шмакова [142], А.А. Шабуновой [104]. Существует ряд показателей, позволяющих измерять подобные потери из-за снижения здоровья граждан. Среди них показатели затрат на лечение и реабилитацию, объём недопроизводства валового продукта вследствие утраты трудоспособности, упущенная выгода в виде недополученного дохода домохозяйств и налоговых поступлений в бюджет.

Для граждан, ставших инвалидами во взрослом возрасте, снижение здоровья часто сопряжено с ухудшением материального положения, повышением риска потери работы и безработицы. Дети-инвалиды и их родители, в свою очередь, несут не только прямые экономические потери из-за инвалидности, но и косвенные потери («бремя семьи»), снижение которых должно быть предметом отдельного обсуждения.

В нашей работе более подробно рассмотрены потенциальные выгоды государства, которые могут быть получены при обеспечении возможности участия в трудовой деятельности для взрослых инвалидов, которые сохранили трудоспособность и желают работать.

Как известно, инвалидность сопряжена с определёнными проблемами при трудоустройстве. В 2019 году в службы занятости в поисках подходящей работы обратились более 159 тысяч инвалидов, из них смогли трудоустроиться 57%. Результативность подобных обращений за последние годы существенно улучшилась: в 2012 году показатель трудоустройства инвалидов по итогам обращения составлял только 36%. Однако, вопреки положительной динамике данного показателя, в тот же период снизилась численность работающих инвалидов (с 2276 тыс. чел. до 1571 тыс. чел. в 2019 г.), а также их доля в общей численности инвалидов (с 18 до 14%) [173]. Основными проблемами в сфере содействия занятости инвалидов остаются: отсутствие подходящих вакансий на рынке, низкая конкурентоспособность самих соискателей, незаинтересованность работодателей в приёме инвалидов на работу. Приведённые факты свидетельствуют, с одной стороны, о достигнутом существенном улучшении алгоритмов работы с инвалидами, ищущими работу, но, с другой стороны, указывают на необходимость их дальнейшего совершенствования. В частности, целесообразно более активное сотрудничество с общественными организациями инвалидов, разъяснение потенциальным работодателям преимуществ найма людей с инвалидностью.

По данным Федерального реестра инвалидов [188], в России на 01.01.2020 г. численность работающих инвалидов трудоспособного возраста составила 923 200 человек, или 26% общей численности данной категории населения. Из них большинство имели третью группу инвалидности (67%). Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, уровень занятости инвалидов за период с 2014 по 2019 г. вырос на 20 п. п., однако по-прежнему был очень низким в сравнении с уровнем занятости среди населения трудоспособного возраста (78,3%). В то же время уровень безработицы среди лиц в трудоспособном возрасте, имеющих инвалидность, сократился с 22% в 2014 г. до 19,2% в 2019 г., но при этом остался существенно выше показателя безработицы среди населения трудоспособного возраста в целом (4,9% в 2019 г.) [173].

Слабая вовлечённость инвалидов в трудовую деятельность обуславливает утрату части трудового потенциала населения, а также определённую упущенную для государства и общества экономическую выгоду.

Для оценки потенциальных экономических выгод от трудоустройства желающих работать инвалидов использовались показатели, приведённые в сборниках государственной статистики и рассчитанные на их основе. При расчётах учитывалось не общее число неработающих инвалидов трудоспособного возраста, а число инвалидов, обратившихся за содействием в поиске подходящей работы в государственную службу занятости, но не трудоустроенных в течение года, или показатель численности безработных инвалидов (при его наличии; таблица 2.3).

Таблица 2.3. — Показатели для расчёта экономических выгод, обусловленных вовлечением инвалидов, способных и желающих работать, в трудовую деятельность

Показатель / год	Российская Федерация	Вологодская область
1. Потенциальная величина прироста ВВП или ВРП, обусловленного вовлечением инвалидов в трудовую деятельность, млн. руб. (ВВП _н / ВРП _н) $ВВП_n (ВРП_n) = Переменная\ 1 * Переменная\ 2$		
<i>Переменная 1. Численность безработных инвалидов, чел. / численность инвалидов, обратившихся за содействием в поиске работы в органы службы занятости и не нашедших работу, чел.</i>		
2018	103086	446
<i>Переменная 2. ВВП / ВРП на 1 занятого в экономике, млн. руб.</i>		
2018	1,45	1,1
2. Потенциальный совокупный доход инвалидов, не нашедших работу в текущем году, в случае их трудоустройства в будущем, млн. руб. (ПтД) $ПтД = (Переменная\ 3 * 12 * Переменная\ 1) / 1000000$		
<i>Переменная 3. Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников по полному кругу организаций в целом по экономике, руб.</i>		
2018	43724	35497
3. Потенциальная сумма взносов подоходного налога в случае трудоустройства безработных инвалидов, млн. руб. (ПтН) $ПтН = ПтД * 0,13$		
4. Потенциальная сумма взносов в Пенсионный фонд России в случае трудоустройства безработных инвалидов, млн. руб. (ПтП) $ПтП = ПтД * 0,22$		
5. Потенциальная сумма взносов в Фонд социального страхования в случае трудоустройства безработных инвалидов, млн. руб. (ПтС) $ПтС = ПтД * 0,029$		
6. Потенциальная сумма взносов в Фонд обязательного медицинского страхования в случае трудоустройства безработных инвалидов, млн. руб. (ПтМ) $ПтМ = ПтД * 0,051$		

Примечание. Тарифы страховых взносов составляют: 22% – отчисления в ПФ РФ, 5,1% – в ФОМС, 2,9% – в ФСС (НК РФ Статья 425. Тарифы страховых взносов). Ставка подоходного налога – 13%.

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики и её Территориального органа по Вологодской области.

Расчёт с указанной поправкой даёт более точную оценку потенциальных экономических выгод от вовлечения инвалидов в трудовую деятельность,

поскольку привязан не к возрастным границам (трудоспособного возраста), а зависит от экономической активности инвалидов [94]. То есть на динамику показателя напрямую не влияет законодательное изменение границ трудоспособного возраста. Её определяют экономические и социальные факторы: поведение инвалидов на рынке труда, эффективность мер по содействию их трудоустройству, наличие рабочих мест, подходящих для инвалидов, на рынке труда. Учёт численности безработных инвалидов более корректен также и с той точки зрения, что в трудовую деятельность, согласно данным статистики, вовлечены и лица старше трудоспособного возраста. Так, в составе контингента занятых инвалидов в 2019 г. доля лиц в возрасте 70 лет и старше составляла 4,4% [173].

Рассчитанная потенциальная величина прироста ВВП страны, которая могла быть получена при условии вовлечения безработных инвалидов в трудовую деятельность, в 2018 году составила 103,09 млрд. руб. (0,10% от ВВП), а величина аналогичного показателя прироста ВРП Вологодской области – 490,01 млн. руб. (0,08% от ВРП; таблица 2.4).

Низкая занятость инвалидов может служить маркером социальной эксклюзии данной категории населения. Для инвалидов неучастие в экономической деятельности оборачивается зависимостью от государственной социальной политики и ухудшением материального положения.

Таблица 2.4. — Потенциальная величина экономических выгод от более полного вовлечения безработных инвалидов в трудовую деятельность (2018 г.)

Показатели	РФ	ВО
Потенциальный прирост ВВП / ВРП, млн. руб.	103087,45	490,01
<i>% от произведённого</i>	<i>0,1</i>	<i>0,08</i>
ПтД, млн. руб.	54087,99	189,98
ПтН, млн. руб.	7031,44	24,7
ПтП, млн. руб.	11899,36	41,8
ПтС, млн. руб.	1568,55	5,51
ПтМ, млн. руб.	2758,49	9,69

Источник: рассчитано автором на основании данных Федеральной службы государственной статистики и её Территориального органа по Вологодской области.

В Российской Федерации уровень занятости среди инвалидов в возрасте 15 лет и старше по данным за 2019 год составил 8,5%, уровень безработицы – 15,9%, уровень участия в рабочей силе – 10,1%. Эти параметры существенно различались

у женщин и мужчин, а также в зависимости от группы инвалидности (рисунок 2.13).

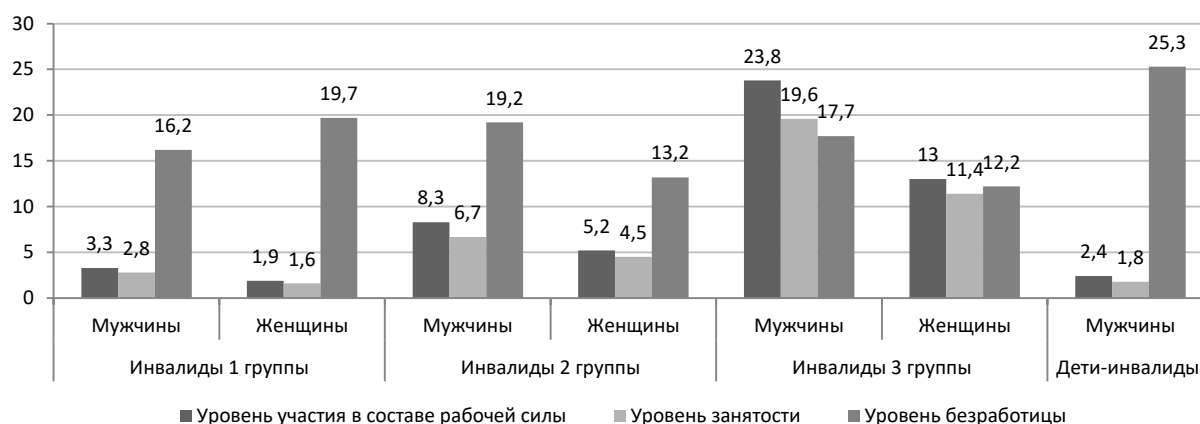


Рисунок 2.13. — Уровень участия в рабочей силе, занятость и безработица среди населения в возрасте 15 лет и старше, имеющего инвалидность, 2019 г. [173]

Если подсчитать экономический эффект от трудоустройства инвалидов в форме налоговых отчислений в бюджет, то станет очевидной оправданность реализации политики по содействию занятости инвалидов. Срок окупаемости создания специализированных рабочих мест для инвалидов рассчитан нами на примере Вологодской области, где в 2015 г. в рамках реализации мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов были созданы 204 специализированных рабочих места с трудоустройством на них 205 человек. Общие затраты на проведение мероприятия составили 14828,7 тыс. рублей [164]. Создание оборудованного рабочего места для одного инвалида обошлось примерно в 72689,71 руб. При заработной плате инвалидов, составляющей 95% среднемесячной номинальной начисленной заработной платы в среднем по населению (26073 руб. в 2015 г.)³ ожидаемый объём налоговых поступлений (подходный налог с физических лиц в номинальном выражении) за два года составил бы 16,7 млн. руб. Следовательно, в номинальном выражении расходы на создание рабочих мест для инвалидов потенциально окупаются за два календарных года: объём налоговых поступлений превысит затраты на создание рабочих мест на

³ Корректировка проведена в связи с тем, что инвалидам трудовым законодательством предоставлено право на сокращённый рабочий день.

1,85 млн. рублей. Однако это возможно только при обеспечении достойного уровня оплаты труда.

Негативное влияние на возможности профессиональной самореализации инвалидов может оказывать и дефицит вакантных мест по профессиям, рекомендованным для них. Сгладить дисбаланс спроса и предложения на рынке труда призвана система переподготовки кадров. Несмотря на актуальность проблемы трудоустройства, инвалиды неактивно пользуются услугами профессиональной переподготовки – в 2016 г. её прошли только 27% работавших не по специальности [173]. Возможно, такая незаинтересованность в некоторой степени продиктована тем, что инвалиды претендуют преимущественно на такие вакансии, на которые работодатели соглашаются принимать и недостаточно квалифицированных сотрудников.

Общая ситуация с получением инвалидами профессионального образования стабильна: в 2019 г. высшее образование имели 13% работающих инвалидов, ещё 38% – среднее профессиональное [173]. В 2018 году среди занятых инвалидов в возрасте 15 лет и старше большинство (64%) работали не по специальности (рисунок 2.14). Данные факты определяют актуальность вопроса обеспечения конкурентоспособности инвалидов на рынке труда, наряду с решением проблемы их профессиональной подготовки и переподготовки.



Рисунок 2.14. — Наличие специальности и её соответствие выполняемой работе у инвалидов в возрасте 15 и более лет в 2018 году, в % [173]

В то же время трудоустройство не по специальности остаётся негативным явлением, которое приводит к экономическим потерям и для самого человека (упущенная выгода вследствие более низкой заработной платы на непрофильном рабочем месте), и для государства в форме затрат ресурсов на освоение

компетенций, которые в будущем не принесут дохода. Данная проблема является общей для занятого населения России, а не только для инвалидов [51; 135]. В этой связи наиболее приемлемым способом оптимизации затрат на обучение инвалидов может служить согласование направлений профессиональной подготовки с интересами работодателей региона, квотирующих рабочие места для инвалидов.

Среди работающих инвалидов 25% заняты в сфере сельского и лесного хозяйства. Такое распределение контрастирует с наблюдаемым для населения в целом, среди которого наибольшую долю занятых составляют работники торговли и обрабатывающих производств и только 6% являются работниками сельского и лесного хозяйства (таблица 2.5).

Таблица 2.5. — Распределение численности занятых по видам экономической деятельности на основной работе, 2018 г., в % [173]

Виды экономической деятельности	Инвалиды в возрасте 15–72 лет	Всё население в возрасте 15–72 лет
Всего	100	100
Сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство	25,2	5,8
Обрабатывающие производства	12,5	14,1
Оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования	11,4	15,9
Образование	9,7	9,5
Здравоохранение и предоставление социальных услуг	8	8
Транспортировка и хранение	5,9	8,6
Строительство	5,4	7,1
Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное обеспечение	3,8	7,1
Деятельность административная и сопутствующие дополнительные услуги	3	2,4
Операции с недвижимым имуществом	2,5	1,7
Предоставление прочих видов услуг	2,5	2,4
Деятельность в области культуры, спорта, организации досуга и развлечений	2,2	1,8
Другие виды	8,1	15,6

Данные государственной статистики не позволяют установить соотношение между территорией проживания инвалида и отраслью, в которой он занят. Однако можно предположить, что имеются значимые отличия в структуре занятости по отраслям для жителей городской и сельской местности. Однозначно определить факторы, которые обуславливают большую долю работающих инвалидов, занятых в сельском и лесном хозяйстве, не представляется возможным. В то же время,

учитывая низкую привлекательность рабочих мест в этой сфере для работающего населения в целом, можно предположить, что имеет место влияние низкой конкуренции, обеспечивающее возможность трудоустройства инвалидов [136]. В целом для структуры распределения работающих инвалидов по видам экономической деятельности характерна большая по сравнению с населением в целом неравномерность. Это указывает на деформированность ниши, которую занимают работники с инвалидностью на российском рынке труда.

Если рассматривать предпочтения самих инвалидов, то, согласно данным исследования проблем трудоустройства инвалидов в Воронеже, наибольшей востребованностью среди них в сельской местности пользуются профессии, связанные с пошивом и ремонтом одежды, обуви, торговлей, общественным питанием, народным творчеством и ремеслами, а в городе – профессии, связанные с финансами и бизнесом, овладением компьютерными программами, бухгалтерским и складским учетом [100].

Включенность инвалидов в трудовую деятельность позволяет не только снизить совокупные потери государства от инвалидизации населения, но и поддержать более высокое качество жизни самих инвалидов.

Социально-экономическое положение инвалидов в России

Уровень жизни инвалидов во многом определяется источниками их дохода. По данным обследования бюджетов домашних хозяйств, проводимого Федеральной службой государственной статистики, в 2019 году большая часть дохода домохозяйств, состоящих только из инвалидов, складывалась из полученных ими социальных выплат (82%). Оплата труда по основному месту работы составляла только 10% совокупного объема доходов. Для сравнения: в домохозяйствах, состоящих из пенсионеров, наблюдалось иное распределение: социальные выплаты составляли 58%, оплата трудовой деятельности по основному месту работы – 35%. В денежном выражении в расчёте на члена домохозяйства средняя величина оплаты труда по основному месту работы инвалидов составляла 2792 рубля, пенсионеров – 11 113 рублей. У населения в целом наибольшую часть

совокупного дохода составлял доход от трудовой деятельности (68%), а на социальные выплаты приходилось только 19% (рисунок 2.15).

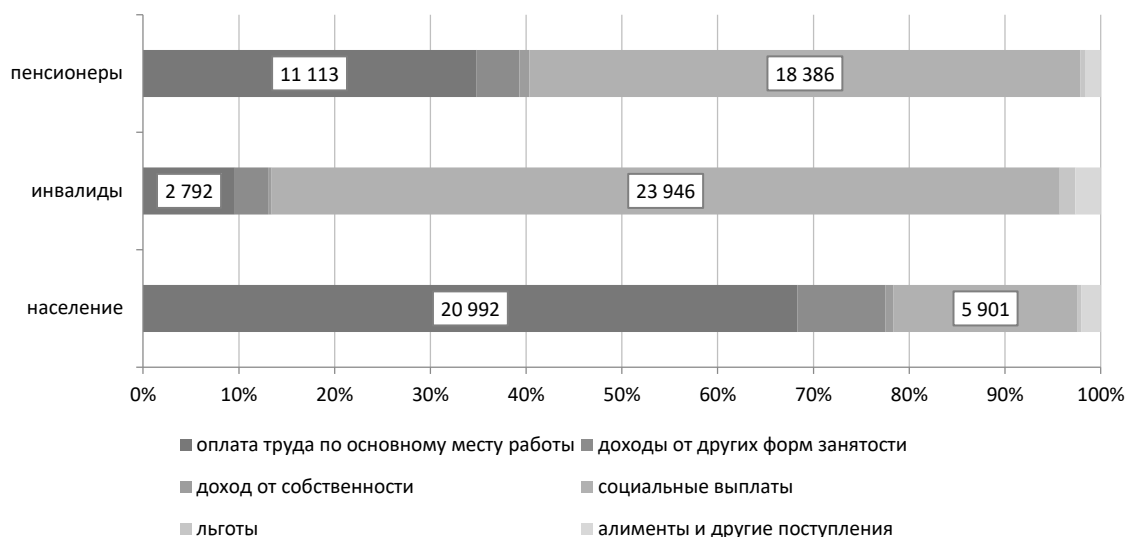


Рисунок 2.15. — Структура (в % от совокупного дохода домохозяйств) и величина (в расчёте на члена домохозяйства, рублей) совокупного дохода инвалидов и населения в 2019 г. [163]

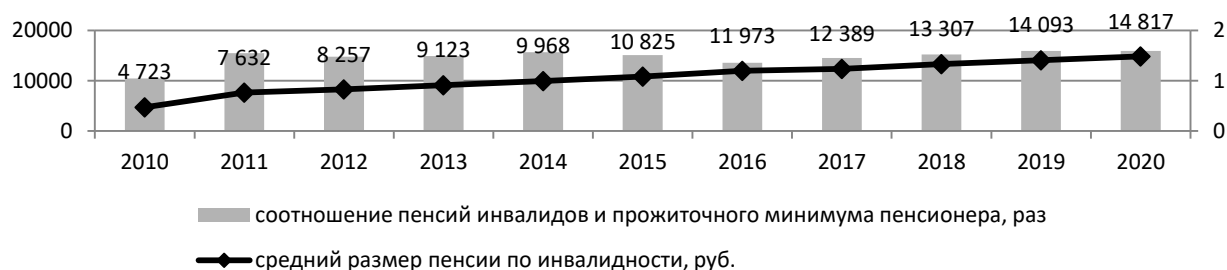
Средняя по России величина денежного дохода на члена домохозяйства, состоящего только из инвалидов, составляла в 2019 году 29 097 рублей, что ниже, чем аналогичный показатель для домохозяйств пенсионеров (31964 рубля) и населения в целом (30 708 рублей; рисунок 2.16).



Рисунок 2.16. — Средняя величина денежного дохода в расчёте на члена домохозяйства (рублей) [163]

В 2020 году для 10,31 млн. инвалидов (87% от их общей численности) материальное благополучие определялось, главным образом, величиной государственных пенсий по инвалидности. Их величина в 2011–2020 гг. демонстрировала рост. Однако с 2015 года, если не принимать во внимание единовременную выплату 5000 рублей инвалидам в 2017 году, соотношение величины пенсии по инвалидности и прожиточного минимума пенсионера было неблагоприятным (рисунок 2.17). Кроме того, если в 2016 году рост пенсионных выплат по отношению к предыдущему году составлял 11%, то в 2017 году – только

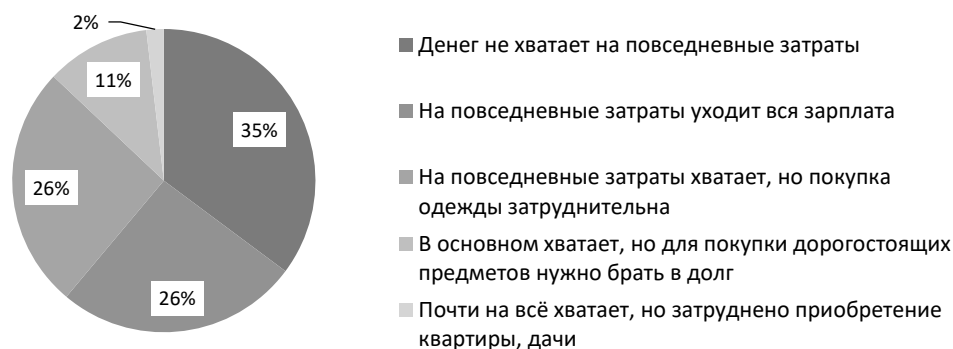
3% (без учёта однократной выплаты в 5000 рублей; а при её учёте – на 7%, если 5000 рублей поделить на 12 месяцев года). Указанные тенденции свидетельствуют о неблагоприятном состоянии пенсионной системы страны и её неготовности обеспечить достойный уровень жизни людей с инвалидностью.



Примечание: для обеспечения сопоставимости данных размер пенсии по инвалидности за 2017 год приводится за вычетом единовременной денежной выплаты, назначенной в соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2016 г. № 385-ФЗ в размере 5 тысяч рублей.

Рисунок 2.17. — Пенсии по инвалидности (в рублях; график) и по отношению к величине прожиточного минимума пенсионера (раз; гистограмма) [173]

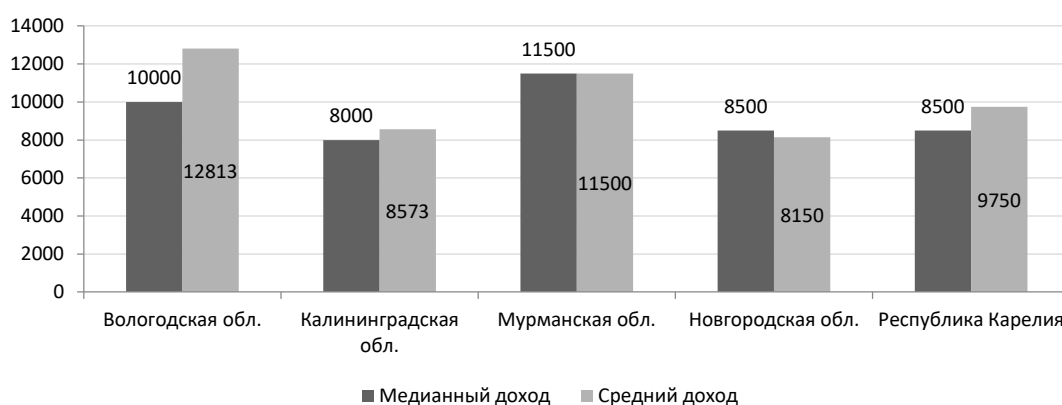
Согласно результатам социологического исследования, проведённого в 2017 г. на территории СЗФО, материальное положение большинства инвалидов можно назвать низким или соответствующим уровню «ниже среднего». Так, лишь 13% опрошенных могут позволить себе свободно приобретать одежду, только 2% могут покупать дорогостоящие товары длительного пользования (такие как бытовая техника). Более трети опрошенных (35%) не в состоянии обеспечивать себя необходимыми для жизни товарами, 26% респондентов указали, что на необходимые затраты уходит весь их доход (рисунок 2.18).



Источник: данные опроса населения Северо-Западного федерального округа, проведённого в 2017 году коллективом ФГБУН ВолНЦ РАН в рамках выполнения работ по проекту РНФ №16-18-00078.

Рисунок 2.18. — Распределение ответов респондентов, имеющих инвалидность, на вопрос «Какое из следующих высказываний лучше всего характеризует Ваше материальное положение сегодня?» (в % от числа опрошенных соответствующей категории)

В разрезе отдельных регионов наблюдается дифференциация величины среднего душевого и медианного душевого дохода инвалидов. В Вологодской области зафиксировано самое высокое значение среднего душевого дохода в семьях, где проживают инвалиды (12 813 руб.), в Новгородской области – самое низкое его значение (8 150 руб.). Несколько иначе распределились значения медианного уровня дохода: самое высокое значение показателя наблюдалось в Мурманской области (11 500 руб.), самое низкое – в Калининградской области (8 000 руб.). Минимальная величина душевого дохода отмечена у респондента из Новгородской области (2500 руб.), максимальная – у респондента из Вологодской области (40 000 руб.; рисунок 2.19).



Источник: данные опроса населения Северо-Западного федерального округа, проведённого в 2017 году коллективом ВолНИЦ РАН в рамках выполнения работ по проекту РНФ №16-18-00078.

Рисунок 2.19. — Распределение ответов респондентов, учтённых в статусе «инвалид», на вопрос «Укажите, пожалуйста, среднемесячный душевой доход Вашей семьи (сложите все заработки, пенсии, стипендии и т.д. и разделите на число членов семьи)» (в рублях)

Инвалиды, доход которых был близок к медианному уровню (10 тыс. руб. в целом по СЗФО), описывали его покупательную способность как достаточную только для повседневных затрат, но не для приобретения одежды. Респонденты не всегда грамотно оценивают покупательную способность своих доходов. Так, по ответам инвалидов, средний доход, покрывающий повседневные затраты и приобретение одежды составил 19 000 рублей, тогда как один из респондентов отметил, что ему достаточно 10 000 рублей на все расходы, за исключением покупки квартиры и дачи. Такие моменты необходимо учитывать при интерпретации результатов социологических опросов инвалидов.

В целом приведённые факты указывают на существование дефицита дохода в домохозяйствах, где проживают инвалиды. Социальные пособия и пенсия по инвалидности не обеспечивают тот уровень потребления, который характеризует ситуацию материального благополучия. Установлено, что 35% инвалидов, проживающих в обследованных регионах СЗФО, испытывают нехватку средств к существованию, а медианный для подвыборки душевой доход в 10 000 рублей не обеспечивает достойный уровень жизни, позволяя лишь выжить физически.

Данные социологических опросов инвалидов Вологодской области подтверждают полученные выводы. Как и в целом по Северо-Западному федеральному округу, в регионе значительная доля инвалидов испытывают сложности в покупке продуктов питания (26% в 2020 г.) и необходимых товаров (44% в 2020 г.). Среди инвалидов, не имеющих источника дохода в виде основного места работы, выше доля таких, чей доход ниже среднего уровня (70%), чем среди тех, кто получает доход по основному месту работы (65%; таблица 2.6). В 2018 году, по данным опроса, средняя величина душевого дохода работающих инвалидов составляла 17 336 рублей, неработающих – 16 020 рублей; в 2020 году – 25 452 рубля и 16 343 рубля соответственно.

Таблица 2.6. — Доля респондентов, оценивших уровень своего дохода «значительно ...» или «несколько ниже среднего уровня», в % от числа опрошенных

Год	Инвалиды, имеющие основное место работы среди источников дохода	Инвалиды, не имеющие основного места работы среди источников дохода	Среднее по опросу
2013	28,6	67,5	72,2
2014	36,4	42,9	41,8
2015	66,7	67,8	67,6
2016	34,6	62,3	56,8
2018	64,5	70,4	69,1
2020	38,1	77,4	70,2

Увеличение размера пенсионных выплат не может оставаться единственным реальным инструментом обеспечения материального благополучия инвалидов. На протяжении 2014–2019 гг. наибольшие уровни участия в составе рабочей силы и занятости инвалидов были характерны для лиц с третьей группой инвалидности. Другие категории инвалидов испытывали больше проблем с трудоустройством, что отражалось в высоком уровне безработицы, особенно среди детей-инвалидов и инвалидов первой группы. Учитывая это, следует совершенствовать

предоставление услуг по содействию трудоустройству инвалидов, делать их более качественными и адресными, поскольку именно повышение их результативности может способствовать повышению качества жизни инвалидов (рисунок 2.20).

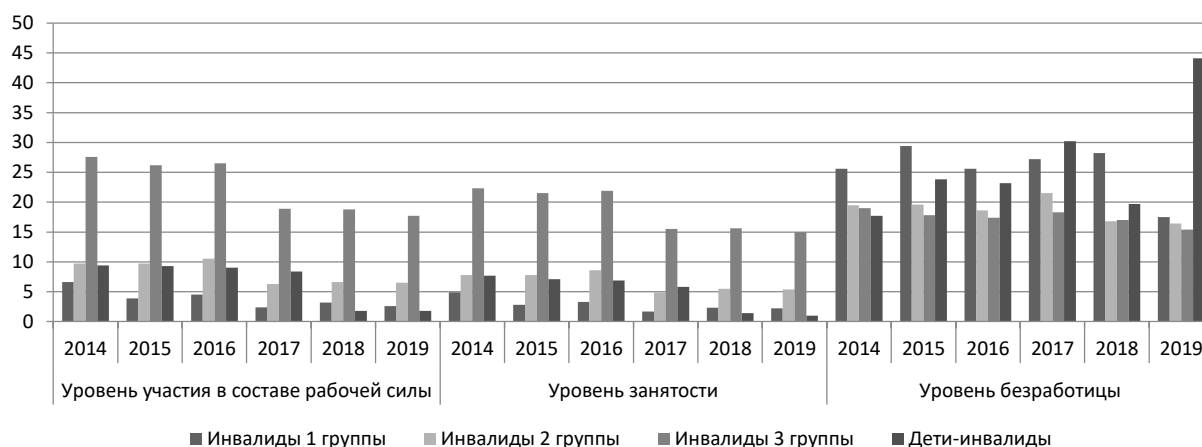


Рисунок 2.20. — Уровень участия в составе рабочей силы, занятость и безработица среди инвалидов в России в 2014–2019 гг. [173]

Приведённые данные свидетельствуют, что уровень жизни инвалидов в России остаётся низким, несмотря на усиление внимания государства и общества к их потребностям. Величина дохода влияет не только на спектр доступных человеку потребительских благ, но и на выбор им круга общения, восприятие общественных явлений, оценку результатов государственной политики.

Материальное благосостояние выступает важнейшим компонентом качества жизни инвалидов, определяя объём потребления экономических благ, удовлетворённость инвалидов результатами проводимой социальной политики, восприятие перспектив интеграции. Судя по результатам социологических исследований, проведённых в Вологодской области в 2013 – 2016 гг., инвалиды, имеющие более высокий доход, в целом чаще давали положительные оценки в отношении результатов государственной социальной политики, чем инвалиды с низкими доходами (таблица 2.7). Вероятно, этот факт указывает на положительную взаимосвязь между уверенностью респондентов в завтрашнем дне, оценкой ими возможностей социального участия и материальным благосостоянием.

Таблица 2.7. — Распределение ответов инвалидов на вопросы об отношении со стороны населения и уровне доступности среды в зависимости от уровня их дохода, в % от числа опрошенных

Распределения ответов на вопросы	2015	Достаток ниже среднего	Достаток средний и выше	2016	Достаток ниже среднего	Достаток средний и выше
1) Насколько доступны для инвалидов объекты и услуги в различных сферах жизнедеятельности?						
Доступность (объекты и услуги доступны, скорее доступны)	48,1	46,3	51,2	42,3	35,8	53,0
Недоступность (объекты и услуги недоступны, скорее недоступны)	38,2	40,7	34,0	36,8	39,0	32,8
Затрудняюсь ответить	13,7	13,0	14,8	20,8	25,2	14,3
2) По Вашему мнению, как общество относится к проблемам инвалидов?						
Скорее внимательно	48,2	45,7	53,5	47,7	36,0	68,0

Источник: данные социологов инвалидов Вологодской области, 2015 и 2016 года.

Таким образом, для государства экономическими последствиями инвалидности являются снижение ВВП, в том числе из-за неполного вовлечения в трудовую деятельность тех инвалидов, которые сохранили трудоспособность и желают работать. Как показали расчёты, основанные на данных официальной статистики, в 2018 году величина потенциальной выгоды от преодоления барьеров трудоустройства инвалидов составила 103,09 млрд. руб. (0,1% от ВВП) для России в целом и 490,01 млн. руб. (0,08% от ВРП) для Вологодской области.

Анализ отраслевой структуры занятости, уровня экономической активности, занятости и безработицы инвалидов позволил установить, что на рынке труда по отношению к ним сложились дискриминационные практики. Об этом свидетельствуют низкий уровень трудоустройства инвалидов и заметно более высокая безработица в сравнении с населением в целом, занятость в наименее престижных и низкооплачиваемых сферах. Распространённость работы не по специальности (более широкая относительно населения в целом) указывает и на дискриминацию инвалидов при получении образования и профессиональной подготовке. При этом значительная часть взрослых инвалидов сохранили трудоспособность и не нуждаются в создании специализированных условий труда. Актуальной задачей в преодолении сложившейся ситуации выступает устранение дискриминации по признаку инвалидности во всех сферах жизни с целью социальной интеграции инвалидов и более полной реализации их человеческого потенциала.

2.3. Потенциал социального благополучия инвалидов в Вологодской области: дифференциация в разрезе социально-демографических групп

Индекс социального благополучия инвалидов, рассчитанный на основе данных социологических опросов

Инструментарий оценки социального благополучия инвалидов был апробирован на материалах социологических опросов, выполненных в Вологодской области в 2013 – 2016 гг., 2018 и 2020 гг. Характеристика выборки приведена в *приложении 1*. Тематика опросов касалась доступности среды для инвалидов, возможностей их социального участия, ведения независимой жизни с учётом ограничений здоровья.

Для оценки социального благополучия инвалидов нами рассчитан соответствующий интегральный индекс и его частные индексы, характеризующие материальное благополучие, доступность среды, социальную включённость инвалидов, уровень образования, участие в трудовой деятельности (формулы расчётов приведены в § 1.3).

Значение индекса материального благополучия среди инвалидов в 2013 – 2020 гг. менялось в узких пределах. Максимальное значение индекса материального благополучия было зафиксировано в 2014 г. (2,557), минимальное значение индекса (2,051) наблюдалось в 2018 году. Полученные результаты можно интерпретировать, обратившись к рассмотрению состава выборки участников опросов по уровню дохода. В течение всего периода проведения исследования, за исключением 2014 года, среди инвалидов преобладала группа, имеющая доход «несколько ниже среднего уровня» (от 47% в 2013 г. до 44% в 2020 г.). Согласно формулировке, приведённой в анкете, это означает, что они могут приобретать продукты питания, но имеют сложности с покупкой одежды и других товаров и услуг. Заметной по численности остаётся и группа наименее обеспеченных респондентов, которые испытывают нехватку денежных средств на оплату продуктов питания (от 11% в 2013 г. до 26% в 2020 г.; таблица 2.8).

Таблица 2.8. — Величина индекса материального благополучия инвалидов (баллов) и распределение ответов инвалидов на вопрос «К какой из групп населения (по доходу) Вы могли бы отнести себя?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2013	2014	2015	2016	2018	2020
Значительно ниже среднего уровня	11,1	14,9	18,7	18,2	24,8	26,3
Несколько ниже среднего уровня	61,1	26,9	48,9	38,6	45,3	43,9
На среднем уровне	27,8	44,8	28,8	33,3	29,9	26,3
Несколько выше среднего уровня	0	12,7	1,4	3,8	0	1,8
Значительно выше среднего уровня	0	0	0,7	0,8	0	0,9
Индекс материального благополучия	2,167	2,557	2,145	2,257	2,051	2,054

Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню благосостояния, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Источник: данные социологических опросов инвалидов Вологодской области 2013–2020 гг.; индекс рассчитан автором.

Учитывая эти факты, можно говорить о том, что структура выборки инвалидов по материальному положению смещена в сторону низкодоходных групп. Для улучшения ситуации необходимо разрабатывать и внедрять новые меры финансовой поддержки инвалидов, а также совершенствовать уже имеющиеся. Так, на наш взгляд, следует предусмотреть возможность получения инвалидами льготного кредитования (по минимальной процентной ставке и на длительный срок).

Следующим важным параметром оценки социального благополучия инвалидов является доступность для них объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности. Она оценивалась путём расчёта соответствующего индекса доступности среды. На первом этапе определялись весовые коэффициенты, отражающие значимость доступности каждой из сфер для инвалидов. Проведено ранжирование сфер по частоте упоминания их респондентами при ответе на вопрос о проблемах с доступностью объектов и услуг, с которыми им приходилось сталкиваться в течение года. Вопрос задавался в период 2013–2016 гг. и предполагал возможность выбора нескольких вариантов ответа. Все упомянутые инвалидами проблемы были сгруппированы по соответствующим сферам жизнедеятельности. Доли ответов по проблемам каждой из сфер были просуммированы. Затем полученные значения были ранжированы в порядке убывания. Такая процедура была проведена для каждого года из 4 лет наблюдения. После этого были вычислены средние значения рангов по каждой из сфер за рассматриваемый период (2013–2016 гг.; таблица 2.9).

Таблица 2.9. — Ранжирование сфер жизнедеятельности в 2013 – 2016 гг. по частоте упоминания респондентами проблем с доступностью объектов и услуг

Сфера	2013	2014	2015	2016	Итог
Транспорт	2	1,5	1	3	1
Информация и связь	1	3	5	5	2
Жилой фонд и инфраструктура (тротуары, пандусы, съезды)	5	6	2	1	3
<i>Трудовая деятельность</i>	4	4	5	2	–
Здравоохранение	3	1,5	5	6	4
Социальная защита	7	5	3	4	5
Спорт и физкультура	6	8	8	8	6
Культура	8	8	8	8	7
Образование	9	8	8	8	8

Каждой из восьми сфер был присвоен весовой коэффициент, отражающий значимость её доступности для инвалидов относительно других сфер. Самый низкий ранг (8) получила сфера образования, поэтому её коэффициент равен «1». Самый высокий ранг (1) получила сфера транспорта, поэтому ей был присвоен максимальный весовой коэффициент «8».

На втором этапе вычислений были рассчитаны субиндексы доступности по каждой из приоритетных сфер жизнедеятельности (перечень этих сфер соответствует программе «Доступная среда»). Поскольку вопрос, использованный для присвоения весовых коэффициентов, в 2018 и 2020 гг. не задавался, для расчётов индексов доступности в эти годы использованы итоговые значения весовых коэффициентов, полученные на основании ответов респондентов за 2013 – 2016 гг.

На третьем этапе вычислений по формуле средневзвешенного арифметического был рассчитан общий индекс доступности среды для инвалидов. Его значения в течение всего периода наблюдения не превышали планку 2,7 балла, что соответствует средней доступности объектов и услуг. Наилучшая ситуация регистрировалась в 2018 году (2,761 балла), самая худшая – в 2013 году (2,379 балла). Но колебания значений индекса за весь период в целом были незначительными (таблица 2.10).

Таблица 2.10. — Значения субиндексов доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности и индекса доступности среды в 2013 – 2020 гг.

Сфера	2013	2014	2015	2016	2018	2020	2020 к 2013, %
Транспорт	2,265	2,174	2,351	2,418	2,677	2,761	22
Информация и связь	2,738	3,026	3,131	3,068	3,269	3,142	15
Жилой фонд	2,094	2,086	2,603	2,232	1,900	2,390	14
Здравоохранение	2,553	2,629	2,598	2,534	2,931	2,476	-3
Социальная защита	2,891	3,092	2,952	2,814	3,237	2,914	1
Спорт и физкультура	1,709	2,162	2,273	2,121	2,579	2,555	50
Культура	2,113	2,227	2,48	2,433	2,854	2,726	29
Образование	2,121	2,351	2,545	2,464	2,633	2,595	22
Индекс доступности среды	2,379	2,497	2,652	2,551	2,761	2,727	15

Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню доступности, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Источник: данные социологических опросов инвалидов Вологодской области 2013–2020 гг.; индекс рассчитан автором.

Данные *таблицы 2.10* показывают, что развитие ситуации в отдельных сферах происходило по разным сценариям. В шести из восьми сфер доступность повысилась, тогда как здравоохранение, согласно оценкам респондентов, стало несколько менее доступным. В 2013 году все сферы характеризовались средним уровнем доступности. Исключение составляла сфера «спорт и физкультура», доступность которой была низкой. К 2020 году уровень доступности большинства сфер остался средним, изменился он только в двух сферах – спорта и физкультуры, информации и связи. Сфера «информация и связь» стала отличаться высоким уровнем доступности объектов и услуг с 2014 года. Для сферы «спорт и физкультура» был отмечен наиболее значительный прирост субиндекса доступности – на 50 п. п. за рассматриваемый период. Благодаря этому уровень её доступности поднялся от низкого до среднего. При этом значение субиндекса в начале периода наблюдения было наиболее низким среди всех восьми приоритетных сфер жизнедеятельности.

Следующим компонентом, отражающим социальное благополучие инвалидов, выступает их включённость в социальные взаимодействия. Данный параметр оценивался путём расчёта *индекса социальной включённости*. Учитывались высказанные инвалидами оценки готовности общества к интеграции, возможности свободного общения с окружающими, ведения независимой жизни при наличии инвалидности. По каждому из этих трёх вопросов был рассчитан свой

субиндекс. На втором этапе был вычислен по формуле среднего арифметического индекс социальной включённости. На протяжении всего периода наблюдения (2013 – 2020 гг.) его значения оставались невысокими, что говорит о преобладании негативных оценок инвалидами перспектив интеграции, возможности свободного общения с окружающими людьми, а также ведения независимой жизни. Наихудшая ситуация наблюдалась в 2014 г.: значение индекса социальной включённости составляло 1,989, что свидетельствует о высокой степени социального исключения инвалидов. К 2020 г. ситуация улучшилась в основном благодаря повышению оценки перспектив интеграции (таблица 2.11).

Таблица 2.11. — Значения индекса социальной включённости и его субиндексов

Показатель	Субиндекс 1	Субиндекс 2	Субиндекс 3	Индекс
2013	2,103	2,539	2,358	2,333
2014	1,841	2,159	1,967	1,989
2015	2,008	2,437	2,254	2,233
2016	1,929	2,525	2,143	2,199
2018	2,197	2,646	2,352	2,510
2020	2,362	2,651	2,517	2,510

Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню включённости, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Обозначения: субиндекс 1 рассчитан на основе распределение ответов респондентов на вопрос «Готово ли общество к интеграции инвалидов?», субиндекс 2 – «В какой мере инвалиды могут свободно общаться с окружающими?», субиндекс 3 – «В какой мере инвалиды могут вести полноценную жизнь, с учётом ограничений жизнедеятельности?»

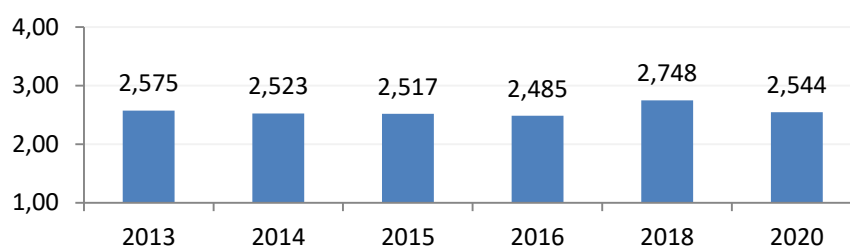
Источник: данные социологических опросов инвалидов Вологодской области 2013–2020 гг.; субиндексы и индекс рассчитаны автором.

Уровень образования выступает значимым компонентом социального благополучия. Наличие профессионального образования даёт людям более широкий спектр вариантов трудоустройства, позволяет претендовать на более высокую оплату труда. Значимость образования для инвалидов сложно переоценить. Оно способствует преодолению риска социального исключения, поскольку позволяет расширить социальные связи. Освоение востребованной профессии обеспечивает хорошие стартовые условия при вхождении на рынок труда. В то же время, согласно данным социологических опросов, проведённых в Вологодской области, среди инвалидов присутствует небольшая прослойка тех, кто имеет высшее профессиональное образование. Большинство респондентов указывали, что имеют среднее или среднее специальное образование (таблица 2.12).

Таблица 2.12. — Распределение инвалидов по уровню образования, в % от числа респондентов

Уровень образования	2013	2014	2015	2016	2018	2020
Нет образования или не указано	3,7	13,4	5,1	4,5	2,2	7,0
Среднее (полное или неполное)	47	34,4	49,6	53	35,2	42,1
Среднее специальное или незаконченное высшее	37,3	36,6	33,8	31,8	48,2	40,3
Высшее профессиональное	11,9	14,2	11,5	10,6	14,4	10,5

Индекс образованности инвалидов в период 2013–2020 гг. оставался в пределах среднего уровня, что соответствует преобладанию в числе респондентов лиц, имеющих среднее профессиональное и среднее образование (рисунок 2.21).



Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню образования, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.21. — Значения индекса образованности, баллов

Полученные результаты можно интерпретировать по-разному. С одной стороны, преобладание среди инвалидов лиц со средним образованием говорит о доступности учреждений данной ступени образования для людей с разными нарушениями здоровья. С другой стороны, среди инвалидов заметно ниже доля лиц с высшим образованием, чем среди населения Вологодской области в целом (24,5% среди лиц, входящих в состав рабочей силы региона, по состоянию на 2016 год) [186]. И это свидетельствует, что учреждения данной ступени образовательной системы были не адаптированы для людей с инвалидностью. В то же время, индекс образованности специфичен тем, что отражает тот уровень образования, который достигнут респондентами в молодости, тогда как возрастная структура выборки такова, что в ней преобладали респонденты старших и средних возрастов. Следовательно, значения индекса отражают, в некоторой степени, ретроспективу состояния доступности системы образования для инвалидов.

Наличие помимо пенсионных выплат дополнительного источника дохода делает материальное положение инвалидов более устойчивым, что благоприятно отражается и на их социальном благополучии. Наличие основной работы или

официальной подработки в этой связи представляется наиболее предпочтительным вариантом дополнительного заработка, поскольку обеспечивает людям стабильный доход и позволяет поддерживать социальные связи. Менее надёжны такие способы заработка, как продажа изделий ручного труда, неофициальные подработки, так как они не гарантируют регулярного поступления денежных средств. Ведение собственного бизнеса, как и занятость на основной работе, рассматривалось нами в качестве фактора, способствующего росту социального благополучия людей с инвалидностью. Собственный бизнес как источник трудового дохода встречался менее чем у 1% респондентов, принимавших участие в социологических опросах инвалидов в 2014 и 2016 г.; большинство респондентов не работали (таблица 2.13).

Значения индекса участия инвалидов в трудовой деятельности, рассчитанного на основе распределения их ответов об источниках дохода, в рассматриваемый период варьировались незначительно, оставаясь в пределах низкого уровня (таблица 2.13). Этот результат свидетельствует о преобладании среди инвалидов лиц, не имеющих источников трудового дохода. Можно предположить, что низкая занятость инвалидов в определённой мере связана с не востребуемостью полученного ими образования.

Таблица 2.13. — Величина индекса участия в трудовой деятельности (баллов) и распределение ответов респондентов на вопрос об источниках их дохода в 2013–2020 гг. (в % от числа опрошенных)

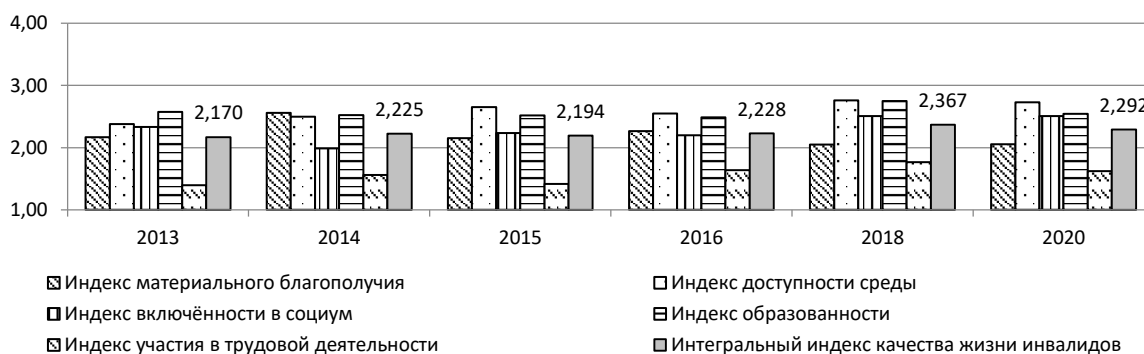
Источники дохода	2013	2014	2015	2016	2018	2020
Работа (основная) по договору	10,4	16,4	12,9	19,7	22,3	18,4
Подработка (совместительство) по контракту	0,7	0,7	0,7	0,0	0,7	0,0
Подработка без официального оформления	5,2	2,2	1,4	2,3	8,6	3,5
Продажа изделий, выполненных собственными руками	1,5	0,7	0,0	0,0	0	3,5
Собственный бизнес (зарегистрированный)	0,0	0,7	0,0	0,8	0	0,0
Нет ни одного источника трудовых доходов	82,1	79,0	85,0	77,0	69,1	74,6
Индекс участия в трудовой деятельности	1,396	1,560	1,417	1,638	1,764	1,623

Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню участия в трудовой деятельности, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Источник: данные социологических опросов инвалидов Вологодской области 2013–2020 гг.; индекс рассчитан автором.

Величина интегрального индекса социального благополучия инвалидов в течение всего периода наблюдения оставалась на среднем уровне. К 2020 году

прирост показателя по сравнению с 2013 годом составил только 6%. Относительно уровня 2018 года в 2020 году произошло небольшое падение его значения, что могло быть обусловлено влиянием пандемии коронавирусной инфекции и введёнными в регионе ограничениями, которые негативно отразились и на качестве жизни инвалидов (рисунок 2.22).



Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню социального благополучия, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.22. — Интегральный индекс социального благополучия инвалидов и его составляющие, баллов

Инвалиды оказались в числе тех, кто остро ощутил последствия пандемии коронавирусной инфекции. Для большинства инвалидов негативный характер имели последствия введения карантинных мер, вызванных пандемией. Особенно сильно эти изменения затронули психоэмоциональную сферу и межличностное общение. Так, 49% опрошенных указали, что в период действия карантинных мероприятий сократилась возможность их общения с друзьями и близкими, 43% отметили, что появилось постоянное беспокойство за своё здоровье и здоровье близких, 38% сказали об ухудшении настроения, появлении неуверенности в своём будущем. На снижение доходов из-за пандемии указали только 17% опрошенных (таблица 2.14). При этом для российского населения в целом одним из ключевых последствий пандемии стали денежные трудности [46].

Таблица 2.14. — Распределение ответов респондентов на вопрос: «Весной текущего года в регионе были введены карантинные мероприятия в связи с угрозой распространения коронавирусной инфекции. Повлияла ли ситуация с коронавирусом (COVID-19) на Вашу жизнь?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Инвалиды по зрению	Инвалиды по слуху	Инвалиды, требующие помощи при передвижении	Инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода	Среднее по опросу
Да, повлияла:	100,0	100,0	67,6	83,9	86,0
сократилась возможность общения с друзьями и близкими	52,6	73,3	35,3	38,7	49,1
стали реже выходить из дома	42,1	66,7	35,3	41,9	46,5
появилось постоянное беспокойство за своё здоровье и здоровье близких	63,2	60,0	32,4	25,8	43,0
ухудшилось настроение, появилась неуверенность в будущем	36,8	46,7	35,3	32,3	37,7
ухудшилось материальное положение	10,5	26,7	17,6	9,7	16,7
улучшились навыки использования компьютерных программ и сети Интернет	5,3	3,3	11,8	3,2	6,1
перешли на дистанционную работу	0,0	0,0	8,8	0,0	2,6
проходили дистанционное обучение	0,0	0,0	0,0	9,7	2,6
повысился доход	0,0	0,0	0,0	3,2	0,9
потеряли работу	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
другое	0,0	0,0	0,0	6,5	1,8
Нет, не повлияла	0,0	0,0	32,4	16,1	14,0

Источник: данные социологического опроса инвалидов, проведённого в Вологодской области в ноябре-декабре 2020 г., объём выборки 114 респондентов в возрасте от 18 лет и старше.

Одним из следствий пандемии в 2020 году стало снижение доступности плановой и профилактической медицинской помощи. Российские исследователи называют эти негативные процессы в числе факторов, которые при длительном

воздействии способны привести к повышению уровня смертности и заболеваемости среди населения [66].

Оценки доступности услуг здравоохранения, высказанные инвалидами в 2020 году, были ниже по сравнению с оценками, полученными в 2018 году (таблица 2.15).

Таблица 2.15. — Оценка инвалидами доступности здравоохранения (в % от числа опрошенных)

Ответ на вопрос: «Оцените, пожалуйста, насколько доступны для инвалидов основные объекты и услуги в сфере здравоохранения»	2018 год	2020 год	2020 г. к 2018 г., раз
«Доступны» и «скорее доступны»	67,6	43,0	0,64
«Недоступны» и «скорее недоступны»	26,6	47,4	1,78

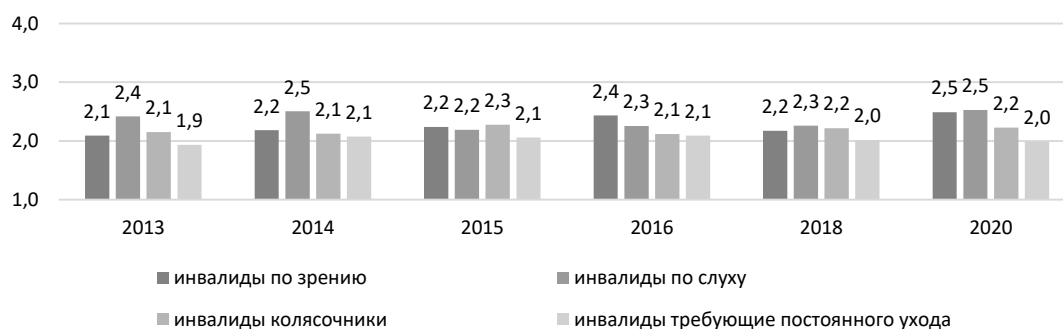
Источник: данные социологических опросов инвалидов, проведённых в Вологодской области в 2018 и 2020 гг.; объём выборки: в 2020 г. – 114 человек, в 2018 г. – 139 человек в возрасте от 18 лет и старше.

В 2020 году 27% респондентов именно пандемию назвали главной причиной проблем при получении медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения. Среди этих проблем упоминались: отмена планового лечения в стационаре, отказы врачей в выезде на дом к маломобильным пациентам, отмена плановых операций, физиотерапии, отсутствие нужных рецептурных лекарств, необходимость постоянной сдачи анализа на коронавирус перед химиотерапией, невозможность попасть на приём к специалистам в поликлинике, в том числе, из-за отмены приёма узких специалистов, дефицита медицинских кадров, отсутствия безбарьерной среды. Последние две проблемы можно назвать системными для регионального здравоохранения, поскольку на них респонденты указывали и ранее.

Доля опрошенных, которые напрямую столкнулись с коронавирусной инфекцией, была невысокой: только 3% переболели сами, у 6% переболели близкие. Эти респонденты отмечали проблемы с госпитализацией во время заболевания: в одном случае скорая помощь не приезжала к пациенту с высокой температурой в течение недели, но его консультировали дистанционно, в другом – пациента направили в моногоспиталь только после третьего обращения с теми же симптомами. Также переболевшие коронавирусной инфекцией указывали, что приходилось очень долго ждать приезда медиков на дом. Специфической проблемой для пациентов, использующих для передвижения кресло-коляску, стало то, что для них не адаптирована флюорография. Слабослышащим приходилось

посещать врача в присутствии родственников, поскольку маска препятствовала привычному для них чтению речи по губам, а жестовым языком врачи не владели.

Расчёты интегрального индекса социального благополучия и его компонент также были проведены для групп инвалидов, имеющих разные типы ограничений жизнедеятельности, чтобы уточнить их положение в региональном сообществе. Установлено, что в течение рассматриваемого периода, за исключением 2015 и 2016 года, наивысшие значения интегрального индекса наблюдались в группе инвалидов по слуху. В 2016 году лидирующее значение показателя наблюдалось в группе инвалидов по зрению, а в 2015 году — среди инвалидов, использующих для передвижения кресло-коляску. В то же время, дифференциация интегрального индекса по группам инвалидов была невысокой. Практически все полученные значения укладываются в диапазон, соответствующий среднему уровню социального благополучия. На его нижней границе располагаются значения, полученные для инвалидов, которые требуют постоянного постороннего ухода. В 2013 году значение интегрального индекса указывало на низкий уровень социального благополучия данной категории респондентов (рисунок 2.23).



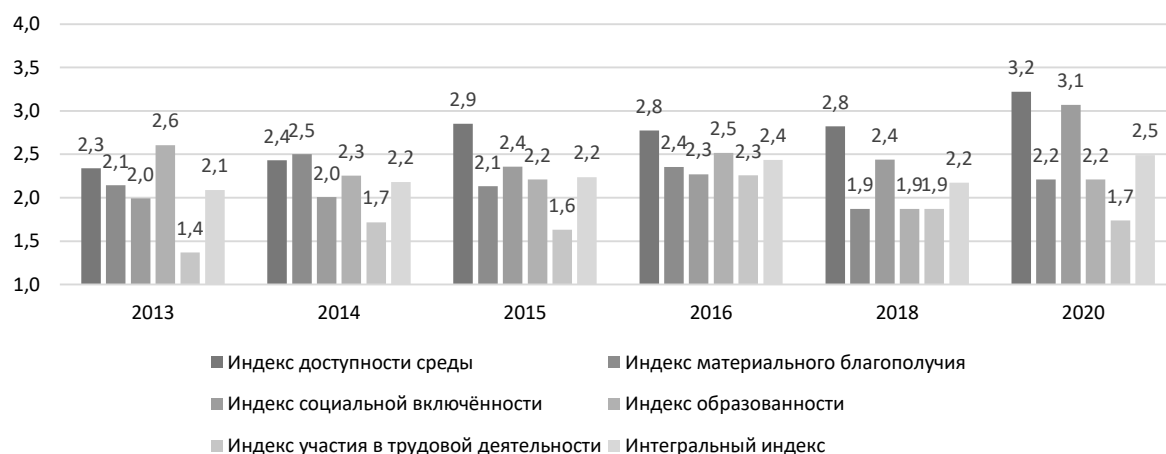
Примечание. Индекс может принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню социального благополучия, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.23. — Интегральный индекс социального благополучия в разрезе категорий инвалидов по типу ведущего ограничения жизнедеятельности, баллов

Несмотря на то, что итоговые значения интегрального индекса в рассматриваемых категориях инвалидов фактически уравнивают их социальное благополучие, полученная картина складывается за счёт различного сочетания величин субиндексов. В разрезе категорий инвалидов, выделенных по типу ведущего ограничения жизнедеятельности, на основе расчёта критерия Краскала-Уоллиса выявлена статистически значимая дифференциация значений

интегрального индекса социального благополучия и трёх его частных индексов: участия в трудовой деятельности, образованности и доступности среды (итоги расчёта приведены в *приложении 4*). Рассмотрим обнаруженную дифференциацию несколько подробнее.

Для категории инвалидов по зрению наблюдается неравномерная динамика отдельных индексов. Лидирующие (по величине индексной оценки) компоненты социального благополучия в разные годы менялись. Если в 2013 году наибольшее значение отмечалось для индекса образованности, тогда как в 2014 — для индекса материального благополучия. В последующие годы лидирующим по величине становится индекс доступности среды, в 2020 году с ним практически сравнивается индекс социальной включённости. Наблюдаемая динамика свидетельствует, что в целом за период наблюдения инвалиды по зрению стали выше оценивать доступность среды и социальную включённость. Несколько выше стало также значение индекса участия в трудовой деятельности и материального благополучия (рисунок 2.24).

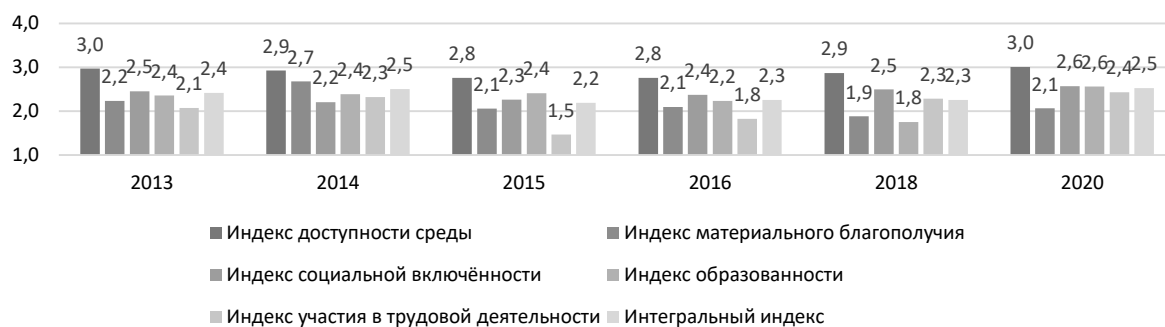


Примечание. Индексы могут принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.24. — Интегральный индекс социального благополучия и его компоненты в категории инвалидов по зрению, баллов

В группе инвалидов с нарушениями слуха наиболее высокими значениями в течение всего периода наблюдения отличался индекс доступности среды. По всей видимости, это обусловлено спецификой имеющихся у них нарушений здоровья, которые при взаимодействии со средой приводят к менее выраженным ограничениям жизнедеятельности, в сравнении с другими категориями

опрошенных. С действием данного фактора может быть связано и то, что инвалиды по слуху в отдельные годы наблюдения имели более высокие значения индекса участия в трудовой деятельности по сравнению с другими категориями респондентов (рисунок 2.25).

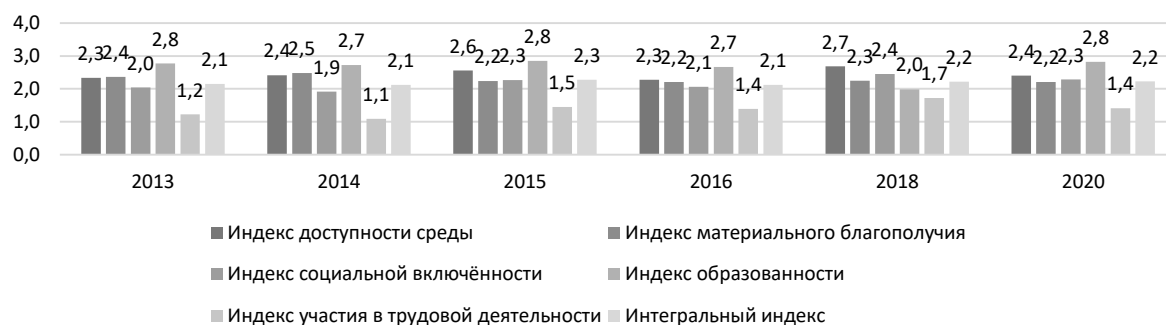


Примечание. Индексы могут принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.25. — Интегральный индекс социального благополучия и его компоненты в категории инвалидов по слуху, баллов

Распределение и динамика значений субиндексов, рассчитанных для инвалидов, использующих для передвижения кресло-коляску, указывает на то, что данная категория респондентов почти во все годы наблюдения, кроме 2018 г., характеризовалась относительно высоким индексом образованности по сравнению с другими. Несмотря на это явное преимущество вовлечённость инвалидов-колясочников в трудовую деятельность ниже, чем инвалидов по слуху и инвалидов по зрению (рисунок 2.26). Причинами сложившейся ситуации могут быть сложности, связанные с относительно низкой доступностью среды. Также наблюдаемое несоответствие отчасти может быть обусловлено отсутствием в регионе специализированных предприятий, создающих оборудованные для колясочников рабочие места. Подобные предприятия в советский период создавались при обществах инвалидов. Например, в г. Вологде продолжает работать производственное объединение «Экран», которое было создано при региональной общественной организации инвалидов по зрению. Рабочие места на этом предприятии преимущественно предоставляются людям с инвалидностью по зрению [167]. Что касается большей вовлечённости в трудовую деятельность инвалидов по слуху (относительно инвалидов-колясочников), то это может быть связано с тем, что среди этой группы опрошенных преобладали лица с третьей

группой инвалидности, которые, как правило, не нуждаются в создании специальных условий труда, что существенно повышает их шансы на трудоустройство.



Примечание. Индексы могут принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.26. — Интегральный индекс социального благополучия и его компоненты в категории инвалидов колясочников, баллов

Среди инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода, ожидаемо низкими оказались значения индекса участия в трудовой деятельности, что обусловлено спецификой контингента данной группы респондентов, в котором преобладали лица с первой группой инвалидности. Ниже среднего уровня в этой категории были и значения индекса социальной включённости, что указывает на ограниченный круг общения и слабую вовлечённость в социальные взаимодействия (рисунок 2.27).



Примечание. Индексы могут принимать значения от 1 до 4, диапазон от 1 до 2 баллов соответствует низкому уровню, от 2 до 3 – среднему, от 3 до 4 – высокому.

Рисунок 2.27. — Интегральный индекс социального благополучия и его компоненты в категории инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода, баллов

Проведённые расчёты интегрального индекса социального благополучия и его компонент демонстрируют, что инвалиды на территории Вологодской области сталкиваются с трудностями и в плане взаимодействия с окружающими, и в повседневной жизни, при решении бытовых проблем. Значимым фактором

снижения социального благополучия выступает комплекс проблем, связанных с не востребованностью трудового потенциала инвалидов на региональном рынке труда. Это, в свою очередь, можно объяснить неконкурентоспособностью данной категории, как в силу невысокого уровня образования большинства её представителей, так и вследствие недостаточной мотивации к повышению квалификации, трудовой деятельности.

В целом полученный результат – свидетельство невыгодного социально-экономического положения инвалидов. Ключевой проблемой при этом является их слабая вовлеченность в социальные взаимодействия. Данный тезис нашёл подтверждение в крупном исследовании явления социальной эксклюзии, проведённом в 2012 году на данных по 81 региону Российской Федерации. Авторам удалось показать высокую уязвимость инвалидов (наряду с пожилыми людьми). Величина показателя риска социальной эксклюзии⁴, рассчитанного ими, составила 110 п. для тех, кто нуждался в надомном уходе, и 57 п. – для тех, кто проживал в стационарах системы соцзащиты [41].

Преобладание пессимистических оценок готовности общества к интеграции, а также возможности ведения самостоятельной жизни с учётом имеющихся ограничений жизнедеятельности среди инвалидов создаёт негативный фон для интеграционного процесса.

По данным социологических опросов населения Вологодской области в 2013 – 2015 гг. установлено, что большинство респондентов разделяют мнение о наличии у инвалидов ряда черт характера, качеств, выраженных сильнее, чем у других людей (в 2015 г. такое мнение разделяли 67% респондентов). При этом инвалидам чаще всего приписывали позитивные качества: волю, силу духа, характера (42%), любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость (42%), доброту, чуткость, сострадание (31%). Однако встречались и негативные характеристики: беспомощность, слабость, уязвимость (20%), раздражительность, нервозность

⁴ Показатель риска социальной эксклюзии соответствует ожидаемой численности социально эксклюзированных в расчёте на 10000 населения.

(17%), угрюмость, замкнутость (14%), зависть к здоровым людям, обида на жизнь (14%) [130].

В результате анализа социологических данных нами были выделены два противоречия между отношением населения к инвалидам и практикой повседневного общения с ними. Первое заключается в том, что значительная часть опрошенных стали бы препятствовать вступлению в брак с инвалидом своего близкого человека (в 2013 г. – 27%; в 2014 г. – 29%; в 2015 г. – 18%), несмотря на своё общее доброжелательное отношение к инвалидам (65% в 2015 г.). Ещё для 35% респондентов (в 2015 г.) ответ на соответствующий вопрос вызвал серьёзное затруднение [130]. Вероятно, это распределение обусловлено тем, что респондентам сложно предсказать своё поведение в конкретной ситуации, поскольку в вопросе не уточняется, о каком именно типе ограничений здоровья идёт речь. К одним типам ограничений здоровья люди могут относиться более толерантно, чем к другим, поэтому им тяжело дать точный ответ. Для определённой части опрошенных возможно сочетание противоречивых позиций в силу того, что они действительно положительно настроены в отношении инвалидов в целом, но психологически не готовы к постоянному присутствию человека с инвалидностью в своём ближайшем окружении. Стремление респондентов уберечь близких от проблем, связанных с присутствием в семье инвалида, также может определять их негативное отношение к браку близкого человека с инвалидом. Второе противоречие характеризует соотношение мнений большинства населения и большинства инвалидов относительно возможности свободного общения. Среди населения большинство приписывает инвалидам положительные качества личности и позитивно оценивает свою готовность к общению с ними, тогда как среди инвалидов большинство указывает на случаи негативного отношения к ним (отмечали 74% инвалидов в 2015 г.), полагает, что нормальное общение с окружающими чаще невозможно (52%), а общество скорее не готово к интеграции (60%) и равнодушно относится к их проблемам (61%) [130]. Такое расхождение мнений населения и инвалидов выявляет несоответствие между социально одобряемыми ценностями и установками, усвоенными людьми, и их реальными

поведенческими практиками в общении с инвалидами. Вероятно, и сами респонденты осознают это несоответствие, что отражается в их низкой оценке по поводу готовности общества к интеграции инвалидов: среди населения в целом половина опрошенных заявили, что общество «скорее не готово» к ней.

Наиболее распространённые проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды в повседневной жизни, варьируются в зависимости от вида ограничения жизнедеятельности [137]. В 2016 году такие сложности, как недоступность услуг социальной инфраструктуры («услуги МФЦ, услуги налоговой инспекции», «учреждения культуры недоступны совсем»; «аптеки недоступны» – 16%), проблемы занятости, трудоустройства (13%) чаще всего отмечали инвалиды по зрению. Инвалиды по слуху испытывали наибольшие трудности из-за низкого качества технических средств реабилитации (15%) и проблем при трудоустройстве (9%). В число наиболее важных проблем, названных инвалидами, имеющими трудности при передвижении, вошли недоступность транспорта (17%), услуг социальной инфраструктуры (14%), отсутствие возможности самостоятельно выйти из дома (14%). Среди инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода, 87% не ответили на соответствующий вопрос. Остальные указывали на такие проблемы, как трудности при оформлении ЕДК на капитальный ремонт, отсутствие возможности самостоятельно выйти из дома, платность всех услуг социальных работников, их неготовность ухаживать за тяжелобольными людьми, отсутствие льготы на оплату телефона (таблица 2.16).

Таблица 2.16. — Распределение ответов инвалидов на вопрос «Перечислите, пожалуйста, три наиболее запомнившиеся проблемы в повышении доступности среды для инвалидов за последний год», 2016 год (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Среднее по опросу	Группа инвалидности				Основной вид ограничения жизнедеятельности			
		I	II	III	ребёнок-инвалид	1	2	3	4
Нет ответа	76,5	73,9	83	70,3	100	77,4	73,5	69,4	87,1
Недоступность услуг социальной инфраструктуры («услуги МФЦ, услуги налоговой инспекции», «учреждения культуры недоступны совсем»; «аптеки недоступны»)	7,6	10,9	6,4	5,4	0	16,1	0	13,9	0
Недоступность транспорта	6,8	15,2	0	5,4	0	9,7	0	16,7	0
Занятость, трудоустройство	6,8	8,7	4,3	8,1	0	12,9	8,8	5,6	0
Не выйти самостоятельно из дома	4,5	10,9	2,1	0	0	0	0	13,9	3,2
Технические средства очень низкого качества	3,8	0	0	13,5	0	0	14,7	0	0
Неудобная система оповещения на вокзале	0,8	0	0	2,7	0	0	2,9	0	0
Нет сурдопереводчиков	0,8	0	0	2,7	0	0	2,9	0	0
Проблемы с трудоустройством	0,8	0	0	2,7	0	0	2,9	0	0
Оформление ЕДК на капитальный ремонт	0,8	0	2,1	0	0	0	0	0	3,2
Плата за телефон – 100%	0,8	0	2,1	0	0	0	0	0	3,2
Все услуги социальных работников платные, за тяжёлыми никто не хочет ухаживать.	0,8	2,2	0	0	0	0	0	0	3,2
Лифты не работают	0,8	0	2,1	0	0	0	0	2,8	0
Негде пройти курс лечения для колясочника	0,8	2,2	0	0	0	0	0	2,8	0
Отсутствие социального такси	0,8	2,2	0	0	0	0	0	2,8	0
Мелкий шрифт («Мелко написаны номера автобусов, срок годности в магазине»)	0,8	0	2,1	0	0	3,2	0	0	0
Недоступен банкомат	0,8	0	2,1	0	0	3,2	0	0	0

Обозначения: 1 – инвалиды по зрению; 2 – инвалиды по слуху; 3 – инвалиды, испытывающие трудности при передвижении; 4 – инвалиды, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе.

Источник: данные социологического опроса инвалидов Вологодской области 2016 г.

Создание доступной среды, как показывают представленные данные, может существенно улучшить жизнь трёх из четырёх рассмотренных категорий инвалидов. Мероприятия, которые могут разрешить значимые для инвалидов по слуху проблемы, предусмотрены в рамках других направлений государственной социальной политики – содействия занятости, обеспечения техническими

средствами реабилитации. Отдельные проблемы, отмеченные инвалидами, могут быть решены при условии повышения качества услуг, предоставляемых им в центрах социального обслуживания населения. Например, одной из причин дефицита услуг сурдоперевода может служить нехватка квалифицированных специалистов. Восполнив её, можно решить проблему, значимую для слабослышащих людей.

На основании рассмотренных фактов можно говорить о наличии в регионе признаков социальной эксклюзии инвалидов: внешних инструментальных, средовых и ментальных барьеров их социального участия. При этом инструментальными барьерами мы называем несовершенство работы системы здравоохранения, образования и социальной защиты населения, механизма содействия трудоустройству инвалидов.

Далее, опираясь на данные социологического опроса 2020 года, на примере Вологодской области рассмотрим положение инвалидов в региональном сообществе.

Инвалиды в целом скептически воспринимают отношение общества к их проблемам. Среди них преобладает мнение (49%), что создаётся лишь иллюзия работы в интересах людей с инвалидностью. На сложности в общении с окружающими указывали 39% инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, 44% инвалидов, испытывающих сложности при передвижении, 16% инвалидов по зрению, 50% инвалидов по слуху (рисунок 2.28).



Рисунок 2.28. — Распределение ответов респондентов на вопрос «Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут свободно общаться с окружающими?» (в % от числа опрошенных соответствующей группы)

Распределение ответов на вопрос о возможности независимой жизни при наличии ограничений по здоровью в определённой мере отражает мировоззрение респондентов. Преобладающей является точка зрения о невозможности такой жизни для инвалидов – её разделяют 47% респондентов. Вид ограничений жизнедеятельности накладывает свой отпечаток на формирование мнений: наименее оптимистично высказывались инвалиды, испытывающие сложности при передвижении, и инвалиды, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе (рисунок 2.29).

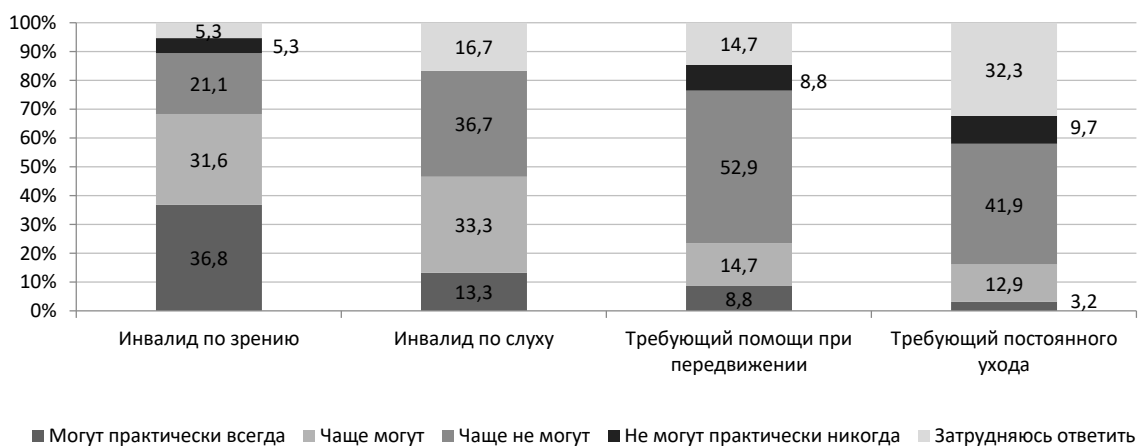


Рисунок 2.29. — Распределение ответов респондентов на вопрос «Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут вести полноценную жизнь, с учётом ограничений по здоровью?» (в % от числа опрошенных соответствующей группы)

Высокая степень зависимости инвалидов от социального обслуживания создаёт предпосылки закрепления их зависимого положения в обществе. По данным соцопроса, 57% инвалидов в 2020 году указали на ключевую роль социальной помощи в их жизни; 27% отметили, что им было бы трудно обойтись без такой помощи. Распределение ответов респондентов с разными видами ограничений жизнедеятельности имеет отличия. Инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода или помощи в передвижении, демонстрируют наиболее выраженную потребность в социальной помощи. Тогда как среди инвалидов по зрению наблюдается наибольшая доля тех, кто не считает роль социальной помощи в своей жизни значимой (11%; рисунок 2.30).

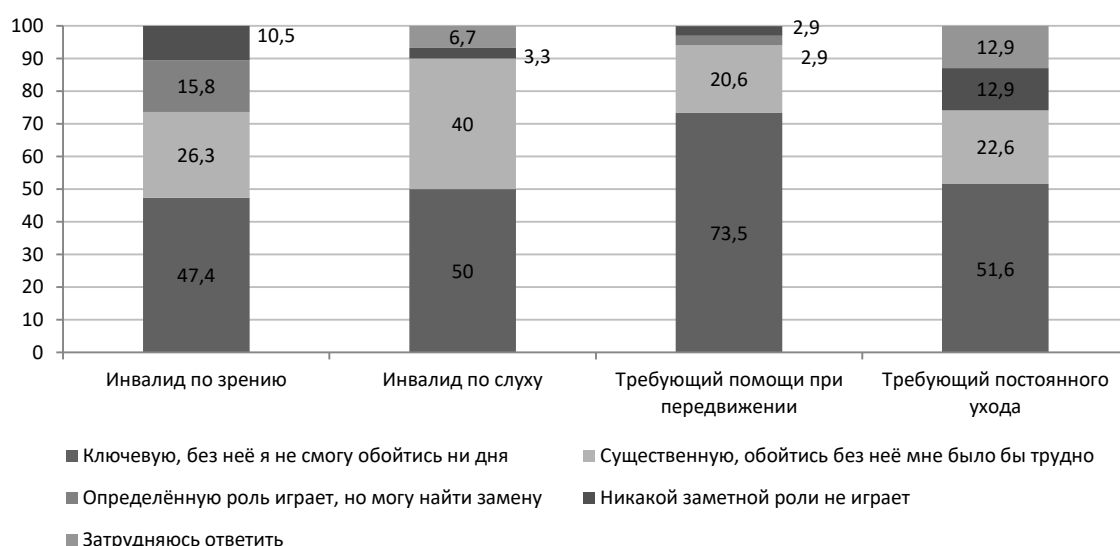


Рисунок 2.30. — Распределение ответов на вопрос «Какую роль в Вашей жизни играет социальная помощь – финансовая, материальная, обслуживание?» (в % от числа опрошенных соответствующей группы)

Проведённый нами анализ результатов социологических опросов инвалидов позволяет говорить о том, что среди них распространены негативные оценки возможности равного участия в жизни общества. Подобная ситуация усложняет преодоление социальной эксклюзии инвалидов и формирование у них активной жизненной позиции.

Ориентируясь на распределение мнений людей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в Вологодской области, можно утверждать, что в регионе наиболее выраженными барьерами для равного участия в жизни общества являются отношенческие барьеры. Их устранение требует

согласованных действий общества, власти и самих инвалидов. Данная задача может быть решена, учитывая, что в регионе есть опыт успешной реализации социальных проектов в сфере гражданского участия в управлении развитием локальных территорий и в сфере социальной поддержки уязвимых групп. Одним из перспективных направлений партнёрства государства и общества может стать создание площадок для общения и совместной деятельности (деловой, культурно-досуговой, спортивной, общественной) людей с ограниченными возможностями здоровья и остальных граждан.

Приведённые факты подтверждают необходимость разработки и внедрения новых технологий социального проектирования, направленных на устранение существующих в обществе негативных стереотипов в отношении инвалидов и иных барьеров их интеграции, при разработке и реализации проектов социальной поддержки. Возможными направлениями работы здесь выступают: создание специализированных рабочих мест для инвалидов на предприятиях региона; поддержка деятельности общественных организаций в сфере образовательной и профессиональной подготовки; поддержка социально-ориентированного предпринимательства в интересах инвалидов; инициирование и поддержка научно-технических работ в сфере создания элементов универсального дизайна, приспособлений для инвалидов, имеющих сенсорные и иные ограничения здоровья; развитие сети предприятий, предоставляющих реабилитационные, терапевтические и социально-бытовые услуги инвалидам и членам их семей.

В целом рецепт современной успешной социальной политики в качестве обязательного компонента содержит действия на локальном уровне. Зарубежные исследователи в этой связи указывают на формирование нового подхода к управлению – через администрирование локальных сообществ [233]. Помимо этого, на уровне государства и общества в целом должно существовать соглашение о единстве их интересов в области достижения благополучия каждого человека, что предполагает обновление существующих подходов к государственному управлению и механизмов принятия социально-значимых политических решений [152].

Таким образом, выполненный анализ статистических данных, а также результатов репрезентативных социологических исследований продемонстрировал высокую актуальность проблем трудоустройства, образования и социальной поддержки инвалидов в России. Доля инвалидов в общей численности населения страны и большинства её субъектов в период с 2000 по 2020 г. оставалась высокой. При этом эксперты прогнозируют рост распространённости инвалидизирующих патологий в условиях старения населения. На этом фоне зафиксировано стабильно низкое социальное благополучие инвалидов. В экономическом плане это означает, что сохранение прежней системы поддержки инвалидов в перспективе окажется неэффективным инструментом обеспечения их социального благополучия, поскольку при росте прямых государственных затрат будет сопровождаться потерями, связанными с неполной реализацией трудового потенциала инвалидов, а также с отсутствием механизмов адресного предоставления мер поддержки инвалидам в соответствии с их индивидуальными потребностями. Социальное исключение инвалидов выступает значимым фактором снижения их социального благополучия. Данные социологических опросов, проведённых в Вологодской области, и полученные значения индекса социальной включённости указывают на сохранение дистанции между инвалидами и обществом. На основании этих фактов можно утверждать, что для повышения социального благополучия инвалидов и населения в целом необходимо совершенствовать меры социальной политики в области интеграции с учётом накопленного положительного опыта развитых стран и отдельных регионов России.

Глава 3 . ИНСТРУМЕНТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПОТЕНЦИАЛА СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ИНВАЛИДОВ

3.1. Дифференциация социальной политики в отношении отдельных категорий инвалидов для создания условий их независимой жизни

Преобладающая в обществе модель инвалидности определяет контуры социальной политики, проводимой в отношении данной категории населения. Качество жизни инвалидов определяется возможностями свободного участия в жизни общества, развития и реализации имеющегося человеческого потенциала, уровнем дохода. Для социального благополучия людей с инвалидностью большое значение имеют доступность и качество медицинской помощи, образования, комфорт среды жизнедеятельности. Инвалиды – достаточно разнородная категория, куда входят лица с разными типами нарушений здоровья, степенью ограничений способности трудиться, уровнем образования и квалификации. Специфика нарушений здоровья влияет на потребность в реабилитационных мероприятиях, готовность участвовать в трудовой деятельности. Дифференцирующими признаками в отношении инвалидов, значимыми для социальной политики, также выступают уровень экономической активности, способ проживания (самостоятельно или в домах-интернатах, стационарах и т.д.). Обсуждаемая категория имеет собственную половозрастную структуру, что также необходимо учитывать при разработке и реализации политики, направленной на обеспечение их прав и интересов. Выделение целевых групп в составе категории «инвалиды» помогает точнее определить круг лиц, нуждающихся в тех или иных формах социальной поддержки государства. Это позволяет не только повысить эффективность реализуемых программ реабилитации, но и добиться наилучших результатов в решении задачи создания общества равных возможностей.

Подписание Конвенции ООН «О правах инвалидов» [190] дало импульс рассмотрению вопросов об эффективности распределения социальных услуг, ресурсов и капитала между получателями. Эксперты Организации пришли к

выводу, что общество само создаёт условия, при которых человеческий потенциал инвалидов не может быть реализован наиболее полно. Формирование общества равных возможностей предполагает, в первую очередь, создание доступной среды, устранение негативного отношения общества к людям с инвалидностью, обеспечение доступности и высокого качества образовательных, медицинских (в том числе, реабилитационных) услуг по месту жительства инвалидов, а также развитие технологий дистанционного получения государственных услуг. Государственное финансирование мероприятий по обеспечению качества жизни инвалидов рассматривается уже не как затраты, а как инвестиции в их человеческий капитал.

Новейшие изменения в политике государств в отношении инвалидов тесно связаны с последствиями пандемии коронавирусной инфекции, которая обострила проблемы с доступностью для инвалидов медицинской и социальной помощи. В силу того, что инвалиды имеют ряд специфических потребностей, они оказались особенно уязвимы перед риском заражения инфекцией и её более тяжёлым течением. Всемирная Организация Здравоохранения и ЮНИСЕФ разработали документ, содержащий рекомендации для стран в области обеспечения интересов людей с инвалидностью при проведении вакцинации от COVID-19 [150]. Ранее ВОЗ также были подготовлены подробные рекомендации о том, как поддерживать людей с инвалидностью в период пандемии, на какие моменты необходимо обратить внимание самим инвалидам и их близким, поставщикам медицинских и социальных услуг, государственным органам и обществу в целом [151].

В России развитие социальной политики в отношении инвалидов протекало неравномерно. Система социальной защиты до настоящего времени сохранила наследие советского прошлого. Ярким примером может служить выбор критерия, на основании которого определялись право на государственные социальные выплаты по инвалидности и их размер. Учитывалась степень ограничения трудоспособности, тогда как современный этап социального развития требует внимания в первую очередь к состоянию здоровья людей. А. В. Демьянова

предложила выделять пять периодов становления социальной политики в отношении инвалидов в России [34] (таблица 3.1).

Таблица 3.1. — Становление социальной политики в отношении инвалидов в России (по периодизации А. В. Демьяновой).

Период	Характеристика политики	Соответствующая концепция / и модель инвалидности	Социальные последствия
До 1990 г.	Регулирование положения инвалидов через применение медицинского подхода. Доминирование компенсирующих мер, поддерживающих жизнедеятельность индивида, над мерами, способствующими его вовлечению в трудовую и общественную жизнь.	Традиционная концепция / медицинская модель	Изоляция инвалидов в специализированных учреждениях для их компактного проживания и трудоустройства. Трудовой стаж – основной критерий пенсионного обеспечения.
1990–1995 гг.	Смещение акцента на оказание инвалидам содействия в интеграции.	Традиционная концепция / медико-социальная модель	Создание предпосылок интеграции.
1996–2001 гг.	Расширение определения инвалидности. Увеличение перечня льгот, предоставляемых в связи с инвалидностью.	(административная) модель	Начало процесса интеграции инвалидов и общества.
2002–2009 гг.	Реформирование пенсионной системы и монетизация льгот. Право на пенсию по инвалидности получали только лица, которым была установлена степень ограничения трудоспособности.	Традиционная концепция / экономическая модель	В число получателей пенсий по инвалидности не попали многие граждане, имеющие III группу инвалидности, но сохранившие трудоспособность. Снижение занятости инвалидов.
2010–2014 гг.	Формирование доступной для инвалидов среды. В 2010 г. произошёл возврат к назначению пенсий в зависимости от группы инвалидности. С 2010 г. инвалидам, достигшим пенсионного возраста и имеющим страховой стаж не менее 5 лет, назначалась пенсия по старости (без права выбора вида пенсии, ранее выбор имелся).	Социокультурная концепция / социальная модель	У инвалидов появилось больше стимулов для трудоустройства, так как трудовая деятельность не приводила к снижению пенсий и пособий. Изменение способствовало росту численности занятых инвалидов за счёт роста занятости инвалидов III группы.

Источник: составлено автором по [34].

Приведённая периодизация, опирающаяся на характеристики систем пенсионного и льготного обеспечения, позволяет проследить, что основная

тенденция развития социальной политики в отношении инвалидов в России определяется экономическими мотивами, а именно выполнением задачи по оптимизации объёма социальных расходов государства. Социальная модель инвалидности, утвердившаяся в социальной политике, предполагает отказ от такого подхода и указывает на необходимость более дифференцированного предоставления мер социальной поддержки с учётом состояния здоровья, возраста и экономической активности инвалидов.

Современный этап развития российской социальной политики в отношении инвалидов определяется принципами, изложенными в Конвенции ООН «О правах инвалидов» [190], которую Россия ратифицировала в 2012 году [209]. Её положения закрепляют принципы создания общества равных возможностей, где каждому гражданину вне зависимости от состояния его здоровья гарантированы реализация основных прав, достойный уровень жизни и социальное участие.

Основным правовым актом Российской Федерации, определяющим политику в отношении инвалидов (помимо Конституции), является Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [211]. В его тексте приводится такая трактовка термина «инвалид»: «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности рассматривается как «полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью». Социальная защита декларируется как «система гарантированных государством мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества» [211].

Цель государственной политики в настоящее время можно обозначить следующим образом: максимально полное включение инвалидов в жизнь общества

с предоставлением равных возможностей реализации человеческого потенциала. Достижение данной цели требует последовательного решения трёх задач: создания условий для прохождения инвалидами комплексной реабилитации, социальной адаптации и интеграции. На решение первой задачи ориентировано функционирование системы учреждений здравоохранения, социальной защиты, а также организаций спорта и физкультуры, культуры, занимающихся предоставлением реабилитационных услуг людям с инвалидностью. Несмотря на то, что в России и её регионах функционируют целые сети таких организаций, актуальными остаются проблемы согласования их действий друг с другом, проблемы недоступности реабилитационных услуг для жителей отдалённых населённых пунктов, проблемы с получением подходящих технических средств реабилитации.

На решение перечисленных и целого ряда других проблем нацелен проект Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года [174]. Документ размещён на сайте Минтруда и обозначает основные принципы, направления и приоритеты развития этой сферы, служит ориентиром для деятельности в этой сфере на уровне регионов страны.

Условие социальной адаптации инвалидов – равенство возможностей в трудоустройстве, получении образования, участии в работе политических и общественных объединений. Государство, при этом обязуется обеспечить инвалидам доступность среды, создав соответствующие институты и правовую базу. Решение двух предшествующих задач обеспечивает формирование уважительного отношения населения к инвалидам и социальную интеграцию [128] (рисунок 3.1).

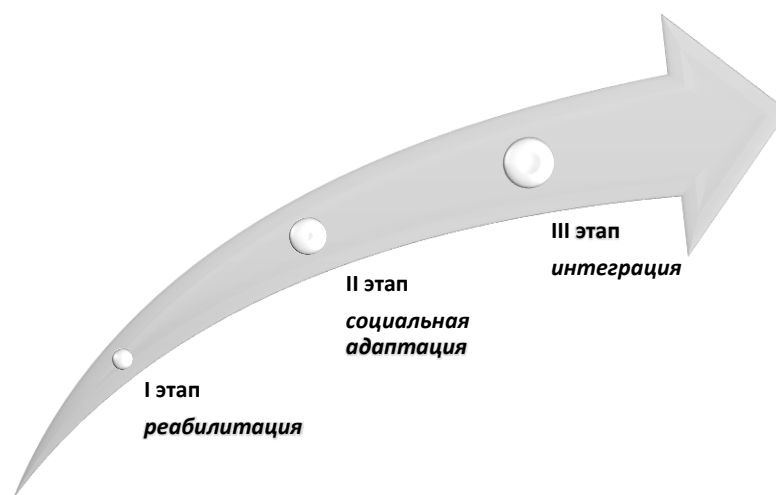


Рисунок 3.1. — Государственная политика в отношении инвалидов: этапы

В Российской Федерации создание доступной среды стало целью одноимённой госпрограмм, реализация которой соответствует этапу обеспечения социальной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья. Задача социальной адаптации инвалидов содержит несколько взаимосвязанных аспектов. Базовым выступает *концептуальный*, т.к. характер принятой концепции и модели инвалидности определяет остальной процесс принятия политических решений в интересах инвалидов.

Вторым аспектом служит *медицинский*. Важнейшей функцией специалистов-медиков, проводящих освидетельствование и присвоение группы инвалидности, выступает разработка индивидуальных программ реабилитации граждан, для чего определяют тип нарушения жизнедеятельности, способы его коррекции, степень трудоспособности граждан.

Экономический аспект решения задачи социальной адаптации связан с определением размеров социальных выплат инвалидам, стимулированием создания для них рабочих мест, оценкой величины экономического ущерба от инвалидности на уровне страны и её регионов. Данный аспект включает и финансирование организации доступной среды для инвалидов.

Формирование законодательной базы, регулирующей порядок реабилитации, содействия трудоустройству и обучению инвалидов, относится к *правовому аспекту* социальной адаптации. Этот аспект выступает ключевым объектом государственного управленческого воздействия [128]. Поэтому современное

законодательство страны в сфере социальной поддержки инвалидов — необходимое условие их успешной интеграции.

Нами выделены пять компонентов качества жизни инвалидов («здоровье», «материальное благосостояние», «доступность среды», «социальное участие», «образование», «участие в трудовой деятельности») и основные участники их обеспечения (таблица 3.2). Обратную связь с самими адресатами социальной политики осуществляют, как правило, учреждения и организации муниципального (локального) уровня. Помимо участников, представленных в таблице, важную роль в поддержке инвалидов на всех уровнях играют социально-ориентированные некоммерческие организации, общественные организации, в том числе, организации инвалидов. Как правило, их деятельность направлена на решение специфических проблем той целевой группы инвалидов, с которой они работают непосредственно. Такая модель работы позволяет им очень быстро реагировать на новые вызовы и находить эффективные механизмы поддержки инвалидов, в том числе, благодаря наличию разветвлённой сети контактов с организациями инвалидов в других регионах и странах.

Таблица 3.2. — Участники системы обеспечения качества жизни инвалидов

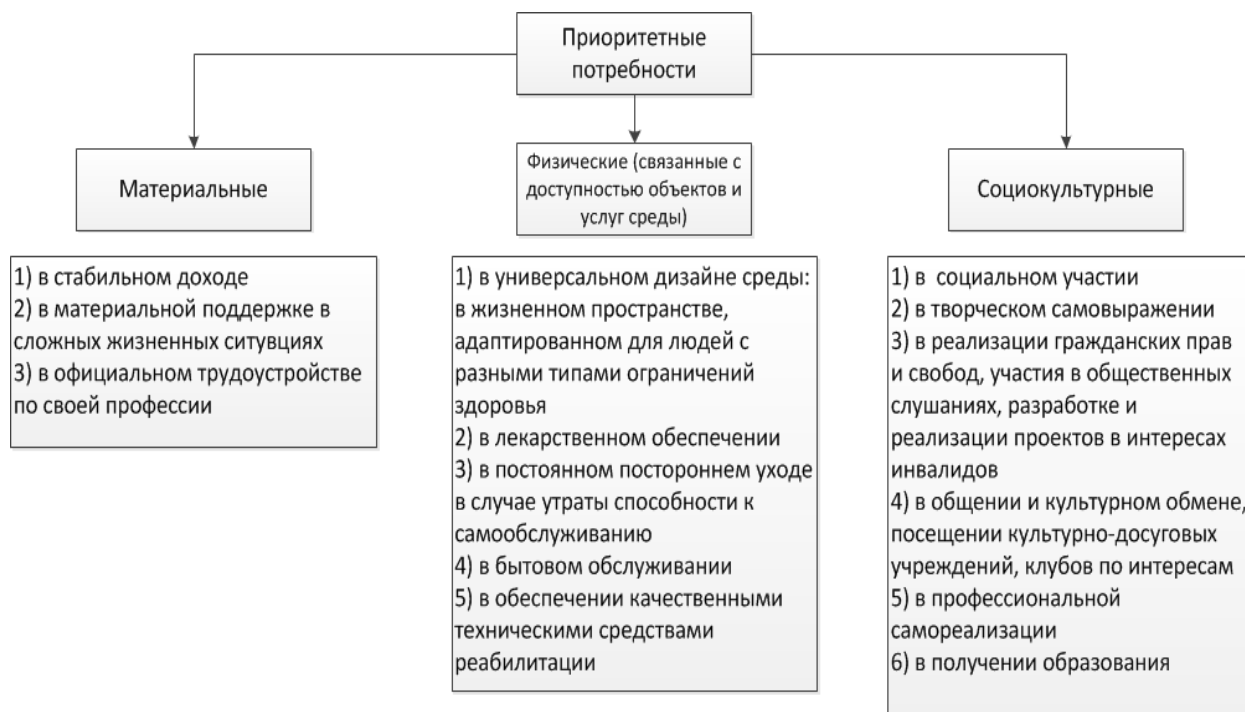
Уровень	Компоненты качества жизни инвалидов					
	Здоровье	Материальное благосостояние	Доступность среды	Социальное участие	Участие в трудовой деятельности	Образование
Федеральный	Мин. здравоохранения, медицинские учреждения федерального подчинения	Пенсионный фонд РФ	Мин. труда и социальной защиты РФ	Мин. культуры и туризма	Мин. труда и социальной защиты РФ, Федеральное бюро МСЭ	Мин. науки и высшего образования, ВУЗы
Региональный	Д. здравоохранения; медицинские учреждения регионального подчинения	Региональное отделение пенсионного фонда	Д. градостроения, Д. ЖКХ, Д. социальной защиты, Д. образования, Д. здравоохранения, Д. культуры,	Д. культуры и туризма, Д. образования; Образовательные организации среднего высшего образования	Д. труда, центр занятости населения, региональное отделение федерального бюро МСЭ	Д. образования, вузы, организации среднего профессионального образования, организации дополнительного образования

Уровень	Компоненты качества жизни инвалидов					
	Здоровье	Материальное благосостояние	Доступность среды	Социальное участие	Участие в трудовой деятельности	Образование
Муниципальный	Медицинские учреждения муниципального подчинения; учреждения социального обслуживания	Работодатели	Муниципальные власти; муниципальные предприятия; муниципальные образовательные организации; учреждения социального обслуживания; медицинские учреждения	Муниципальные учреждения культуры, общественные приёмные политиков, общественные организации инвалидов, МФЦ	Муниципальные предприятия, служба занятости населения, кадровые агентства	Управление образования, вузы, организации среднего профессионального образования, организации дополнительного образования, школы, детские сады, в том числе специализированные (для детей с инвалидностью).

Обозначения: Д. – Департамент, Мин. – Министерство, МФЦ – многофункциональные центры.

Источник: составлено автором.

Компоненты качества жизни соответствуют группам потребностей инвалидов, на удовлетворение которых могут быть ориентированы программы социальной поддержки (рисунок 3.2).



Источник: составлено автором.

Рисунок 3.2. — Классификация потребностей инвалидов

Удовлетворение материальных потребностей инвалидов должно являться одним из приоритетных направлений государственной политики в интересах данной категории населения. Его традиционными формами выступают денежные выплаты. Они предоставляются людям на разных основаниях – как пенсионное обеспечение, социальное пособие или монетарная льгота (например, компенсация за коммунальные услуги). Пособия могут выплачиваться на регулярной основе или носить разовый характер.

Удовлетворение физических потребностей инвалидов обеспечивается через формирование доступной среды, предоставление социально-бытового и медицинского обслуживания (в том числе на дому), выполнение назначенных реабилитационных мероприятий.

Акцент на *формировании доступной среды* был сделан после подписания и ратификации Российской Федерацией Конвенции ООН «О правах инвалидов». Сочи стал одним из первых российских городов, преобразованных в соответствии

с потребностями инвалидов. Это произошло благодаря проведению на его территории Олимпийских и Паралимпийских Игр. Привлечение большого потока финансовых средств обеспечило возможность быстрого преобразования среды в соответствии с международными стандартами. Выполнению этой задачи способствовали и консультации с зарубежными специалистами [168]. Благодаря Играм в Сочи появились доступные для инвалидов пешеходные зоны, спортивные объекты, гостиницы, банкоматы, школы и аэропорт. Была создана специальная карта, на которой обозначили доступность объектов для инвалидов. В сочетании с работой по преобразованию инфраструктуры проводилась и масштабная просветительская работа с населением [182].

Для других городов Сочи стал наглядным доказательством целесообразности инвестирования в масштабные социально-значимые проекты. Так экономический эффект от проведения Игр позволил российским учёным ввести понятие «деловой экономической цикл» и проанализировать вклад данного события не только в экономическое, но и в политическое и социальное развитие территории [99].

Лекарственное обеспечение инвалидов регулируется Федеральным законом «О государственной социальной помощи» (от 17.07.1999 № 178-ФЗ) и Постановлением Правительства РФ «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (от 30.07.1994 № 890) [202; 200]). При этом законодательством для инвалида предусмотрена возможность выбора между предоставлением ему бесплатных лекарств и получением денежной компенсации за самостоятельно приобретённые лекарства, необходимые ему по состоянию здоровья (в том числе за те, которые не включены в «бесплатный» перечень) [176]. После так называемой «монетизации льгот» в 2006 г., когда у инвалидов появился выбор между лекарствами и получением денежной компенсации на их самостоятельное приобретение, 46% инвалидов предпочли получать именно денежную выплату [34].

Разнообразные *социокультурные потребности инвалидов* могут быть обеспечены только при условии формирования общества равных возможностей, что предполагает изменение самого представления об отношениях власти и общества.

Инвалидность – широкая проблема, затрагивающая, в том числе, источники формирования гражданского общества в нашей стране. Только общественное обсуждение и активность самих инвалидов в защите собственных интересов могут привести к выработке системы ценностей, которая будет служить концептуальной основой для формирования общества равных возможностей и для проводимой государством социальной политики. В связи с этим особую значимость в контексте совершенствования инструментов повышения социального благополучия инвалидов приобретает поиск новых форм гражданского участия в принятии управленческих решений. Накопленный в развитых странах позитивный опыт сотрудничества социально-ориентированных организаций (СО НКО) и государства позволяет утверждать, что такая форма кооперации повышает эффективность решения социально-значимых проблем [230].

Социальные движения и объединения могут влиять на положение инвалидов в обществе посредством благотворительных акций, просветительской работы с населением, встреч с представителями власти и обсуждения с ними актуальных проблем. Используются и более комплексные практики, в числе которых социальные проекты, направленные на интеграцию инвалидов и общества.

В современном мире особое значение приобретают усилия общественных организаций по адаптации своих участников к самостоятельной, независимой жизни, формированию у них навыков защиты своих прав и интересов. Согласно результатам социологического исследования А.А. Дарган, в России пока не стали приоритетными такие направления работы объединений инвалидов, как формирование активной жизненной позиции, установки на самостоятельность и стремления к самовыражению [31]. В той же работе автор отмечает, что главными стимулами для участия инвалидов в общественных объединениях служат желание

получить содействие в оформлении пенсий и льгот, потребность в защите законных прав и интересов [31].

Организация досуга инвалидов также должна стать одним из значимых направлений социальной поддержки. В связи с высокой стоимостью посещения культурно-досуговых центров инвалиды часто лишены возможности интересно провести свободное время, сформировать собственное мнение о значимых культурных событиях. В то же время в г. Вологде есть опыт создания культурно-досугового центра для пожилых людей [181]. Формат КДЦ «Забота» может послужить «прототипом» для создания аналогичных центров, целевой аудиторией которых станут люди с ограниченными возможностями здоровья. Помимо организации досуга, такие центры могут выступать как «узлы» информационного и культурного обмена между инвалидами, населением и властью региона [130].

Рассмотрение приоритетных потребностей инвалидов позволяет выделить в качестве наиболее значимых направлений социальной политики следующие: поддержание достойного уровня жизни инвалидов; формирование доступной среды; обеспечение ресурсами и средствами реабилитации; вовлечение инвалидов и общества в совместную деятельность.

Современное законодательство учитывает лишь некоторые аспекты разнообразия потребностей инвалидов. Например, предусмотрено создание рабочих мест, соответствующих рекомендациям, прописанным в индивидуальной программе реабилитации. Однако на практике у работодателей сохраняется стереотип о том, что принимать в штат сотрудников-инвалидов невыгодно. Предприятия стремятся по возможности избежать исполнения данного социального обязательства, забывая о том, что реальные люди могут сильно отличаться от приписываемого им образа «непродуктивных работников» и быть добросовестными, инициативными и компетентными.

Актуальной остаётся проблема выделения целевых групп инвалидов в зависимости от возраста, состояния здоровья, уровня жизни, семейного статуса, трудовой занятости. На основе этих критериев следует определять приоритетные формы государственной поддержки. Так, для молодых инвалидов, сохранивших

трудоспособность, это могут быть услуги по трудоустройству, содействие в улучшении жилищных условий, в переезде в другой населённый пункт, получении дополнительного образования и повышении квалификации. Для пожилых инвалидов большую актуальность приобретают высокотехнологичная медицинская помощь, санаторное лечение, содействие в получении новых средств реабилитации, совершенствование качества социально-бытовых услуг.

Отдельного внимания заслуживает поддержка тех, кто осуществляет постоянный уход за родными, имеющими инвалидность, сопровождающуюся тяжёлыми нарушениями функций организма. В настоящее время кроме денежной компенсации не предусмотрено иных форм государственной помощи таким людям.

Необходимо приложить усилия и для развития рынка услуг по индивидуальному накопительному страхованию на случай инвалидности. Взносы, формирующие такой тип страховых накоплений, с одной стороны, могли бы способствовать более ответственному отношению людей к своему здоровью и здоровью близких, с другой – улучшить материальное положение застрахованных людей, ставших инвалидами в трудоспособном возрасте.

Повысить результативность реабилитационных мероприятий может внедрение механизма их целевого индивидуального финансирования по системе «социального контракта». Суть решения в предоставлении инвалиду на срок действия разработанной для него ИПРА определённого «реабилитационного бюджета». Этими средствами человек сможет распоряжаться по своему усмотрению. Обеспечить их целевое использование можно посредством привязки этих средств к специализированной платёжной системе, идентификация в которой будет возможна только при наличии у человека актуального профиля в системе «Федеральный реестр инвалидов» или в системе «Госуслуги». Поставщики реабилитационных услуг также должны быть зарегистрированы в соответствующих информационных системах, что обеспечит финансовую прозрачность работы всей системы реабилитации. Для защиты персональных данных и денежных средств от хищения можно использовать отлаженные решения, применяемые в банковской сфере. Поскольку цифровая грамотность инвалидов на сегодняшний день

невысока, внедрение подобного инструмента целесообразно начать в режиме пилотного проекта в отдельных регионах, готовых к нему по уровню модернизации и цифровизации учреждений бюджетной сферы. Обязательным условием для функционирования предлагаемого решения также является: наличие фиксированных на уровне регионов тарифов на оказание реабилитационных услуг в сфере здравоохранения, социального обслуживания, образования, а также допущенного для оплаты из средств ФСС перечня технических средств реабилитации, реабилитационного оборудования и лекарственных препаратов, изделий санитарно-гигиенического назначения. По итогам периода, на который был заключён «социальный контракт» на реабилитацию получатель может вновь подать заявку на участие в этой программе. Если средства предшествующего этапа не были израсходованы на реабилитацию, остаток должен переноситься на следующий период. Целесообразно закрепить за каждым разделом ИПРА свой объём финансирования, чтобы обеспечить возможность её системного выполнения. При этом распределение средств по этим статьям должно быть доступно для корректировки самим клиентом. Допустим, если человек не нашёл поставщика образовательных услуг, то сможет перенаправить средства на финансирование услуг по социально-бытовой реабилитации или на приобретение ТСР. Эта возможность обеспечит людям с инвалидностью необходимую свободу выбора реабилитационных услуг и повысит их индивидуальную заинтересованность в разработке качественной ИПРА.

Смысл, сходный с предложенным выше решением, имеет введённая в 2021 году форма оплаты ТСР с использованием электронного сертификата [177]. Расширение области применения цифровых технологий в системе реабилитации, на наш взгляд, служит важнейшим условием эффективного управления развитием данной сферы.

Таким образом, характер и содержание государственной социальной политики изменялось в соответствии с постепенной сменой доминирующих концепций и моделей инвалидности. Отказ от устаревших форм социальной поддержки инвалидов в пользу применения инструментов обеспечения их

социальной интеграции ознаменовал переход к политике инвестиций в человеческий капитал изучаемой группы. Обеспечение более высокого качества жизни инвалидов – главное условие (и одновременно индикатор) формирования общества равных возможностей.

3.2. Оценка возможностей адаптации модели поддерживаемого трудоустройства инвалидов к условиям регионального рынка труда

Исследователи неоднократно указывали на несовершенство российской системы профориентации и содействия трудоустройству инвалидов [44; 125; 126]. В настоящее время объём финансирования реабилитационных мероприятий для инвалидов зависит от рекомендаций специалистов Медико-социальной экспертизы (МСЭ), закреплённых в Индивидуальных программах реабилитации и абилитации (ИПРА). Невостребованность услуг трудовой реабилитации со стороны самих инвалидов объясняется тем, что они опасаются в случае её успешного прохождения снижения группы инвалидности и размера пенсионных выплат. Этот выбор в пользу более стабильного источника дохода приводит к сужению возможностей инвалидов на рынке труда. Как правило, они занимают нишу работников, претендующих только на неофициальное трудоустройство или неквалифицированный труд. Изменение сложившейся негативной ситуации несёт экономическую выгоду не только самим инвалидам, но и государству в целом.

Трудовая деятельность является одним из ведущих условий приобретения человеком экономической самостоятельности, обеспечивающей уверенность в завтрашнем дне. В России основными препятствиями для трудоустройства инвалидов выступают: средовые барьеры, низкая квалификация, неэффективность мер по содействию их трудоустройству, низкая заработная плата, психологические барьеры, негативное восприятие соискателей-инвалидов работодателями [78; 126; 133; 145].

Российские исследователи отмечают также отрицательное влияние на трудоустройство инвалидов трудностей с получением образования, негативных социальных установок, стереотипов в отношении инвалидов [82].

Для того чтобы государство могло влиять на участников рынка труда, в его законодательстве должны быть отражены механизмы устранения названных барьеров трудоустройства инвалидов. В связи с этим рассмотрим, какие механизмы

содействия занятости предусмотрены на федеральном уровне и насколько они результативны.

Действующие механизмы содействия трудоустройству инвалидов

В Конституции РФ (п. 3 статьи 37) закреплено право граждан на труд «в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены», «на вознаграждение за труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда, а также право на защиту от безработицы» [191]. Для людей с инвалидностью риск дискриминации по величине заработной платы, а также риск безработицы выше, чем для населения в целом. По данным ВОЗ, в мире в 2013 году показатели занятости среди инвалидов были заметно ниже, чем среди лиц без инвалидности. Так, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) доля занятых среди инвалидов составляла 44%, а среди неинвалидов – 75% [147].

В законодательных актах разного уровня (федерального, регионального, муниципального) закреплены меры, призванные изменить сложившуюся на рынке труда ситуацию. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусматривает ряд мероприятий по обеспечению занятости инвалидов [211]. В их число входит установление квоты⁵ для приема на работу инвалидов, минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов, резервирование рабочих мест по профессиям, подходящим для инвалидов, стимулирование создания дополнительных рабочих мест для инвалидов, создание условий труда, отвечающих требованиям индивидуальной программы реабилитации и абилитации (в ред. Федерального закона от 01.12.2014 № 419-ФЗ), создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов, организация профессионального обучения инвалидов [214; 215]. Также ведётся работа по выявлению и профилактике дискриминации инвалидов при трудоустройстве со стороны работодателей [195].

⁵ Квота представляет собой минимальное число рабочих мест, выделяемых организацией для трудоустройства инвалидов. Рассчитывается в процентах от среднесписочной численности работников и включает рабочие места, на которые уже устроены инвалиды.

Законодательно закреплённая на федеральном уровне квота для инвалидов на предприятиях с численностью работников более 100 человек составляет 2–4% от общего количества рабочих мест [215]. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации определяют порядок квотирования рабочих мест. Например, на предприятиях Вологодской области квота для приёма на работу инвалидов установлена на минимальном уровне – 2%, но действует она для всех предприятий, где штат сотрудников превышает 30 человек [203].

Квотирование как инструмент повышения конкурентоспособности инвалидов на рынке труда остаётся недостаточно эффективным. В период с 2009 по 2016 г. наблюдался неблагоприятный тренд по трудоустройству инвалидов на квотируемые рабочие места: численность трудоустроенных снизилась в 2,4 раза. Резкий спад показателя в 2009 г. по сравнению с 2008 г. мог быть связан с ухудшением ситуации на рынке труда. В том же году снизилась доля инвалидов, которые смогли найти работу после обращения в органы службы занятости. Некоторый рост результативности трудоустройства инвалидов на квотируемые места стал заметен только с 2017 г. При этом показатели трудоустройства на обычные места стали расти уже с 2010 г., но вновь снижались в 2015, 2016 и 2018 гг. (рисунок 3.3).

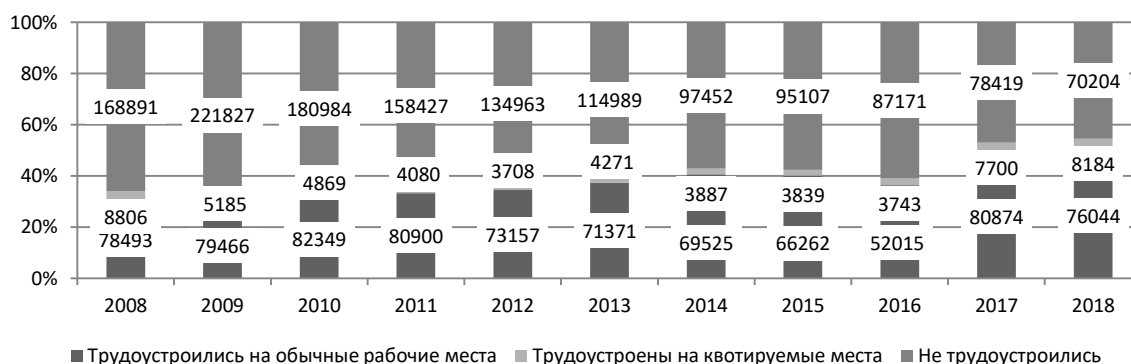


Рисунок 3.3. — Структура контингента инвалидов, обратившихся в органы службы занятости за содействием в трудоустройстве, человек [173]

Снижение показателя трудоустройства инвалидов по квотам может быть связано с особенностями действующего законодательства. Так, по данным исследования Т.В. Кузьминовой, И.С. Горлова и Е.В. Одинцовой [59], в регионах Северо-Западного федерального округа размер установленных квот для

трудоустройства инвалидов варьировался. В Вологодской области он был минимальным – на уровне 2%, тогда как в Калининградской области – максимальным – 4%. Помимо трудоустройства на квотируемые рабочие места в качестве мер содействия трудоустройству инвалидов в регионах были предусмотрены психологическая поддержка и профориентация. Авторы исследования указали на отсутствие мер экономического стимулирования работодателей к созданию специализированных рабочих мест для инвалидов как на недостаток регионального законодательства в сфере защиты права инвалидов на труд [59].

Для повышения уровня участия инвалидов в экономической жизни предусматривается также резервирование рабочих мест по профессиям, рекомендованным для их трудоустройства. Перечень таких профессий закреплён в приказе Министерства труда и социальной защиты [196; 205]. Порядок резервирования рабочих мест регулируют и региональные нормативно-правовые акты [197; 198; 199; 207]. В то же время С. Н. Кавокин указывает на отсутствие определённых характеристик профессий и рабочих мест (характеристик содержания и условий труда) для инвалидов как на препятствие для их трудоустройства [43].

В целом при организации мероприятий, направленных на содействие трудоустройству инвалидов, следует учитывать отраслевую специфику регионального и местного рынка труда, ориентироваться не только на минимизацию государственных затрат по профессиональной подготовке, но и на перспективы их окупаемости после успешного трудоустройства инвалидов. На наш взгляд, эффективным механизмом решения проблем трудоустройства инвалидов на местном уровне может стать разработка и реализация муниципальных программ соответствующего содержания, а также ведение регистра безработных инвалидов и работодателей, создающих рабочие места (в том числе специализированные) для людей с ограниченными возможностями здоровья. В отдельных регионах уже приняты подобные меры. Например, практика ведения регистра незанятых инвалидов, родителей детей-инвалидов, трудоустроенных на специальные рабочие

места, с 2011 года начата в Республике Дагестан [82]. Приоритетным направлением работы по трудоустройству инвалидов должно оставаться формирование у работодателей и населения представления об инвалидах как о равных участниках процессов общественной жизни, в том числе трудовой деятельности.

Экономические стимулы для трудоустройства инвалидов

Соответствие оплаты труда характеру и объёму выполняемой работы – основной критерий, по которому работники оценивают качество рабочего места. Трудовая деятельность не вносит значимого вклада в обеспечение благосостояния домохозяйств, состоящих только из инвалидов. По данным за 2018 год средняя величина трудового дохода в таких домохозяйствах составляла 3462,80 рублей в расчёте на члена домохозяйства (или 10,8% от величины совокупного денежного дохода домохозяйств; таблица 3.3).

Таблица 3.3. — Уровень и структура доходов домохозяйств, состоящих только из инвалидов, Российская Федерация, 2018 год [173]

Источники дохода	В среднем на домохозяйство, в месяц, рублей	В среднем на члена домохозяйства, в месяц, рублей	В % к строке 1
Денежный доход – всего	32 029,90	27 092,30	100
Доход от трудовой деятельности – всего	3 935,30	3 328,60	12,3
Оплата труда (включая выплаты социального характера)	3 462,80	2 929,00	10,8
Доход от самостоятельной занятости	176,6	149,3	0,6
Доход, не отнесенный к определенной форме занятости	295,9	250,3	0,9
Доход от собственности – всего	437,9	370,4	1,4
из него доход от сдачи в аренду недвижимости и другого имущества	294,7	249,3	0,9
Трансферты полученные – всего	27 656,80	23 393,30	86,3
Социальные выплаты	27 149,40	22 964,20	84,8
<i>В том числе:</i>			
пенсии	20 270,30	17 145,50	63,3
пособия, компенсации и иные социальные выплаты	6 879,10	5 818,60	21,5
Иные денежные поступления от частных лиц и организаций	507,4	429,2	1,6
из них алименты и другие приравненные к ним выплаты	13,2	11,2	0
Трансферты переданные – всего	827,2	699,6	2,6

Источники дохода	В среднем на домохозяйство, в месяц, рублей	В среднем на члена домохозяйства, в месяц, рублей	В % к строке 1
Подходный налог на сумму заработной платы и налоги с доходов от предпринимательской деятельности	459,7	388,9	1,4
Налог на имущество, сборы и другие обязательные платежи	48,9	41,3	0,2
Страховые взносы по страхованию имущества и жизни	74,6	63,1	0,2
Добровольные трансферты другим домохозяйствам	243,9	206,3	0,8
Располагаемый денежный доход	31 202,80	26 392,70	97,4

Согласно данным социологического исследования, проведённого в Санкт-Петербурге, для большинства инвалидов, желающих трудоустроиться, приемлемым уровнем оплаты труда является интервал от 10 до 19 тыс. рублей (45% от числа опрошенных). При этом оптимальным режимом работы для инвалидов второй и третьей группы является неполный рабочий день и неполная рабочая неделя, для инвалидов первой группы – работа на дому. Неприемлемый уровень оплаты труда также был назван в числе наиболее распространённых препятствий для трудоустройства [119]. В то же время, необходимо отметить, что Санкт-Петербург, как достаточно «дорогая» территория проживания, накладывает определённый отпечаток на желаемый уровень заработной платы.

Психологические стимулы для трудоустройства инвалидов

В целях выявления потребности инвалидов в трудоустройстве органы исполнительной власти 28 субъектов Российской Федерации в 2013 году провели социологический опрос среди незанятых инвалидов трудоспособного возраста. Согласно полученным данным, 77% опрошенных были заинтересованы в трудоустройстве, 20% – в профессиональном обучении. Выразили желание работать в организациях реального сектора экономики 3241 человек (21,6%), на специализированном предприятии – 2533 человека (16,9%). Собственное дело хотели бы открыть 719 чел. (4,8%). По результатам опроса выявлено, что 57% незанятых инвалидов, желающих трудоустроиться, не имели определённых профессиональных предпочтений [169]. Этот факт свидетельствует о

необходимости и востребованности работы по профессиональному консультированию, профессиональному обучению и переподготовке инвалидов.

Согласно данным социологического опроса незанятых инвалидов, имеющих вторую группу инвалидности, проведённого в Пермском крае, 62% респондентов хотят работать и активно ищут работу. Готовы работать не по специальности 46% опрошенных. Среди наиболее значимых препятствий для трудоустройства инвалиды назвали невозможность свободного передвижения (68%), а также неравные условия при приёме на работу (82%) [77].

Результаты исследований психологов позволяют выделить среди безработных инвалидов две категории: к первой относятся те, кто имеет продуманный план поиска работы, определённые цели поиска, активную позицию; ко второй группе относятся те, кто занимает пассивную позицию – рассчитывает на помощь со стороны центра занятости, на получение пособия и оценивает состояние безработицы как критическую ситуацию [101].

Отношение работодателей к трудоустройству инвалидов

Российское законодательство предусматривает меры принуждения работодателей к приёму на работу людей с инвалидностью. К числу подобных относятся штрафы за невыполнение квот и за предоставление некачественной отчётности о вакансиях для инвалидов. Тем не менее, это не способствует решению проблемы трудоустройства инвалидов. Для работодателей выплата штрафов является более предпочтительной альтернативой, поскольку инвалидов они воспринимают как работников, найм которых сопряжён с дополнительными вложениями в обучение и создание благоприятных условий труда. Причём эти вложения не окупаются за счёт налоговых льгот и компенсаций, которые предлагает предприятию государство. На существование подобных проблем указывали исследователи из Пермского края, проводившие также интервью с работодателями [77].

Если инвалид всё же получает работу, его ожидает круг проблем в виде неподходящих условий труда, негативного отношения коллег, предубеждённости

работодателя и, наконец, низкой оплаты труда вследствие сокращённого рабочего дня и продолжительных больничных.

При условии реализации грамотной государственной политики в сфере содействия занятости инвалидов может быть сглажено влияние обозначенных негативных факторов. Для оценки эффективности такой политики необходимо принимать во внимание экономический эффект трудоустройства инвалидов, наряду со стандартными показателями результативности трудоустройства (число трудоустроенных на созданные / квотируемые рабочие места инвалидов).

Попытки оценить реальные затраты на осуществление мероприятий по обеспечению трудоустройства инвалидов встречают ряд методологических сложностей. В исследовании Л.П. Храпылиной [133] показано, что для корректного определения потребности инвалидов в трудоустройстве необходимо ведение федерального реестра инвалидов и их потребностей (в том числе связанных с трудоустройством); для расчёта стоимости затрат на реализацию активной политики по содействию трудоустройству инвалидов необходимо провести обоснованную оценку стоимости организации рабочего места для инвалида в разных секторах экономики на разных предприятиях (специализированных, малых, общего типа и др.). С учётом несовершенства имеющейся первичной информации автор получила итоговую стоимостную оценку реализации активной политики содействия трудоустройству инвалидов на уровне 109,8 млрд. рублей [133]. К настоящему моменту федеральный реестр инвалидов создан и функционирует. Его данные, доступные для ознакомления, содержат информацию о численности работающих и неработающих инвалидов во всех субъектах Российской Федерации, их распределении по группам инвалидности [188].

Проведённый анализ показал, что недостаток рабочих мест, подходящих для инвалидов, и отсутствие эффективной системы стимулирования работодателей к их созданию выступают главными барьерами для трудоустройства людей с инвалидностью в России.

На основании приведённых данных можно говорить о том, что существующая система содействия трудоустройству инвалидов не в состоянии

гарантированно обеспечить инвалидов, желающих работать, рабочими местами, соответствующими их профессиональной подготовке и прописанным в индивидуальной программе реабилитации требованиям относительно характера и режима труда. В настоящее время на федеральном и региональном уровне работа в указанном направлении проводится в основном в рамках отдельных инициатив. Такой подход не позволяет добиться комплексного учёта интересов инвалидов. Как следствие – актуализируется поиск альтернативных схем поддержки инвалидов на рынке труда.

Исследование зарубежного опыта реализации политики в сфере содействия трудоустройству инвалидов показывает, что в современном мире максимально результативными оказываются практики, направленные на повышение конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Традиционные для многих стран механизмы квотирования рабочих мест не обладают достаточной гибкостью и не позволяют осуществлять дифференцированный подход к содействию трудоустройству инвалидов [96].

Проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды в процессе трудоустройства, в России и других европейских странах сходны. К примеру, выделенные в работе R. Sainsbury [234] проблемы, от решения которых будет зависеть повышение уровня занятости среди инвалидов в Великобритании, представляются актуальными и для России (таблица 3.4).

Таблица 3.4. — Основные барьеры увеличения уровня занятости инвалидов [234]

Источник барьеров	Препятствия
Технологии	Отсутствие технологий как средства, позволяющего людям с ограниченными возможностями работать.
Содержание национальной политики	Имеющимся национальным программам не хватает «материальности». В них отсутствует содержание.
Ненадлежащее внедрение / исполнение мер поддержки	Выполнение мер, которые могут способствовать занятости людей с ограниченными возможностями, не контролируется надлежащим образом.
Экономика	Недостаток на рынке труда вакантных мест, которые могут занимать люди с инвалидностью; снижение числа рабочих мест в государственном секторе из-за кризиса, экономии и сокращений. Именно государственный сектор всегда предоставлял людям с инвалидностью больше рабочих мест, по сравнению с частным.
Отношение / стигматизация	Негативные стереотипы об инвалидах со стороны работодателей, психологические барьеры самих инвалидов.

Источник барьеров	Препятствия
Дефицит навыков и/или опыта	Недостаточный уровень образования, квалификации, опыта у инвалидов для получения работы на открытом рынке труда.
Работники с инвалидностью	Низкое предложение рабочей силы.

В странах Евросоюза можно выделить три типа политики содействия занятости инвалидов. Первый тип характеризуется тем, что квотирование рабочих мест для инвалидов обеспечивается и в государственном, и в частном секторе. Второй тип – тем, что рабочие места квотируются только в одном секторе. Третий тип обозначают термином «поддерживаемое трудоустройство». Его суть заключается в предоставлении инвалидам непрерывного сопровождения при трудоустройстве на свободном рынке [96]. Вопрос о преимуществах и недостатках каждого из этих типов политики остаётся открытым. В Европейском докладе о положении инвалидов на рынке труда приводится обзор результатов политики, проводившейся в разных европейских странах (таблица 3.5) [236].

Наиболее благоприятные тенденции в 2000–2006 гг. наблюдались на рынке труда в Соединенном Королевстве. Росла занятость, снижались безработица и экономическая неактивность инвалидов (соответственно +12%, -14% и -4%). Можно сказать, что Великобритания в этот период продемонстрировала наиболее эффективную политику по интеграции людей с инвалидностью на рынок труда. Авторы доклада указывают, что максимальный прирост показателей занятости инвалидов был зарегистрирован в Люксембурге (+240%) и Франции (+130%), и этот эффект был получен благодаря реализации схем «защищённого трудоустройства» (*sheltered employment schemes*). Реабилитационная программа для людей с ограниченными возможностями в Люксембурге включает учебные курсы и выплату ежемесячного пособия для подготовки к возвращению на работу [236].

Таблица 3.5. — Результаты политики содействия занятости инвалидов в некоторых европейских странах [236]

Подход к политике	Примеры стран	Уровень занятости инвалидов, % / год	Изменения численности инвалидов по статусу на рынке труда за 2000 – 2006 гг., тренд		
			Занятые	Безработные	Экономически неактивные
Нет действующих схем квотирования	Швеция	21 / 2006	н/д	↑ (?)	↓ (+)
	Соединенное Королевство	32 / 2005	↑ (+)	↓ (+)	↓ (+)
Схемы квотирования только в одном из секторов	Ирландия	22 / 2006	↑ (+)	↑ (?)	↑ (-)
Схемы квотирования рабочих мест в государственном и частном секторах	Австрия	53 / 2006	↑ (+)	↓ (?)	↑ (-)
	Чехия	31 / 2005	↓ (-)	↓ (-)	↑ (-)
	Франция	24 / 2002	↑ (+)	↓ (?)	н/д
	Польша	20 / 2005	↓ (-)	↓ (-)	↑ (-)
	Словакия	42 / 2005	↑ (+)	↓ (?)	↑ (-)

Обозначения: ↑ (+) – благоприятный растущий тренд, ↓ (+) – благоприятный убывающий тренд, ↑ (-) – неблагоприятный растущий тренд, ↓ (-) – неблагоприятный убывающий тренд, ↑ (?) – растущий тренд, влияние которого требует уточнения, ↓ (?) – убывающий тренд, влияние которого требует уточнения.

Представленные данные подтверждают необходимость комплексной политики содействия трудоустройству для эффективной реализации трудового потенциала людей с инвалидностью. Предпочтение следует отдавать политике, соответствующей моделям поддерживаемой занятости. Квотирование в современных условиях – недостаточно эффективный инструмент обеспечения инвалидам равных возможностей на рынке труда.

Проведённый нами анализ проблем трудоустройства инвалидов позволяет предложить следующие меры для повышения их конкурентоспособности на рынке труда:

1) предоставить работодателям альтернативные возможности реализации требований по квотированию и созданию специальных рабочих мест для инвалидов;

2) предусмотреть дополнительные меры экономического стимулирования работодателей к трудоустройству инвалидов;

3) провести аттестацию рабочих мест инвалидов по видам экономической деятельности на специализированных предприятиях и предприятиях общего типа;

4) разработать систему оценки условий труда работающих инвалидов;

5) рассчитать примерную стоимость создания различных типов рабочих мест для инвалидов по видам экономической деятельности;

6) учитывать состояние индивидуального здоровья человека и особенности спроса со стороны работодателей на местном рынке труда при формировании рекомендаций по профессиональной подготовке для инвалидов;

7) вести мониторинг потребности инвалидов (в разрезе групп инвалидности, видов ограничения жизнедеятельности, уровня образования, отраслей экономики и профессиональных групп) в трудоустройстве на региональном и федеральном уровнях;

8) сотрудничество с работодателями при проведении профессиональной подготовки инвалидов: привлечение финансов предприятий на обучение инвалидов при условии, что затраченные средства будут возвращены работодателю в форме налогового вычета или засчитаны как выполненное обязательство по квотированию рабочих мест.

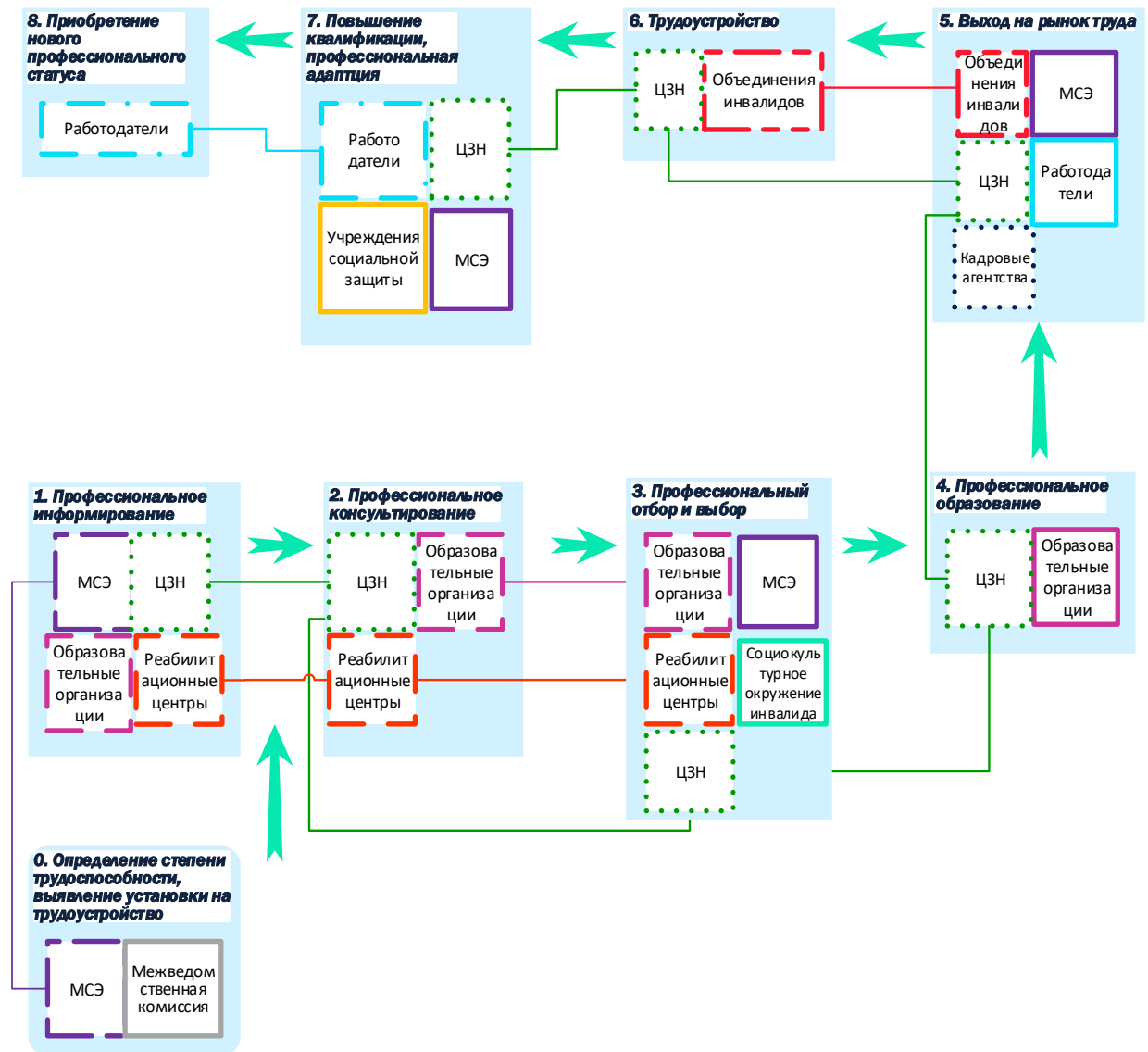
В Российской Федерации отсутствуют единая концепция организации работы в сфере поддержки трудоустройства инвалидов. Поэтому актуальной представляется разработка и обоснование алгоритма содействия трудоустройству инвалидов в условиях действующей социальной политики.

Среди инвалидов присутствуют люди разного возраста, с разной степенью и характером нарушений здоровья. Для того, чтобы учесть разнообразие их потребностей в сфере реализации трудового потенциала, можно предложить **алгоритм содействия трудоустройству инвалидов** [131]. Первый его этап ориентирован на создание возможностей для приобретения инвалидом *профессионального образования*, отвечающего его интересам и возможностям. При этом происходит выявление установки на трудоустройство, проводится

профессиональное информирование, консультирование, профессиональный отбор, профессиональный выбор и, наконец, предоставляются образовательные услуги по выбранной специальности.

Целью **второго этапа** является *трудоустройство* в соответствии с полученным образованием. Данный этап включает выход на рынок труда, трудоустройство, повышение квалификации и профессиональную адаптацию, приобретение нового профессионального и социального статуса (рисунок 3.4).

Особенность предлагаемого алгоритма – преемственность в работе участников мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов. Передача необходимых сведений на каждую следующую стадию процесса может осуществляться через Центр занятости, что обеспечивает полноту и корректность данных, а также сокращает затраты времени и ресурсов на межведомственное взаимодействие. Альтернативным вариантом координирующего звена в данной модели может стать сектор содействия трудоустройству инвалидов в Центре социокультурной интеграции (см. § 3.3). Рассмотрим функциональное содержание и участников реализации предлагаемого алгоритма [131].



* MSSE – бюро медико-социальной экспертизы, ЦЗН – центр занятости населения.

Источник: составлено автором.

Рисунок 3.4. — Алгоритм содействия трудоустройству инвалидов*

Представляется целесообразным на протяжении всего процесса содействия трудоустройству инвалида придерживаться принципа межведомственного сотрудничества и координировать деятельность всех его участников. На первом этапе должно происходить выявление наличия у инвалидов желания и готовности трудиться. И в случае детей-инвалидов, и в случае лиц, получивших инвалидность во взрослом состоянии, вопрос наличия у них профессиональных перспектив и планов будет актуален. Для решения этой задачи наиболее целесообразно формирование межведомственных психолого-медико-педагогических комиссий, которые проведут всестороннюю диагностику и сформируют индивидуальные рекомендации по профессиональной реабилитации. Далее на основании этих

рекомендаций реабилитологи учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) и специалисты центров занятости населения смогут провести профессиональное информирование и консультирование. Также на этой стадии определённую роль могут играть реабилитационные центры и образовательные организации. Они продолжают работать с инвалидами и на следующих стадиях консультирования и профессионального отбора (здесь имеется в виду определение подходящих для человека профессий, учитывающих его интересы и возможности, а также особенности рынка труда в регионе проживания). Поддержку в выборе профессии инвалиду могут оказывать помимо специалистов люди, с которыми он общается в повседневной жизни. Профессиональное образование является наиболее сложной стадией рассматриваемого этапа. Основная нагрузка приходится на образовательные учреждения. В этой связи требуется предусмотреть дальнейшие шаги по развитию сети ресурсного обеспечения специального и инклюзивного образования в регионах. В число её обязательных компонентов входят научно-образовательные и методические центры, оказывающие консультационную поддержку специалистам и реализующие программы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для образовательных организаций разного уровня, а также региональные инициативы в области совершенствования специального и инклюзивного образования.

Второй этап алгоритма состоит из четырёх ступеней: от выпуска из образовательной организации до трудоустройства и адаптации к новому положению в рабочем коллективе и обществе. В дальнейшем у инвалида может возникнуть потребность в повышении квалификации, содействие в этом оказывают центры повышения квалификации, учреждения МСЭ, социальной защиты населения, образовательные организации. Успешное прохождение всех ступеней алгоритма обеспечивает инвалидам финансовую независимость, а государству – положительный экономический эффект от их трудоустройства.

Рассмотрим возможности реализации предложенного алгоритма в условиях Вологодской области. Сейчас в регионе работа по содействию трудоустройству инвалидов ведётся при активном участии центров занятости населения. Для

работодателей в Вологодской области действует правило о необходимости квотирования рабочих мест для трудоустройства инвалидов [203]. Профессиональное образование представлено рядом образовательных организаций, работающих с инвалидами, имеющими различные типы ограничений жизнедеятельности. Осуществляется работа по развитию инклюзивного образования. Сложилась целостная система обучения и оказания психолого-педагогической помощи обучающимся с ОВЗ и инвалидностью, обеспечивающая полный охват детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в регионе [161]. Ведётся работа по развитию доступности высшего образования для лиц с инвалидностью. При Череповецком государственном университете работает Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов в ВУЗах Северо-Западного федерального округа. Здесь же молодые специалисты, имеющие инвалидность, могут получить поддержку при поиске работы и трудоустройстве [175]. В регионе создана программа содействия в получении образования и последующем трудоустройстве молодых инвалидов (18–44 лет), которая реализуется под руководством департамента труда и занятости населения Вологодской области [213].

В регионе накоплен положительный опыт создания механизмов межведомственного взаимодействия и партнёрства с общественными организациями в сфере трудоустройства людей с инвалидностью. Органы службы занятости перешли на адресную технологию предоставления инвалидам услуг по содействию в поиске подходящей работы. Первоначально информация о каждом инвалиде, нуждающемся в таких услугах, поступает в службу занятости из учреждения медико-социальной экспертизы. На основании этих данных специалисты опрашивают инвалидов о профессиональных предпочтениях и затем формируют для каждого клиента электронный «паспорт занятости» и разрабатывают «Индивидуальный план по трудоустройству». В этом плане отражён перечень мероприятий, которые помогут инвалиду найти подходящее место работы — от составления резюме до оказания услуги по сопровождению инвалида при трудоустройстве. Предоставлять последнюю услугу начали

сравнительно недавно (с 2019 года) [193]. Для помощи инвалиду в процессе поиска работы ему выделяется персональный менеджер по трудоустройству. В его обязанности входит, в том числе, сопровождение инвалида на собеседования, разработка оптимального маршрута от дома до работы, оценка условий труда и возможностей адаптации на рабочем месте [165].

По данным Департамента труда и занятости населения Вологодской области, за первое полугодие 2021 года за содействием в поиске подходящей работы в органы службы занятости обратились 720 инвалидов, из которых нашли работу 193 человека (27%). В тот же период 2020 года уровень трудоустройства составлял 18%. В рамках содействия в поиске подходящей работы людям с инвалидностью оказывались услуги по профориентации, социальной адаптации, психологической поддержке, профессиональному обучению, временному трудоустройству, в том числе на общественные работы (таблица 3.6).

Таблица 3.6. — Государственные услуги в сфере содействия трудоустройству инвалидов за первое полугодие 2021 года (Вологодская область) [184]

Государственная услуга	1-е полугодие 2021 г.	1-е полугодие 2020 г.
Профессиональная ориентация	492	231
Психологическая поддержка	267	102
Социальная адаптация	228	89
Временное трудоустройство безработных граждан, испытывающих трудности в поиске работы	33	13
Общественные работы	25	12
Профессиональное обучение	23	–
Содействие самозанятости	16	14

Приведённые данные свидетельствуют о том, что в Вологодской области существует потребность в дальнейшем развитии системы поддержки трудоустройства инвалидов. Уже накоплен положительный опыт межведомственного сотрудничества в этой сфере, успешно реализуются проекты, предполагающие участие общественных организаций инвалидов. Фактически, в регионе есть все условия для внедрения предложенного нами алгоритма содействия трудоустройству инвалидов. Дополнительных усилий требует выполнение отдельных его этапов. Так на этапе выхода инвалида на рынок труда у него должна быть возможность выбрать поставщика услуг по сопровождаемому

трудоустройству, что требует вовлечения в работу с инвалидами частных кадровых агентств. На этапе выбора профессии целесообразно предусмотреть участие семьи и близких, поскольку именно они хорошо знают о способностях и склонностях инвалида и непосредственно помогают ему добираться до работы, привыкать к новой социальной роли. Необходимо также предусмотреть участие в профессиональной подготовке инвалидов специализированных реабилитационных центров, которые могут оказать поддержку в формировании и тренировке навыков, необходимых на новом рабочем месте. Порядок предоставления таких услуг целесообразно включать, например, в существующие «индивидуальные планы по трудоустройству». Для повышения результативности содействия трудоустройству инвалидов необходимо разработать и принять комплексную региональную программу, регламентирующую финансирование, задачи, порядок межведомственного взаимодействия, сферы ответственности и результаты деятельности для всех её участников.

Трудовая деятельность – один из наиболее эффективных и востребованных механизмов обеспечения социального благополучия инвалидов. В Вологодской области сформированы все необходимые предпосылки для создания целостной ресурсной системы содействия наиболее полному вовлечению инвалидов в трудовую деятельность. Предложенный нами алгоритм содействия трудоустройству инвалидов может выступать одним из вариантов межведомственного взаимодействия и сотрудничества с общественными организациями в рамках подобной системы.

3.3. Перспективы внедрения концептуальной схемы социокультурной интеграции инвалидов и общества на примере Вологодской области

Обеспечение достойного уровня жизни инвалидов через создание им возможностей для трудоустройства, безусловно, выступает важным направлением социальной политики в интересах данной категории граждан. В то же время трудоустройство должно оставаться их правом, а не необходимостью. Важную роль в обеспечении социального благополучия инвалидов играют и иные направления работы. Среди них – социальное, медицинское и пенсионное страхование, выполнение обязательств по обеспечению доступности объектов инфраструктуры, общественных благ и услуг, необходимой информации, защита от дискриминации при реализации гражданских прав, выполнение обязательств по бесплатному лекарственному обеспечению. Особое место в ряду направлений социальной политики в интересах инвалидов занимает содействие их интеграции с обществом.

В первой главе нами была отмечена высокая значимость преодоления социального исключения инвалидов. В частности, высказано предположение, что обеспечение их социального благополучия невозможно без формирования общества, развивающегося по пути интеграции. Во второй главе на материалах региональных социологических исследований показано, что препятствиями для реализации потенциала лиц с инвалидностью остаются низкая степень доступности среды, существование барьеров социального участия и барьеров в сфере трудоустройства. В совокупности эти проблемы демонстрируют картину, характерную для переходного этапа развития социальной политики в отношении инвалидов. В данном параграфе рассмотрим возможное решение задачи содействия интеграции инвалидов и общества.

Наиболее полное включение инвалидов в жизнь общества выступает целевым ориентиром государственной социальной политики в отношении данной категории населения, что нашло отражение в федеральном законодательстве и правовых актах регионов. В связи с этим необходима комплексная политика в

области содействия интеграции инвалидов и общества. Недостаточно только создать возможности для трудовой деятельности, решить проблемы организации медико-социальной экспертизы и выстроить современную систему реабилитации, — необходимо изменить социокультурный контекст, в котором происходит взаимодействие инвалидов и общества. Существующие в настоящее время инструменты решения данной задачи малоэффективны. Нам представляется, что значимых успехов на этом пути можно достичь, аккумулируя лучшие региональные практики в сфере обеспечения интеграции инвалидов и общества.

На территории Вологодской области сформированы предпосылки и есть необходимые ресурсы для создания единой региональной политики в интересах инвалидов. Отдельные успешные практики в сфере содействия трудоустройству инвалидов, развития системы инклюзивного образования, о которых мы упоминали в разделе 3.2, могут быть использованы и в других регионах. В то же время, имеющаяся система работы с инвалидами требует совершенствования в аспектах, непосредственно касающихся содействия интеграционным процессам в региональном сообществе.

В Вологодской области действует Координационный совет по делам инвалидов при Губернаторе [210], однако его заседания проводятся редко, решения имеют рекомендательный характер, а полномочия в сфере проведения региональной социальной политики в отношении инвалидов ограничены.

В регионе функционирует сеть учреждений, задействованных в выполнении реабилитационных мероприятий для взрослых людей с инвалидностью. К ним относятся бюджетные медицинские учреждения, частные медицинские организации, оказывающие реабилитационные услуги, сеть комплексных центров социального обслуживания населения, общественные организации инвалидов [162]. Сеть данных организаций является базой для формирования региональной системы содействия интеграции инвалидов и общества. Для взрослых инвалидов, проживающих отдельно (не в условиях государственных учреждений), первостепенную роль играет доступность и качество реабилитационных услуг,

которые могут быть предоставлены в условиях дневного стационара, амбулаторно и на дому (таблица 3.7).

Таблица 3.7. — Государственные учреждения, предоставляющие реабилитационные услуги взрослым инвалидам в Вологодской области [155; 170]

Тип организации	Реабилитационные услуги	Территориальный охват
БУЗ ВО «Вологодский областной лечебно-реабилитационный центр»	Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Вологодская область
Комплексные центры социального обслуживания населения, функционирующие на территории 25 районов области (бюджетные учреждения социального обслуживания Вологодской области)	1) Разработка перечня мероприятий по реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, подготовка информации об исполнении данных мероприятий; 2) Обеспечение предоставления технических средств реабилитации, реабилитационных мероприятий и услуг отдельным категориям граждан, проживающих на территории области и не имеющих права на их получение в соответствии с федеральным законодательством; 3) Прокат технических средств реабилитации	Муниципальные районы и крупные города Вологодской области

Источники: [155; 170].

Вологодская область стала одним из регионов, активно включившихся в работу по формированию комплексной системы реабилитации инвалидов. В соответствии с поручением Министра труда и социальной защиты Российской Федерации Департаментом социальной защиты населения в 2018 году был проведён анализ состояния региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов. По итогам мероприятия был сделан вывод о «необходимости совершенствования региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов». Для достижения поставленной задачи был разработан «план мероприятий по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации

инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Вологодской области на 2019 – 2020 годы» [171].

В рамках реализации данного плана в регионе с 2020 года при поддержке Минтруда России реализуется подпрограмма «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Вологодской области». Подпрограмма является частью государственной программы «Социальная поддержка граждан в Вологодской области на 2014-2020 годы» и «направлена на повышение уровня обеспеченности инвалидов, реабилитационными и абилитационными услугами, ранней помощью, а также содействие занятости инвалидов, в том числе детей-инвалидов. В 2020 году на эти цели выделено 10,1 млн. рублей из федерального и 3,1 млн. рублей областного бюджета». Межведомственный характер работы по этой программе обеспечивается участием в ней в числе исполнителей Департаментов здравоохранения, образования, труда и занятости, физической культуры и спорта, а также культуры и туризма Вологодской области [149].

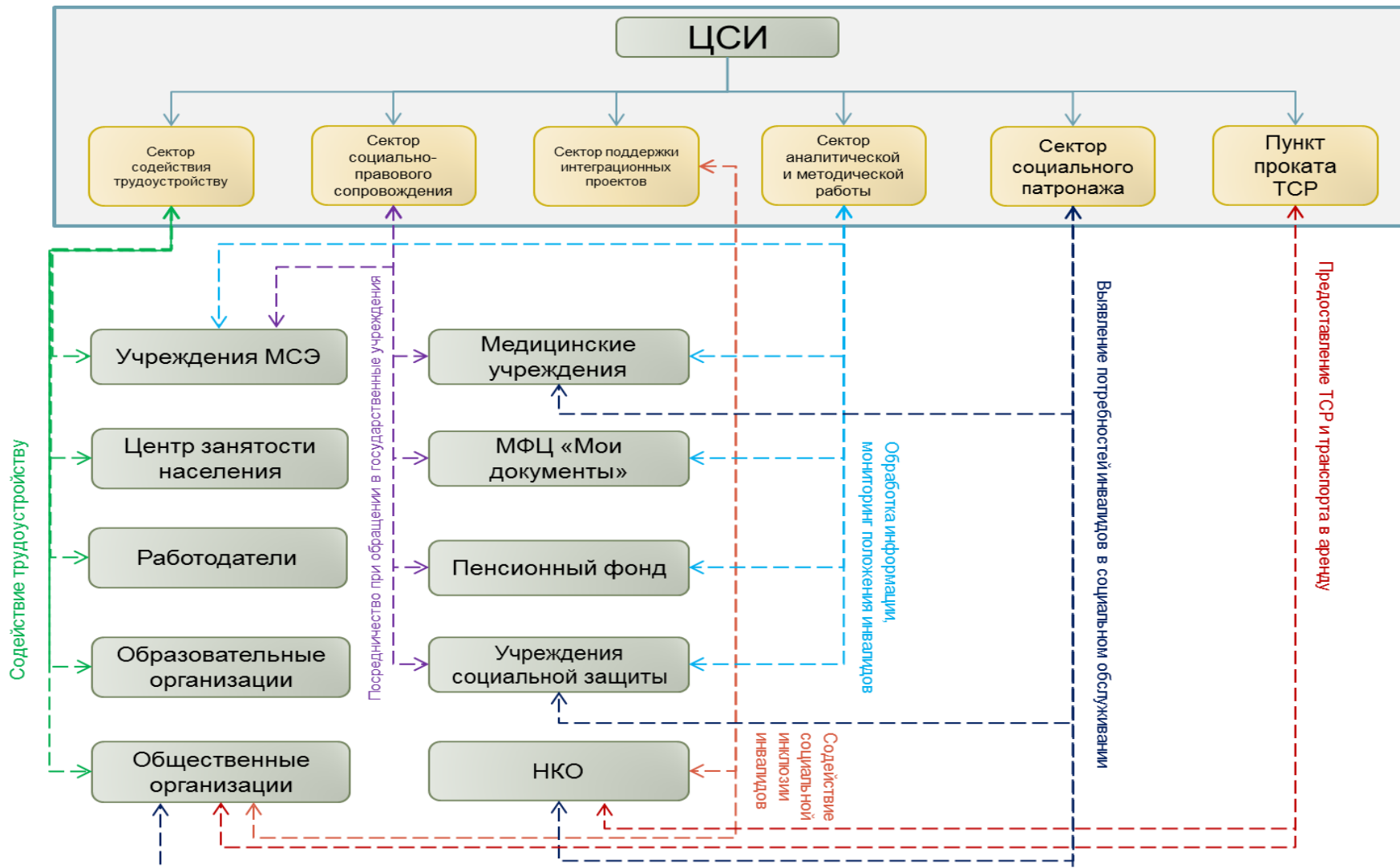
Среди инновационных практик, реализуемых в регионе, следует отметить формирование электронного «Банка социальных практик Вологодской области» на базе Департамента социальной защиты населения. Собранные практики включают, в том числе, опыт выполнения проектов, целевой аудиторией которых являются люди с инвалидностью [148]. Однако представленные проекты носят характер реабилитационных и практически не охватывают окружение инвалидов и население в целом.

В целом, хотя в регионе присутствуют важные элементы социальной политики в сфере интеграции инвалидов и общества, единой концепции и стратегии её развития и реализации не создано. В главе 1 было показано, что современный подход к формированию социальной политики в отношении инвалидов предполагает учёт интересов данной категории населения во всех сферах проводимой политики, а не столько создание набора отдельных программно-целевых инструментов, ориентированных на решение конкретных проблем людей с инвалидностью. Акцент сделан именно на формировании

современных институтов, которые способны обеспечить интеграционные процессы.

Для решения обозначенной задачи нами предложена концептуальная схема Центра социокультурной интеграции (ЦСИ; рисунок 3.5), который сможет стать звеном, координирующим работу региональных и муниципальных органов власти, общественных и некоммерческих организаций (НКО) в сфере обеспечения интеграции инвалидов и общества. Цель функционирования Центра – расширение возможностей инвалидов участвовать в экономической жизни, социокультурной деятельности, осуществлении гражданского контроля над выполнением социальных обязательств региональной и муниципальной власти.

Предлагается следующий перечень *направлений* работы Центра: выявление потребностей инвалидов в мерах социальной поддержки, образовательных услугах, содействии в поиске работы; посредничество при обращении граждан в учреждения МСЭ, социальной защиты и здравоохранения, центры занятости населения, к специалистам органов региональной и муниципальной власти; поддержка проектов НКО и общественных организаций, направленных на интеграцию инвалидов и общества; организация и проведение культурно-просветительских мероприятий, дискуссионных клубов по проблемам, которые затрагивают интересы инвалидов. Центр станет медиатором при взаимодействии инвалидов с государственными службами и общественными организациями. Предполагается, что Центр будет иметь подразделения в муниципальных образованиях региона, координацию работы которых будет осуществлять отдел, расположенный в столице региона. Центра может быть создан в форме некоммерческой организации (НКО) при поддержке региональной власти. Финансовое обеспечение деятельности Центра может осуществляться за счёт ведения деятельности, приносящей доход, а также за счёт целевых субсидий из регионального и местного бюджетов, грантовых средств, пожертвований частных организаций и отдельных граждан.



Обозначения: ТСР – технические средства реабилитации, МСЭ – учреждения медико-социальной экспертизы, НКО – некоммерческие организации.

Рисунок 3.5. — Концептуальная схема Центра социокультурной интеграции (ЦСИ)

Центр будет служить одним из каналов гражданского участия в управлении развитием территорий, которое выступает условием устойчивого развития современных демократических государств благосостояния. Его структура включает шесть основных секторов, каждый из которых будет вести собственное тематическое направление деятельности (таблица 3.8).

Таблица 3.8. — Функции и взаимодействия секторов Центра социокультурной интеграции

Сектор ЦСИ	Функции	Внешние взаимодействия
1. Сектор содействия трудоустройству инвалидов	Помощь инвалидам в поиске подходящей работы и в трудоустройстве	МСЭ; ЦЗН; общественные организации; НКО; работодатели
2. Сектор социально-правового сопровождения	Посредничество при обращении инвалидов в государственные учреждения здравоохранения, социальной защиты, медико-социальной экспертизы, пенсионный фонд и другие ведомства	МСЭ; медицинские учреждения; МФЦ «Мои документы»; ПФ РФ; учреждения социальной защиты населения
3. Сектор поддержки интеграционных проектов	Содействие социальной инклюзии инвалидов путём поддержки интеграционных проектов, реализуемых НКО и общественными организациями региона	НКО; общественные организации
4. Сектор аналитической и методической работы	Обработка обращений граждан, поступающих через электронные сервисы, их распределение по тематическим секторам; общая координация работы Центра, подготовка отчётности о его работе; мониторинг социально-экономического положения инвалидов в регионе	МСЭ; медицинские учреждения; МФЦ «Мои документы»; ПФ РФ; учреждения социальной защиты населения
5. Сектор социального патронажа	Посещение инвалидов на дому с целью выявления актуальных потребностей в реабилитационных мероприятиях, социальных и медицинских услугах	медицинские учреждения; учреждения социальной защиты населения; НКО; общественные организации
6. Пункт проката технических средств реабилитации (ТСР)	Предоставление в аренду технических средств реабилитации	НКО; общественные организации

Обозначения: МСЭ — учреждения медико-социальной экспертизы; ЦЗН — центры занятости населения; НКО — некоммерческие организации; МФЦ — многофункциональный центр; ПФ РФ — пенсионный Фонд Российской Федерации. Источник: составлено автором.

В число основных задач Центра входят:

- ✓ посещение инвалидов на дому с целью выявления актуальных потребностей в реабилитационных мероприятиях, социальных и медицинских услугах, содействию в трудоустройстве;
- ✓ посредничество между инвалидами и региональной властью, представителями различных социальных групп,
- ✓ реализация принципа «единого окна» для обращений в учреждения МСЭ, медицинские и образовательные учреждения;
- ✓ обсуждение государственных инициатив в социальной сфере;
- ✓ содействие социальной интеграции инвалидов и общества.

Целевую аудиторию проекта на первоначальном этапе его развития составят люди с инвалидностью, сохранившие способность к социальному участию. Именно с учётом их интересов будет формироваться тематика и содержание мероприятий. Работа специалистов Центра будет направлена также на расширение культурного обмена между обществом в целом и органами исполнительной власти, между представителями профессиональных сообществ и бизнесом, т.е. на организацию широкой сети взаимодействий между различными группами населения.

Форма организации Центра — некоммерческая организация, созданная, в том числе, при поддержке региональной власти.

Здание (или комплекс зданий), которое займёт Центр, будет полностью адаптировано к потребностям людей с различными типами ограничений жизнедеятельности (слабовидящих, слабослышающих, передвигающихся с использованием кресла-коляски). Для комфортного перемещения между уровнями здания должны быть установлены лифты и эскалаторы, для людей с ограниченными возможностями здоровья, в целом, обеспечено выполнение принципов доступности среды, универсального дизайна.

Функциональные направления работы Центра

1. Координация, контроль и методическое сопровождение работы различных ведомств в сфере выполнения ИПРА инвалидов в части, касающейся социокультурной и профессиональной реабилитации. Работа с обращениями граждан по поводу выполнения реабилитационных мероприятий.

2. Гражданско-правовое воспитание, просвещение. Общественное обсуждение законопроектов, стратегий и приоритетов развития города, региона.

3. Проведение просветительских мероприятий, практических занятий для всех участников, заинтересованных в формировании доступной среды и развитии инклюзивной культуры, в том числе на корпоративном уровне.

4. Работа информационного центра, позволяющего собирать и обрабатывать предложения людей по поводу совершенствования городской среды, идеи городских проектов, общественных мероприятий.

5. Площадка для проведения общественных обсуждений по широкому кругу проблем: от качества товаров и услуг до реализации принципов доступности и качества услуг здравоохранения, социальной защиты, образования, культуры и спорта.

6. Проведение научно-практических конференций.

7. Предоставление площадок для проведения инклюзивных праздников, фестивалей, выставок.

8. Организация совместного познавательного и культурного досуга для населения в целом и людей с различными типами ограничений жизнедеятельности.

9. Размещение актуальной информации о собственной деятельности на официальном сайте в сети Интернет: это новости, инициативы, направления работы, результаты голосований, обсуждений, проведения фокус-групп.

Центр может быть создан в форме НКО, финансирование которой будет смешанным – частно-государственным. Возможно, в том числе, и привлечение долгосрочных инвестиций в образовательные и культурно-просветительские проекты Центра, расширение сети деловых контактов с предприятиями региона и страны в целом.

Ожидаемый социальный эффект

Результат для общества в целом состоит в повышении качества жизни за счёт расширения возможностей социального участия граждан и согласования целей и задач управления развитием территории с потребностями населения. Этот эффект достигается благодаря формированию механизма общественного влияния на

принятие политических решений. Не менее значим результат, связанный с выработкой системы ценностей и нравственных ориентиров, которая отвечает целям устойчивого экономического, демографического, культурного развития территории.

Особенно важно участие в работе Центра для представителей социально-уязвимых категорий населения, поскольку позволяет расширить устойчивую сеть социальных отношений, составляющую основу формирования социального капитала [17]. На практике каждый из постоянных участников работы Центра оказывается вовлечён в достаточно обширную сеть полезных контактов, соответствующую сфере его интересов и постоянно увеличивающую объём социального капитала благодаря привлечению новых участников и укреплению внутренних связей. Соответственно, растут и возможности каждого из участников, повышается значимость коллективных решений данного сообщества с точки зрения органов управления.

Таким образом, создание условий для трудоустройства инвалидов и вовлечение их в общественную жизнь посредством реализации интегрирующих социокультурных проектов позволит повысить социальное благополучие представителей рассматриваемой группы, а также населения в целом благодаря использованию форм активного гражданского участия в управлении социальным развитием территорий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе представлены результаты анализа социально-экономических проблем, связанных с существованием такого феномена, как инвалидность. Ранние исследования инвалидности проводились в рамках медицинских наук и не затрагивали аспекты социального функционирования людей с ограниченными возможностями здоровья. Этот период продолжался вплоть до появления социальной модели инвалидности. Активизация общественных движений, защищающих права инвалидов, во второй половине XX века привела к переосмыслению истоков инвалидности, её природы и помощи, которую государства должны предоставлять инвалидам. В этот период сформировалась идея социального государства, его принципы, появились политические системы, провозгласившие курс на создание именно такого общественного устройства.

Права инвалидов были всесторонне защищены на международном уровне после принятия соответствующей Конвенции ООН 13 декабря 2006 года [190]. Подписание и ратификация [209] указанного документа Российской Федерацией повлекли за собой значительное изменение социальной политики в отношении инвалидов. Акцент был сделан на обеспечении доступности объектов и услуг для людей с разными типами ограничений здоровья, а также на интеграции инвалидов и общества. Продолжающееся совершенствование указанных направлений политики демонстрирует готовность государства к работе над решением сложных социальных проблем.

О том, что инвалидность – сложная социально-демографическая проблема, свидетельствует не только разнообразие её последствий, но и широкий спектр причин распространения. К случаям инвалидности приводят демографическое старение, сопряжённое с ростом числа случаев хронических заболеваний, патологии, поражающие население трудоспособного возраста (например, ВИЧ, онкологические болезни, психические расстройства), производственный травматизм, травматизм, связанный с дорожно-транспортными происшествиями,

врождённые патологии у детей. Каждой из приведённых групп причин можно противопоставить специфические и общие меры профилактики, но даже их успешная реализация не позволит избежать новых случаев инвалидности. Для практики социального управления это означает сохранение актуальности работы по социальной инклюзии инвалидов, социальной интеграции.

Ориентиром социальной политики современных государств выступает достижение благополучия всех категорий населения. Социальное благополучие очень широкое понятие, которое имеет собственные трактовки в рамках медицинских, социальных и экономических наук. В рамках экономического подхода, принятого в настоящей работе, социальное благополучие рассматривается как составляющая качества жизни населения наряду с характеристиками состояния здоровья.

Выстраивание социальной политики должно опираться на достоверную информацию о положении инвалидов, объективное представление о проблемах, с которыми они сталкиваются, и о социально-экономических последствиях инвалидизации населения. В то же время, показано, что в России сохраняют актуальность проблемы достоверности статистического учёта численности инвалидов, проблемы выбора целевых ориентиров при сборе статистических данных, характеризующих условия и образ жизни инвалидов, их включённость в общество на региональном уровне. Дополнительную сложность создаёт отсутствие представленности таких данных в разрезе целевых групп инвалидов, выделяемых по типам ограничений жизнедеятельности, которые имеют первостепенное значение для адресной организации мероприятий по созданию доступной среды, обеспечению условий для интеграции. В связи с этим, в рамках данного исследования решена задача построения и апробации на региональных данных методики оценки социального благополучия инвалидов. Ввиду того, что на региональном уровне отсутствует система статистического наблюдения за положением инвалидов в обществе, при создании инструментария мы опирались на данные социологических опросов. Модельным регионом для апробации методики послужила Вологодская область. Выбор обусловлен тем, что основные

показатели её социально-экономического развития соответствуют среднероссийскому уровню. Установлено, что в региональном сообществе сохраняются барьеры инклюзии инвалидов: не создана доступная среда, у населения отсутствуют навыки общения с инвалидами, сохраняются негативные стереотипы в их отношении. Среди самих инвалидов распространено скептическое восприятие возможности свободного общения с окружающими и ведения нормальной жизни с учётом состояния собственного здоровья. Показано, что в течение всего периода наблюдения (2013 – 2016, 2018, 2020 гг.) величина индекса социального благополучия инвалидов находилась на среднем уровне. Расчёты, проведённые в отношении четырёх целевых групп инвалидов (инвалиды по слуху, зрению, передвигающиеся в кресле-коляске, а также требующие постоянного ухода), подтвердили взаимосвязь между типом ограничений жизнедеятельности и характером барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды в региональном сообществе.

Направления социальной политики в интересах инвалидов могут быть дифференцированы в зависимости от специфики их потребностей, связанной с имеющимися ограничениями жизнедеятельности, а также уровнем их экономической и социальной активности. В рамках данного исследования мы сосредоточили внимание на поиске дополнительных возможностей интеграции инвалидов, которые заинтересованы в расширении своего участия в экономической и социокультурной жизни регионального сообщества. Для людей с инвалидностью, сохранивших способность и желание работать, одним из наиболее эффективных механизмов преодоления финансовой зависимости, расширения круга общения, усиления возможностей в защите собственных прав выступает трудоустройство. Показано, что в Российской Федерации и в Вологодской области присутствует прослойка людей с инвалидностью, заинтересованных в получении работы. На примере Вологодской области рассчитано, что бюджетные затраты на создание 204 специализированных рабочих мест (в 2015 г.) могут быть полностью компенсированы в течение двух последующих лет за счёт поступлений подоходного налога от трудоустроенных на них инвалидов. Величина затрат к

концу этого периода окажется ниже налоговых поступлений на 1,85 млн. рублей. Данный расчёт справедлив при условии, что величина заработной платы инвалидов будет составлять 95% от средней заработной платы населения региона. Более полное вовлечение безработных инвалидов в трудовую деятельность экономически целесообразно также ввиду потенциальной выгоды для государства и общества, величина которой, согласно нашим расчётам, в 2018 году могла бы составить 103,09 млрд. руб. (0,1% от ВВП) для России и 490,01 млн. руб. (0,08% от ВРП) для Вологодской области.

На основе анализа результативности механизмов содействия трудоустройству инвалидов сформулированы рекомендации по их совершенствованию, предложен алгоритм содействия трудоустройству инвалидов, учитывающий необходимость межведомственного взаимодействия и соблюдения преемственности в работе участников данного процесса. На примере Вологодской области показано, что в регионе его элементы уже частично применяются в практике работы по содействию трудоустройству инвалидов, что создаёт благоприятную базу для полного внедрения данного алгоритма.

В то же время задача обеспечения социального благополучия инвалидов намного шире, чем содействие их трудоустройству. Как показали данные опросов, многие повседневные проблемы инвалидов связаны с отсутствием возможностей равноправного общения с окружающими людьми. Для преодоления этой проблемы в заключительной главе настоящей работы предложена концептуальная схема Центра социокультурной интеграции. Реализация подобного проекта обеспечит инвалидам возможность принимать участие в обсуждении социальных проблем, управленческих решений, затрагивающих их интересы, распространять собственные убеждения, расширять круг общения. Этот механизм может стать частью региональной системы взаимодействия власти и общества, обеспечивающей достижение баланса интересов социальных групп при принятии управленческих решений.

Проведённое исследование позволило расширить понимание инвалидности, представление о подходах к оценке социального благополучия инвалидов,

разработать инструментарий его оценки, предложить пути совершенствования региональных практик обеспечения социальной интеграции инвалидов и общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрахамсон, П. Социальная эксклюзия и бедность / П. Абрахамсон // *Общественные науки и современность*. – 2001. – №2. – С. 158 – 166
2. Авцинова, Г. И. Международный и российский опыт интеграции в общество людей с инвалидностью: политологический анализ / Г. И. Авцинова, С. А. Фурсов // *Ученые записки российского государственного социального университета*. – 2009. – № 2. – С. 116 – 125.
3. Айвазян, С. А. Анализ синтетических категорий качества жизни населения субъектов Российской Федерации: их измерение, динамика, основные тенденции / С.А. Айвазян // *Уровень жизни населения регионов России*. – № 11. – 2002. – С. 5 – 40
4. Айвазян, С. А. Анализ синтетических категорий качества жизни населения и выявление ключевых направлений совершенствования (на примере Самарской области) / С.А. Айвазян, В.С. Степанов, М.И. Козлова // *Прикладная эконометрика*. – 2006. – №2. – С. 18 – 84
5. Александрова, О. А. Усиление селективности социальной политики и перспективы снижения бедности / О. А. Александрова, А. В. Ярашева // *Народонаселение*. – 2018. – Т. 21. – № 1. – С. 4-21. – DOI 10.26653/1561-7785-2018-21-1-01.
6. Антонова, В. К. Концепты социальной инклюзии и эксклюзии в глобальном обществе: дрейф по социальным институтам, акторам и практикам / В. К. Антонова // *Журнал исследований социальной политики*. – 2015. – № 2. – С. 151 – 170
7. Батулин, Н. А. Теоретическая модель личностного благополучия / Н. А. Батулин, С. А. Башкатов, Н. В. Гафарова // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. – 2013. – Т. 6. – № 4. – С. 4-14.

8. Беляева, Л. А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации / Л.А. Беляева // Социологические исследования. – №1. – 2009. – С. 33 – 42
9. Биктимирова, З. З. Качество жизни и современная экономическая теория / З. З. Биктимирова // Известия Уральского государственного экономического университета. – 2006. – № 4 (16). – С. 23–29.
10. Блэ, М. К. Солидарность / М. К. Блэ // Социологические исследования. – 2018. – № 8(412). – С. 12-21. – DOI 10.31857/S013216250000757-5.
11. Бобков, В. Н. Вопросы теории, методологии изучения и оценки качества и уровня жизни населения / В. Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. №6 (136). – 2009. – С. 3–15.
12. Бобков, В. Н. Нобелевский лауреат Ангус Дитон и развитие российской науки: исследования уровня и качества жизни, методы оценки и измерения неравенства и бедности / В. Н. Бобков, В. Г. Квачёв, О. И. Щербакова // Уровень жизни населения регионов России. 2015. – №4 (198). – С. 7–26.
13. Бобков, В. Н. Оценка качества жизни населения на основе системы социальных стандартов / В. Н. Бобков, Н. А. Денисов, Н. С. Маликов // Уровень жизни населения регионов России. – 2009. – № 6 (136). – С. 27–33.
14. Бобков, В. Н. Социальное неравенство в России / В. Н. Бобков, Е. В. Одинцова // Журнал Новой экономической ассоциации. – 2020. – № 3(47). – С. 179-183. – DOI 10.31737/2221-2264-2020-47-3-8.
15. Больницкая, А. Н. Инвалиды и общество / А. Н. Больницкая // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2014. – № 4(122). – С. 119–127. – DOI 10.14515/monitoring.2014.4.07.
16. Бородкин, Ф. М. Социальные эксклюзии / Ф. М. Бородкин // Социологический журнал. – 2000. – № 3 (4). – С. 5 – 17.
17. Бурдьё, П. Формы капитала / П. Бурдьё // Классика новой экономической социологии [Текст] / сост. В. В. Радаев, Г. Б. Юдин ; пер. с англ. и с фр. ; под науч. ред. В. В. Радаева, Г. Б. Юдина ; Нац. исслед. ун-т

- «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – С. 293–315
18. Бурдяк, А. Я. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы / А. Я. Бурдяк, А. О. Тындик // Вестник НГУЭУ. – 2016. – № 1. – С. 22–43.
19. Бурдяк, А. Я. Социальное положение инвалидов: проблема одиночества / А. Я. Бурдяк, А. О. Тындик // Народонаселение. – 2016. – № 2 (72). – С. 26–37.
20. Буркин, М. М. Интегральная оценка качества жизни людей пожилого возраста в регионах России / М. М. Буркин, Е. В. Молчанова // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2018. – № 7(113). – С. 10. URL: <http://uecs.ru/demografiya/item/5003-2018-07-05-07-32-40>
21. Васин, С. А. Перспективы изменения численности и возрастного состава взрослых инвалидов в России / С. А. Васин // Проблемы прогнозирования. – 2017. – №5. – С. 129–139.
22. Власова, О. А. Социология человека Ирвинга Гофмана: личность как сопротивление социальному в теориях стигматизации и тотальных институций / О. А. Власова // Социологический журнал. – 2011. – № 4. – С. 5–20.
23. Воеводина, Е. В. Инвалидность как социальная проблема и объект специальной отрасли социологии / Е. В. Воеводина, Д. С. Райдугин // Вестник МГГЭИ. – 2013. – № 3. – С. 16–25.
24. Воронин, Г. Л. Объективные и субъективные показатели общественного благополучия / Г. Л. Воронин // Социологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 41–54.
25. Гранин, Ю. Д. Россия как социальное государство. Проблемы и перспективы / Ю. Д. Гранин // Личность. Культура. Общество. – 2019. – Т. 21. – № 1–2(101–102). – С. 63–74. – DOI 10.30936/1606-951X-2019-21-1/2-63-74.

26. Григорьева, М.И. Исследование проблемы инвалидности в социологии // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. – 2021. – №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-problemy-invalidnosti-v-sotsiologii> (дата обращения: 07.09.2021)
27. Григорьева, И. А. Социальное благополучие как цель социальной работы / И. А. Григорьева, В. Н. Келасьев, И. Л. Первова // Отечественный журнал социальной работы. – 2013. – № 4(55). – С. 41–70.
28. Григорьева, И. А. Социальное благополучие как цель социальной работы / И. А. Григорьева, В. Н. Келасьев, И. Л. Первова // Отечественный журнал социальной работы. – 2014. – № 1(56). – С. 43–59.
29. Грязнова, О. С. Запрос населения на государственную поддержку и оценки последствий деятельности социального государства в России и Европе / О. С. Грязнова // Социологические исследования. – 2014. – № 11(367). – С. 44–52.
30. Гусякова, Л.Г. Виталистская модель социальной работы как основа обеспечения качества жизни населения / Л.Г. Гусякова, Г.В. Говорухина, С.И. Григорьев // Уровень жизни населения регионов России. – 2013. – № 3 (181). – С. 78–80.
31. Дарган, А.А. Проблемы социальной интеграции инвалидов и роль общественных организаций в их решении / А.А. Дарган // Вестник Международного института экономики и права. – 2013. – № 4(13). – С. 96–103.
32. Дементьева, Н.Ф. Трудоустройство лиц с интеллектуальной недостаточностью в различных социальных условиях / Н.Ф. Дементьева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2013. – № 3. – С. 24–29.
33. Демьянова, А. В. Влияние статуса инвалида на предложение труда в России / А. В. Демьянова, А. Л. Лукьянова // Прикладная эконометрика. 2016. – №4(44). – С. 50–74.
34. Демьянова, А. В. Социальная политика в сфере защиты прав инвалидов в России [Электронный ресурс] : препринт / А.В. Демьянова; Нац. исслед. ун-

- т Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP3 «Проблемы рынка труда»). – 50 с.
35. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья / Ж.Л. Варакина, Л.А. Арапова, А.М. Вязьмин, А.Л. Санников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – №4. – С. 18–20.
36. Жигунова, Г. В. Условия для независимой жизни людей, имеющих инвалидность (по результатам исследования) / Г. В. Жигунова // Baikal Research Journal. – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 2. – DOI 10.17150/2411-6262.2019.10(4).2.
37. Землянова, Е. В. К вопросу прогнозирования демографических процессов в постпандемическом обществе: мнение зарубежных специалистов / Е. В. Землянова, А. Е. Иванова // Социально-демографический потенциал российской молодёжи : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Ялта, 22–24 апреля 2021 года. Ялта: Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук, 2021. С. 72–77. – DOI 10.19181/conf.978-5-89697-348-5.2021.12.
38. Зязин, В. Н. Система потребительских бюджетов и трудоустройство инвалидов / В. Н. Зязин // Уровень жизни населения регионов России. – 2009. – № 7 (137). – С. 55–60.
39. Иванова, А. Е. Прогноз смертности в России исходя из контроля за основными социальными детерминантами // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – № 6. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1215/30/lang,ru/> – DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-6 (дата обращения: 11 октября 2021).
40. Иванова, А. Е. Резервы снижения смертности в России, обусловленные эффективностью здравоохранения / А. Е. Иванова, В. Г. Семенова, Т. П. Сабгайда // Вестник Российской академии наук. – 2021. – Т. 91. – № 9. – С. 865–878. – DOI 10.31857/S086958732109005X.

41. Исаев, Н. И. Риски социальной эксклюзии в регионах России: методологический инструментарий и результаты оценки / Н.И. Исаев, А. К. Капустин, С. Н. Смирнов // Вопросы статистики. – 2015. – № 8. – С. 47–55.
42. Кавокин, С. Н. Нужны ли государству инвалиды? / С. Н. Кавокин // Человек и труд. – 2008. – № 5. – С. 17–22.
43. Кавокин, С. Н. О необходимости совершенствования системы аттестации и сертификации рабочих мест в интересах трудоустройства инвалидов в современных условиях / С. Н. Кавокин // Охрана и экономика труда. – 2012. – № 3. – С. 32–33.
44. Кавокин, С. Н. Профессиональная реабилитация инвалидов в России / С. Н. Кавокин // Досье на цензуру. – 2008. – URL: <http://index.org.ru/journal/28/kavokin.html>
45. Калашников, С. В. Очерки теории социального государства / С. В. Калашников. – Москва : Экономика, 2006. – 272 с.
46. Камдина, Л.В. Оценка влияния пандемии COVID-19 на качество жизни населения / Л. В. Камдина // Вестник Челябинского государственного университета. – 2020. – № 11(445). – Экономические науки. – Вып. 71. – С. 224–230. – DOI 10.47475/1994-2796-2020-11126.
47. Канарш, Г. Ю. «Незачем резать курицу, несущую золотые яйца»: социальное государство и его трансформации в начале XXI века / Г. Ю. Канарш // Социологические исследования. – 2020. – № 6. – С. 51–60. – DOI 10.31857/S013216250009292-4.
48. Каримов, А. Г. Депривационный подход к оценке и анализу бедности работающего населения в регионе / А. Г. Каримов // Социодинамика. – 2020. – № 6. – С. 57–65. – DOI 10.25136/2409-7144.2020.6.33239.
49. Каткова, И. П. Преждевременная смертность и ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения в контексте задач национального развития России / И. П. Каткова, С. И. Рыбальченко // Народонаселение. – 2020. – Т. 23. – № 4. – С. 83–92. – DOI 10.19181/population.2020.23.4.8.

50. Кислицына, О. А. Долгосрочные негативные последствия пандемии COVID-19 для здоровья населения / О. А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. – № 4. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-4-2.
51. Колосова, А. И. Влияние работы по профилю полученной специальности на заработную плату и удовлетворенность работой выпускников вузов / А. И. Колосова, В. Н. Рудаков, С. Ю. Рощин // Вопросы экономики. – 2020. – № 11. – С. 113–132. – DOI 10.32609/0042-8736-2020-11-113-132.
52. Константинова, Л. В. Социальная политика как фактор конструирования неравенства: новая модель патернализма / Л. В. Константинова // Власть. – 2017. – Т. 25. – № 2. – С. 16–21.
53. Коржук, С. В. Эксклюзия людей с инвалидностью: воспроизводство неравенства / С. В. Коржук // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. – 2016. – № 3. – С. 134–146.
54. Кормщиков, Д. А. К какой модели социальной политики стремится Россия? / Д. А. Кормщиков // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2014. – № 1–2. – С. 439–444.
55. Корчагин, В.П. Экономическая оценка ущерба от людских потерь / В.П. Корчагин, В.Л. Нарожная // Проблемы прогнозирования. – 1998. – № 5. – С. 109–120.
56. Космина, Е. А. Качество жизни и его основные детерминанты / Е. А. Космина // Вестник экономической интеграции. – №1–2. – 2013. – С. 178–192
57. Космина, Е.А. О методических ориентирах исследования качества жизни / Е.А. Космина, Е.С. Дубенская // Российское предпринимательство. – 2014. – № 2. – С. 98–107
58. Кочеткова, Л. Н. Социальное государство в России: двадцать лет спустя / Л. Н. Кочеткова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2013. – № 2. – С. 32–40.

59. Кузьминова, Т. В. Состояние государственной поддержки инвалидов в области занятости населения / Т. В. Кузьминова, И. С. Горлов, Е. В. Одинцова // Уровень жизни населения регионов России. – 2010. – №7. – С. 59–68.
60. Кузьмичев, Л. А. Методика оценки качества жизни / Л. А. Кузьмичев, М. В. Фёдоров, Е. Е. Задесенец. – М.: ВНИИТЭ Миннауки России, 2000. – 48 с.
61. Кулагина, Е. В. Новая политика государств благосостояния: контекст для анализа положения лиц с инвалидностью / Е. В. Кулагина // Социологическая наука и социальная практика. – 2020. – Т. 8. – № 4 (32). – С. 121–136.
62. Кулагина, Е. В. Образование детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья: тенденции и критерии регулирования / Е.В. Кулагина // Социологические исследования. – 2015. – № 9 (377). – С. 94–101.
63. Кулагина, Е. В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты / Е. В. Кулагина // Региональная экономика: теория и практика. – 2016. – № 11. – С. 103–119.
64. Кулагина, Е. В. Социальная политика в отношении инвалидов в государствах благосостояния и России: переход к независимой жизни и инклюзии / Е. В. Кулагина // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2017. – Т. 13. – № 10 (355). – С. 1944–1971.
65. Кулагина, Е. В. Специальное образование детей с ограниченными возможностями здоровья: региональное неравенство / Е.В. Кулагина // Социологические исследования. – 2019. – № 3. – С. 49–62.
66. Кулькова, И. А. Влияние пандемии коронавируса на демографические процессы в России / И. А. Кулькова // Human Progress. – 2020. – Т. 6. – Вып. 1. – URL: http://progresshuman.com/images/2020/Tom6_1/Kulkova.pdf. DOI 10.34709/IM.161.5
67. Кученкова, А. В. Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения / А. В. Кученкова

- // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. – 2016. – № 2(4). – С. 118–127.
68. Лапин, Н. И. Формирование социального государства – способ успешной эволюции общества / Н. И. Лапин // Социологические исследования. – 2018. – № 8. – С. 3–11.
69. Левашов, В. К. Социальное государство: исторический генезис и динамика становления в России / В. К. Левашов // Социологические исследования. – 2014. – № 7(363). – С. 32–46.
70. Лига, М.Б. Современные социологические концепции качества жизни / М.Б. Лига, И.А. Щёткина // Вестник ЧитГУ. – 2012. – № 6 (85). – С. 55–63.
71. Лига, М.Б. Теоретико-методологические основания становления концепции качества жизни в истории философии / М.Б. Лига // Вестник Читинского государственного университета. – 2009. – № 5 (56). – С. 203–209.
72. Лисицын, Ю.П. Образ жизни и здоровье населения [Текст] : монография / Ю.П. Лисицын. – М.: Знание, 1982. – 40 с.
73. Локосов, В. В. Кластеризация регионов России по показателям качества жизни и качества населения / В. В. Локосов, Е. В. Рюмина, В. В. Ульянов // Народонаселение. – 2019. – Т. 22. – № 4. – С. 4-17. – DOI 10.24411/1561-7785-2019-00035.
74. Лэндри, Ч. Креативный город / Ч. Лэндри. – М.: Издательский дом “Классика-XXI”, 2011. – 399 с.
75. Люблинский, В. В. Социальное государство: проблемы и приоритеты в цифро-сетевом обществе / В. В. Люблинский, Л. В. Макушина // Среднерусский вестник общественных наук. – 2019. – Т. 14. – № 4. – С. 108–122. – DOI 10.22394/2071-2367-2019-14-4-108-122.
76. Макаренцева, А. О. Как оценить число инвалидов в России / А. О. Макаренцева, С. А. Васин, Р. Р. Хасанова // Демоскоп Weekly. – 2016. – № 695–696. – URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/tema01.php> (дата обращения: 29.04.2020)

77. Мерзлякова, И. М. Меры содействия трудоустройству людей с ограниченными возможностями здоровья / И. М. Мерзлякова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2015. – № 8(58). – С. 140–144.
78. Методология статистического анализа, оценки и прогнозирования положения инвалидов на столичном рынке труда : Научное издание / О. А. Александрова, Е. И. Медведева, М. С. Токсанбаева [и др.] ; АНО «Совет по вопросам управления и развития», Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук. – Москва : ООО "Вариант", 2018. – 168 с. – ISBN 9785000800997.
79. Мигранова, Л. А. Методические подходы к оценке качества жизни населения в регионах / Л. А. Мигранова, В. В. Ульянов // Народонаселение. – 2017. – № 3. – С.116–129. – DOI: 10.26653/1561-7785-2017-3-9.
80. Мигранова, Л. А. Комплексная оценка качества жизни / Л. А. Мигранова, Е. В. Моргунов // Народонаселение современной России: воспроизводство и развитие. – М.: Экон-Информ, 2015. – С. 167–191.
81. Мигранова, Л. А. Программа "Доступная среда" и оценка ее реализации инвалидами / Л. А. Мигранова, Ю. С. Ненахова // Народонаселение. – 2015. – № 1(67). – С. 107–122.
82. Мирзабалаева, Ф. И. Проблемы трудоустройства инвалидов на региональном рынке труда / Ф. И. Мирзабалаева // Вестник Дагестанского государственного университета. – 2012. – № 5. – С. 62–66.
83. Мироедов, А. А. Качество жизни в современных оценках экономического роста и социального прогресса / А. А. Мироедов, В. А. Кретинин // Вопросы статистики. – 2012. – № 2. – С. 44–49.
84. Морозова, Т. В. Оценка качества жизни на основе индикаторов социально-экономического благополучия населения / Т. В. Морозова, Р. В. Белая, С. Г. Мурина // Труды Карельского научного центра Российской академии наук. – 2013. – № 5. – С. 140–146.

85. Муравьева, М. Г. Калеки, инвалиды или люди с ограниченными возможностями? Обзор истории инвалидности / М. Г. Муравьева // Журнал исследований социальной политики. – 2012. – Т. 10. – № 2. – С. 151–166.
86. Наберушкина, Э. К. Доступность городской среды для инвалидов / Э. К. Наберушкина // Социологические исследования. – 2010. – № 9 (317). – С. 58–64.
87. Наберушкина, Э. К. Город для всех: социологический анализ доступности городского пространства для инвалидов / Э. К. Наберушкина // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2011. – Т. 14. – № 3. – С. 119–139.
88. Наберушкина, Э. К. Обзор социальных проблем инвалидности в контексте занятости, социальной политики и социальных дистанций / Э. К. Наберушкина // Журнал исследований социальной политики. – 2017. – Т. 15. – № 2. – С. 333–340.
89. Наберушкина, Э. К. Перспективы создания доступной среды / Э. К. Наберушкина // Вестник Саратовского государственного технического университета. – 2012. – Т. 1. – № 1 (63). – С. 205–208.
90. Назарова, И. Б. Здоровье и качество жизни жителей России / И. Б. Назарова // Социологические исследования. – 2014. – № 9(365). – С. 139–145.
91. Нацун, Л. Н. Возрастная специфика поведенческих рисков инвалидизации российского населения / Л. Н. Нацун // Социальная компетентность. – 2020. – Т. 5. – № 1(15). – С. 110–127.
92. Нацун Л. Н. Интеграция инвалидов и общества: результативность мероприятий региональной социальной политики (на примере Вологодской области) / Л. Н. Нацун // Проблемы развития территории. – 2019. – №2 (100). – С. 95–115.
93. Нацун Л. Н. Исследование особенностей статистического учета первичной инвалидности взрослого населения в России в контексте социальной политики / Л. Н. Нацун // Siberian Socium. – 2020. – Том 4. – № 2 (12). – С. 32–47. – DOI: 10.21684/2587-8484-2020-4-2-32-47

94. Нацун, Л. Н. К вопросу об экономической цене инвалидности / Л. Н. Нацун, А. А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2018. – Т. 11. – № 2. – С. 160–174. – DOI: 10.15838/esc.2018.2.56.11
95. Нацун Л. Н. Ограничения жизнедеятельности и негативная самооценка здоровья как индикаторы риска латентной инвалидности: анализ в разрезе половозрастных групп населения / Л. Н. Нацун // Анализ риска здоровью. – 2021. – № 2. – С. 145–155. – DOI: 10.21668/health.risk/2021.2.14
96. Нацун, Л. Н. "Поддерживаемое трудоустройство" инвалидов: обзор мирового опыта / Л. Н. Нацун // Вестник УрФУ. Серия: Экономика и управление. 2017. – Т.16. – №4. – С. 663–680.
97. Невская, М. В. Создание центров содействия трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ в высших учебных заведениях / М. В. Невская // Вестник УГУЭС. Наука, Образование, Экономика. Серия: Экономика. – 2015. – №3 (13). – С. 36–40.
98. Ненахова, Ю. С. Трудовой потенциал инвалидов: проблемы реализации / Ю. С. Ненахова // Народонаселение. – 2018. – Т. 21. – № 3. – С. 96–108.
99. Нуреев, Р. М. Олимпийский деловой цикл / Р. М. Нуреев, Е. В. Маркин // Экономический вестник Ростовского государственного университета. – №3. – 2008. – С. 50–64
100. Осипов, С. А. Социализация и занятость инвалидов / С. А. Осипов // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. – 2006. – № 2. – С. 42 – 47.
101. Панченко, М. И. Отношение инвалидов к трудоустройству в условиях безработицы: психологический аспект / М. И. Панченко // Северо-Кавказский психологический вестник. – 2008. – № 6 (2). – С. 23– 27.
102. Пасовец, Ю. М. Риски бедности населения в современных российских условиях / Ю. М. Пасовец // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 2(38). – С. 143–160. – DOI 10.15838/esc/2015.2.38.9.

103. Петросянц, Д. В. Социальное неравенство и бедность как факторы сдерживания долгосрочного экономического роста / Д. В. Петросянц // Власть. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 64–69. – DOI 10.31171/vlast.v28i1.7043.
104. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе / А. А. Шабунова, О. Н. Калачикова, Н. А. Кондакова [и др.]. – Вологда : Вологодский научный центр Российской академии наук, 2014. – 134 с. – ISBN 9785932992753.
105. Проблемы учета смертности от внешних причин / В. Г. Семенова, С. Ю. Никитина, Н. С. Гаврилова, В. Г. Запорожченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61. – № 4. – С. 202–212. – DOI 10.18821/0044-197X-2017-61-4-202-212.
106. Прохоров, Б.Б. Причины гибели людей в мирное время и экономическая оценка стоимости потерь / Б.Б. Прохоров, Д.И. Шмаков // Проблемы прогнозирования. – 2013. – № 4 (139). – С. 139–147.
107. Римашевская, Н. М. Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения / Н. М. Римашевская // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 4(12). – С. 48–61.
108. Романов, П. В. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2010. – № 9 (317). – С. 50–57.
109. Романов, П. В. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова. – Саратов : Науч. кн., 2006. – 260 с.
110. Россошанский, А. И. Социально-экономическое неравенство населения в контексте развития социального государства современной России / А. И. Россошанский // Вестник НГИЭИ. – 2019. – № 7(98). – С. 108–117.
111. Рубинштейн, А. Я. Государственный патернализм и патерналистский провал в теории опекаемых благ / А. Я. Рубинштейн, А. Е. Городецкий //

Журнал институциональных исследований. – 2018. – Т. 10. – № 4. – С. 38–57.
– DOI 10.17835/2076-6297.2018.10.4.038-057.

112. Рубинштейн, А. Я. Социальный либерализм: к вопросу экономической методологии / А. Я. Рубинштейн // *Общественные науки и современность*. – 2012. – № 6. – С. 13–34.

113. Рузаева, Е. М. Соотношение понятия «инвалид» в российском и международном праве / Е. М. Рузаева // *Известия Оренбургского государственного аграрного университета*. – 2014. – № 6 (50). – С. 242 – 244.

114. Сабгайда, Т. П. Изменение структуры причин смерти во второй год пандемии COVID-19 в Москве / Т. П. Сабгайда, А. В. Зубко, В. Г. Семенова // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2021. – Т. 67. – № 4. – DOI 10.21045/2071-5021-2021-67-4-1.

115. Сизова, И. Л. Социальное государство в современном обществе и динамика российской композиции социальной политики / И.Л. Сизова // *Личность. Культура. Общество*. – 2006. – Вып. 3 (31). – С. 172–193.

116. Симакина, М.А. Информационное общество как основа формирования нового качества жизни человека / М.А. Симакина // *Управление экономическими и социальными системами: электронный научный журнал*. – 2012. – № 4 (40). – С. 44. – URL: www.uecs.ru/uecs40-402012 (дата обращения: 08 сентября 2021).

117. Соболева, И. В. Вызовы для социальной политики России: необходимость новой модели / И. В. Соболева, Т. В. Чубарова // *Экономическая наука современной России*. – 2017. – № 3(78). – С. 55–69.

118. Становление государства благосостояния и перспективы социального государства в России. Реалии и проекты / под общ. ред. Н.И. Лапина; Ин-т философии РАН, Центр изучения социокультурных изменений. Спб.: Реноме, 2019. – 232 с.

119. Старобина, Е. М. О результатах мониторинга потребности инвалидов в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге / Е. М.

- Старобина, И. Е. Кузьмина, С. Г. Кривенков // Труд и социальные отношения. – 2015. – № 4. – С. 145–158.
120. Сушко, П. Е. Счастье и социальное благополучие в оценках россиян: проблема разграничения понятий / П. Е. Сушко // Социологическая наука и социальная практика. – 2020. – Т. 8. – № 1(29). – С. 48–62. – DOI 10.19181/snspr.2020.8.1.7094.
121. Тавокин, Е.П. Культура в системе показателей категории «качество жизни» / Е.П. Тавокин, И.А. Табатадзе // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2008. – № 4 (88). – С. 26–36.
122. Тарасенко, Е. А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России / Е. А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т. 2. – № 1. – С. 7–28.
123. Татарова, Г. Г. "Удовлетворенность жизнью" и "личное счастье" в социологическом измерении субъективного благополучия / Г. Г. Татарова, А. В. Кученкова // Россия реформирующаяся. – 2020. – № 18. – С. 565–589. – DOI 10.19181/ezheg.2020.24565.
124. Тихонова, Н. Е. Социальный либерализм: есть ли альтернативы? / Н. Е. Тихонова // Общественные науки и современность. – 2013. – № 2. – С. 32–44.
125. Токсанбаева, М. С. Профессиональная ориентация инвалидов в российской столице / М. С. Токсанбаева // Народонаселение. – 2014. – № 3 (65). – С. 82–94.
126. Трудоустройство инвалидов на столичном рынке труда: проблемы и пути решения / О. А. Александрова, М. С. Токсанбаева, А. В. Ярашева [и др.] ; АНО «Совет по вопросам управления и развития» Институт социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук. – Москва : ООО "Вариант", 2018. – 280 с. – ISBN 9785000800980.
127. Фахрадова, Л. Н. Государственная поддержка инвалидов в Вологодской области / Л. Н. Фахрадова // Проблемы развития территорий. – 2015. – №1. – С. 116 – 128.

128. Фахрадова, Л. Н. Концептуальные основы государственной политики в сфере создания условий для интеграции инвалидов в социум / Л. Н. Фахрадова // Наука и Мир. 2015. – Т. 2. – № 4. – С. 132–135.
129. Фахрадова, Л. Н. Повышение качества жизни инвалидов – целевой ориентир социальной политики / Л. Н. Фахрадова // Белорусский экономический журнал. – 2017. – № 1 (78). – С. 133–142.
130. Фахрадова, Л. Н. Проблемы социальной инклюзии инвалидов: опыт регионального исследования / Л. Н. Фахрадова // Проблемы развития территории. 2016. – №6(86). – С. 58–75.
131. Фахрадова, Л. Н. Содействие трудоустройству инвалидов как одна из характеристик общества равных возможностей / Л. Н. Фахрадова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2016. – №2. – С. 105–111.
132. Фахрадова, Л. Н. Социологическое измерение качества жизни инвалидов (на примере Вологодской области) / Л. Н. Фахрадова // Социум и власть. – 2017. – №1(63). – С. 23–29.
133. Храпылина, Л. П. Социально-экономические аспекты эффективности трудоустройства и результативности труда инвалидов / Л. П. Храпылина // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – №4. – С. 6 – 10.
134. Человек социальный как цель и источник развития России / О. А. Александрова, В. И. Гришанов, В. Г. Доброхлеб [и др.] ; Институт социально-экономических проблем народонаселения РАН, Институт экономики РАН. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью "Издательство "Экон-Информ", 2018. – 88 с.
135. Чередниченко, Г. А. Положение на рынке труда выпускников системы высшего и среднего профессионального образования / Г. А. Чередниченко // Вопросы образования. – 2020. – № 1. – С. 256–282. – DOI 10.17323/1814-9545-2020-1-256-282.

136. Шабунова, А. А. Актуальные проблемы трудоустройства инвалидов / А. А. Шабунова, Л. Н. Фахрадова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции прогноз. – 2016. – № 6. – С. 126–142.
137. Шабунова, А. А. Доступность городской среды для лиц с ограниченными возможностями / А. А. Шабунова, Л. Н. Фахрадова // Вопросы территориального развития. – 2014. – №3(13). – С. 1. – URL: <http://vtr.isert-ran.ru/article/1393/full>
138. Шабунова, А. А. Здоровье и самосохранительное поведение населения в контексте COVID-19 / А. А. Шабунова // Социальное пространство. – 2020. – Т. 6. – № 3. – С. 1. – DOI 10.15838/sa.2020.3.25.1 (дата обращения: 10 сентября 2021).
139. Шабунова, А. А. Обзор мировых и региональных тенденций заболеваемости ВИЧ-инфекцией и обусловленной ей смертности / А. А. Шабунова, О. Н. Калачикова, А. В. Короленко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 54. – № 2. – С. 9. – DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-9
140. Шарков, Ф. И. Новая парадигма реализации концепции социального государства в условиях глобализации / Ф. И. Шарков // Социально-трудовые исследования. – 2021. – № 2(43). – С. 132–140. – DOI 10.34022/2658-3712-2021-43-2-132-140.
141. Шкаратан, О.И. Социология неравенства. Теория и реальность / О.И. Шкаратан ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. Дом высшей школы экономики. – 2012. – 526 с.
142. Шмаков, Д.И. Опыт экономической оценки потерянных лет потенциальной трудовой жизни в России с использованием показателя DALY / Д.И. Шмаков // В сборнике: Россия в XXI веке: глобальные вызовы и перспективы развития. Материалы Пятого Международного форума. Под общей редакцией В. А. Цветкова. – 2016. – С. 502–506.

143. Шмидт, В.Р. Междисциплинарный подход к проблеме социальной эксклюзии / В.Р. Шмидт // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т.2. – №4. – С. 547–566
144. Эксклюзия как критерий выделения социально уязвимых групп населения / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова, Г.В. Леонидова, Е.О. Смолева // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. – №2(44). – С. 29–47
145. Ярашева, А.В. Роль реабилитационно-образовательных учреждений в профессиональной подготовке и трудоустройстве инвалидов / А.В. Ярашева, О.А. Александрова, С.В. Макара // Народонаселение. 2019. – Т. 22. – № 3. – С. 146–161.
146. Ярская-Смирнова, В.Н. Противоречия городского социального времени: дискурсы инклюзии и деинституционализации (постановка проблемы) / Ярская-Смирнова В.Н. // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2018. Т. – 18. – № 3. – С. 242–249.

Электронные ресурсы

147. 10 фактов об инвалидности // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/ru/index4.html>
148. Банк социальных практик Вологодской области. Департамент социальной защиты населения. – URL: <https://socium.gov35.ru/deyatelnost/informatsionnye-sistemy/bank-sotsialnykh-praktik/.files/formulyar/pogilye-i-invalidy/index.php>
149. Более 13 млн. федеральных и региональных средств выделено на реализацию подпрограммы «Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Вологодской области». – URL: https://vologda-oblast.ru/novosti/novosti_organov_vlasti/bolee_13 mln_federalnykh_i_regionalnykh_sredstv_vydeleno_na_realizatsiyu_podprogrammy_formirovanie_sistemy_kom

pleksnoy_reabilitatsii_i_abilitatsii_invalidov_v_tom_chisle_detey_invalidov_v_vologodskoy_/_

150. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2021). Соображения по вопросам инвалидности применительно к вакцинации против COVID-19: аналитическая записка ВОЗ и ЮНИСЕФ по вопросам политики, 19 апреля 2021 г. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341508>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

151. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (2020). Оказание помощи людям с инвалидностью при вспышке COVID-19. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332252>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

152. Всемирный банк. 2017 год. Доклад о мировом развитии 2017 «Государственное управление и закон». Обзор. Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия. – URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/855481493188770004/pdf/112303-v2-Russian-Overview-PUBLIC-WDR-2017-Overview.pdf>

153. Всемирный доклад об инвалидности: резюме // Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. – Женева, 2011. – 28 с. – Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_ru.pdf

154. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения 2020 // Федеральная служба государственной статистики. – URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR20/PublishSite_2020/index.html

155. Государственные организации социального обслуживания. Департамент социальной защиты населения Вологодской области. – URL: <https://socium.gov35.ru/obshchaya-informatsiya/podvedomstvennyye-organizatsii/goso/>

156. Евростат. – URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>

157. Здравоохранение в России // Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/210/document/13218>
158. Измерение показателей и постановка целевых ориентиров в области благополучия: инициатива Европейского регионального бюро ВОЗ : Второе совещание группы экспертов, Париж, Франция, 25–26 июня 2012 г. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195511/e96732r.pdf
159. Инвалидность : информационный бюллетень. Цели в области устойчивого развития : задачи в области здравоохранения // Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/426219/SDF_factsheet-disability-Rus.pdf (Дата обращения: 20.08.2021)
160. Инвалидность. Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. : Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1
161. Информационная справка о состоянии системы образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью в Вологодской области на 1 сентября 2020 года. Создание условий для получения образования детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами. Департамент образования Вологодской области. – URL: https://depobr.gov35.ru/deyatelnost/deyatelnost-strukturnykh-podrazdeleniy/sozдание_usl/dokumenty/
162. Информация об общественных организациях инвалидов. Департамент социальной защиты населения Вологодской области. – URL: <https://socium.gov35.ru/deyatelnost/zadachi-funksii/obshchestvennye-organizatsii/>
163. Итоги выборочного наблюдения доходов населения и участия в социальных программах // Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/vndn-2020/index.html
164. Итоги работы службы занятости населения области по содействию трудоустройству инвалидов в 2015 году [Электронный ресурс] /

- Департамент труда и занятости населения Вологодской области. – Режим доступа: http://www.depzan.info/employment_program/invalid_job_placement/
165. Наставничество и адресный подход при трудоустройстве инвалидов. – URL: https://vologda-oblast.ru/novosti/novosti_organov_vlasti/nastavnichestvo_i_adresnyu_podkhod_pri_trudoustroystve_invalidov/
166. Обеспечение учета интересов инвалидов в рамках системы Организации Объединенных Наций : Доклад Генерального Секретаря. – URL: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/ru-un_disability_inclusion_strategy_report_01.pdf
167. ООО «Вологодское производственное объединение “ЭКРАН”». – URL: <http://ekran-vologda.ru/>
168. Опыт Великобритании в создании безбарьерной среды обсудили в Сочи. – Режим доступа: <http://sochi.com/news/2085/283083/>
169. О реализации мер, направленных на развитие трудовой занятости инвалидов // Министерство труда и социальной защиты : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/migration/12>
170. Официальный сайт БУЗ ВО «ВОЛРЦ». – URL: <https://reabil.volmed.org.ru>
171. Планы субъектов. Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. Минтруд России. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/2>
172. По данным ВОЗ, продолжительность жизни и уровень здоровья людей повысились, однако существует риск потерять достигнутые позиции из-за COVID-19 // Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/13-05-2020-people-living-longer-and-healthier-lives-but-covid-19-threatens-to-throw-progress-off-track> (дата обращения: 11 октября 2021).
173. Положение инвалидов // Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/folder/13964>

174. Проект Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года. – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontsepsia>
175. Ресурсный учебно-методический центр Северо-Западного федерального округа по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в Череповецком государственном университете (РУМЦ СЗФО ЧГУ). – URL: <https://www.chsu.ru/rumc-szfo-cgu>
176. Сайт для инвалидов «Дверь в мир». – Режим доступа: <http://doorinworld.ru/stati/702-problema-lgotnogo-lekarstvennogo-obespecheniya-invalidov-v-svete-sudebnyx-reshenij>
177. С осени 2021 года граждане с инвалидностью смогут самостоятельно приобретать технические средства реабилитации с помощью электронного сертификата // Фонд социального страхования Российской Федерации. – URL: <https://r35.fss.ru/news/556800.shtml>
178. Состояние и динамика инвалидности взрослого населения Российской Федерации // Минтруд России. – URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1198-src-1561646332.387.doc>
179. Состояние и динамика инвалидности детского населения Российской Федерации // Минтруд России. – URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1198-src-1561646332.413.doc>
180. Социальное положение и уровень жизни населения России 2003 г. URL: https://gks.ru/bgd/regl/B03_44/IssWWW.exe/Stg/d020/i020460r.htm
181. Социальный проект «Забота». – URL: <http://zabota.vologda-portal.ru/>
182. Сочи задал стандарты безбарьерной среды для всей страны. – URL: <http://neinvalid.ru/sochi-zadal-standartyi-bezbarernoj-sredyi-dlya-vsey-stranyi/>
183. Справочная информация: "Перечень национальных и федеральных проектов, приоритетных программ и проектов в Российской Федерации" (Материал подготовлен специалистами КонсультантПлюс). – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_310251/

184. Статистика. Трудоустройство инвалидов. Департамент труда и занятости населения Вологодской области. – URL: <https://depzan.gov35.ru/deyatelnost/uchastie-v-gosudarstvennykh-i-tselevykh-programmakh/realizatsiya-tselevoy-programmy/temporary/>
185. Стратегия Организации Объединенных Наций по интеграции инвалидов. – URL: https://www.un.org/ru/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_russian.pdf (Дата обращения: 20.08.2021)
186. Структура рабочей силы по уровню образования. Обследование рабочей силы 2016 : ежеквартальный статистический бюллетень // Федеральная служба государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140097038766
187. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения. – URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>
188. Федеральный реестр инвалидов. – URL: <https://sfri.ru/>

Нормативно-правовые акты

189. Декларация о правах инвалидов [Электронный ресурс] // Организация объединённых наций. – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml
190. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс] // Организация объединённых наций. – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability
191. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] // Кодексы и законы РФ : правовая навигационная система. – Режим доступа: <https://www.zakonrf.info/konstitucia/>
192. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон № 442-ФЗ. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

193. Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов : Приказ Департамента труда и занятости населения Вологодской области от 11.01.2019 №13 (ред. 16.07.2019). – URL: <https://depzan.gov35.ru/deyatelnost/uchastie-v-gosudarstvennykh-i-tselevykh-programmakh/realizatsiya-tselevoy-programmy/normativno-pravovye-akty/>
194. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» : Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 № 363 (ред. от 23.03.2021) [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/554102819>
195. Об утверждении методических рекомендаций по выявлению признаков дискриминации инвалидов при решении вопросов занятости: приказ Минтруда России № 777 от 09.11.2017 г. [Электронный ресурс]. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/1273>
196. Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учётом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 04.08.2014 № 515. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166866/
197. Об утверждении Порядка проведения специальных мероприятий для предоставления инвалидам, проживающим на территории Ставропольского края, гарантий трудовой занятости [Электронный ресурс] : приказ министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 16.10.2015 № 403. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc;base=RLAW077;n=92360;dst=100033/>
198. Об утверждении порядка формирования кадрового резерва инвалидов и резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов [Электронный ресурс] : Постановление

Правительства Пермского края от 28 января 2015 года № 35-п. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/424031428>

199. Об утверждении Правил квотирования, резервирования и создания специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов : Постановление Правительства Вологодской области от 21.09.2015 №772. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/428671003>

200. О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] : постановление Правительства Российской Федерации № 890 от 30.07.1994 // Система ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/101268/>

201. О государственной программе "Социальная поддержка граждан в Вологодской области на 2021 – 2025 годы" : Постановление Правительства Вологодской области от 22.04.2019 №395. [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/553259258>

202. О государственной социальной помощи [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/

203. О квоте для приема на работу инвалидов на территории Вологодской области : Закон Вологодской области от 22.10.2013 № 1065-ОЗ. URL: <https://docs.cntd.ru/document/938502457>

204. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы : Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н (ред. от 19.01.2021) [Электронный ресурс]. Доступ через систему Консультант-Плюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_337846/

205. О Перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть

- конкурентоспособными на региональных рынках труда : постановление Минтруда РФ от 08.09.1993 г. № 150; зарегистрировано в Минюсте РФ 15.09.1993 № 341 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2447/#dst100012
206. О порядке и условиях признания лица инвалидом : Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 26.11.2020) [Электронный ресурс]. Доступ через систему Консультант-Плюс. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58610/
207. О порядке резервирования рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов [Электронный ресурс] : Постановление Администрации Костромской области от 22 декабря 2015 года № 465-а. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/432836759>
208. О ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной) от 3 мая 1996 года [Электронный ресурс] : Федеральный закон № 101-ФЗ от 3 июня 2009 года. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12167396/>
209. О ратификации Конвенции о правах инвалидов [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ. Система ГАРАНТ. – URL: <http://base.garant.ru/70170066/>
210. О Совете по делам инвалидов при Губернаторе области : Постановление Правительства Вологодской области от 15.11.2010 № 554. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/424083365>
211. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон № 181-ФЗ от 24.11.1995 (в редакции от 29.12.2017). – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/
212. Право на защиту от бедности и социального отторжения [Электронный ресурс]: статья 30 Европейской социальной хартии. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120807/db5d14558be1854a49074fe9227f7ffc5d8a8307/

213. Сопровождение инвалидов молодого возраста при получении ими профессионального образования и содействие в последующем трудоустройстве : Подпрограмма государственной программы «Содействие занятости населения, улучшение условий и охраны труда в Вологодской области на 2014 – 2020 годы», утвержденной постановлением Правительства области от 28 октября 2013 года № 1101. URL: <https://docs.cntd.ru/document/422404055>
214. Статья 20 федерального закона от 24.11.1995 г. (ред. от 29.12.2015 г.) № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/28e010a834fdf2cf379381463eee4a959300e8ec/
215. Статья 21 федерального закона от 24.11.1995 г. (ред. от 29.12.2015 г.) № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/28e010a834fdf2cf379381463eee4a959300e8ec/

Зарубежные источники

216. Acheson N. 2001. Service delivery and civic engagement: disability organizations in Northern Ireland. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. Vol. 12. No 3. PP. 279–293.
217. Addabbo T., Sarti E. & Sciulli D. Disability and Life Satisfaction in Italy. *Applied Research in Quality of Life*, 2016, vol. 11, iss. 3, pp. 925–954. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11482-015-9412-0> (Accessed 24 April 2019).
218. Armstrong F., Armstrong D., Barton L. (Ed.) *Inclusive education: Policy, Contexts and Comparative Perspectives*. London: London Press, 2001.
219. Backenroth G.A.M. 2001. People with disabilities and the changing labor market: some challenges for counseling practice and research on workplace counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*. Vol. 23. No 1. PP. 21–30.

220. Bengtsson S. 2000. A truly European type of disability struggle: disability policy in Denmark and the EU in the 1990s. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 363–377.
221. Floyd M., Curtis J. 2000. An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom. *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 303–322.
222. García-Guerrero V.M., Beltrán-Sánchez H. Heterogeneity in Excess Mortality and Its Impact on Loss of Life Expectancy due to COVID-19: Evidence from Mexico. *Canadian Studies in Population*, 15 October 2021. Viewed 19 October 2021. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s42650-021-00051-1.pdf> (дата обращения: 11 октября 2021).
223. Leveille S., Resnick H., Balfour J. Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2000, vol. 12, iss. 2, pp. 106–112. URL: <https://doi.org/10.1007/BF03339897> (дата обращения: 27.03.2019).
224. Levitas R., Pantazis C., Fahmy E., Gordon D., Lloyd E., Patsios D. *The Multi-dimensional Analysis of Social Exclusion*. Bristol Institute for Public Affairs, University of Bristol, 2007.
225. Lindqvist R. 2000. Swedish disability policy: from universal welfare to civil rights? *European Journal of Social Security*. Vol. 2. No 4. PP. 399–418.
226. Lundstrom F., McAnaney D., Webster B. 2000. The changing face of disability legislation, policy and practice in Ireland. *European Journal of Social Security*. Vol . 2. No 4. pp. 379–397.
227. Manton K. Epidemiological, demographic and social correlates of disability among the elderly. *Milbank Quarterly*, 1989, vol. 67, iss. 2, pp. 13–58.
228. Oman D., Reed D., Ferrara A. Do elderly women have more physical disability than men do? *American Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 150, № 8. pp. 834–842. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/40a6/2eb7138890b0f2d336e939d5dcd8c01f8ef24.pdf> (дата обращения: 27.03.2019).

229. Pagán-Rodríguez R. Disability, Training and Job Satisfaction. *Social Indicators Research*, 2015, vol. 122, iss. 3, pp. 865–885. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0719-2> (Accessed 24 April 2019).
230. Participation of Persons with Disabilities in Political and Public Life – Australia’s response to the Officer of the High Commissioner’s Request. URL: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/PoliticalParticipation/States/ResponseAustralia1.doc>
231. Putnam R. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. NY: Simon, Schuster, 2000.
232. Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
233. Rose N. The Death of the Social? Refiguring the territory of government // *Economy and Society*, 1996, 25 (3): 327–356.
234. Sainsbury R. Labour market participation of persons with disabilities – how can Europe close the disability employment gap? // *The Right to Work of Persons with Disabilities – International Perspectives University of Kassel*, 8–10 March 2017. URL: http://www.the-right-to-work.com/files/2017/plenum/Tag2/Sainsbury09_03_2017_Kassel.pdf
235. Sakellariou D. & Rotarou E.S. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0699-3> (Accessed 24 April 2019).
236. Shima I., Zylyomi E., Zaidi A. *The Labour Market Situation of People with Disabilities in EU25* // European Centre. Policy Brief February. 2008. URL: http://www.euro.centre.org/data/1201610451_25081.pdf
237. Silver H. Understanding Social Inclusion and Its Meaning for Australia. // *Australian Journal of Social Issues*. 2010. Vol. 45. No 2. P. 183–211.
238. Sugawara, Y.M. & Saito, Y. Changes in disability-free life expectancy (DFLE) at birth between 2000 and 2010 across Japanese prefectures. *International*

Journal of Public Health, 2016, vol. 61, iss. 7, pp. 739–749. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0847-3> (Accessed 24 April 2019).

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

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

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

242. Wolf M. Globalization and social exclusion: some paradoxes // *Social exclusion: Rhetoric Reality Responses / International Institute for labor studies. United Nations Development program; Ed. by G. Rodgers, Ch. Gore, J. Figueiredo. Geneva, 1994. P. 81–102.*

ПРИЛОЖЕНИЯ

Характеристики выборки социологических опросов населения и инвалидов Вологодской области

Социологические опросы в 2013–2016 гг. были проведены в рамках сотрудничества ФГБУН ВолНЦ РАН (на тот момент ФГБУН ИСЭРТ РАН) и АУ ВО «Агентство мониторинга и социологических исследований».

В этот период среди населения Вологодской области старше 18 лет (в городах Вологде, Череповце, Соколе и Великом Устюге) ежегодно проводились выборочные социологические опросы методом анкетирования по месту жительства респондентов. Объем выборки составлял 1200 человек, ошибка – не более 5%.

В тот же период проводились социологические опросы инвалидов 18 лет и старше, проживающих в Вологодской области (в городах Вологде, Череповце, Соколе и Великом Устюге). Использовался метод индивидуального анкетирования респондентов по месту жительства. Выборка целевая, квотная, ошибка не превышала 5%. Всего в опросе участвовали: в 2013 г. – 134 чел., в 2014 г. – 134 чел., в 2015 г. – 139 чел., в 2016 г. – 132 чел. В равной степени в выборке были представлены инвалиды со следующими видами ограничений жизнедеятельности: по зрению, по слуху, испытывающие трудности при передвижении, а также нуждающиеся в постоянном постороннем уходе. В 2018 и 2020 гг. с использованием того же метода повторно проведены опросы инвалидов, проживающих на территории региона. Объем выборки в 2018 г. составлял 139 человек, в 2020 г. – 114 человек. Структура выборки формировалась по тем же принципам, что и в предшествующие годы. Ошибка не превышала 5%. Опросы населения в эти годы не проводились.

Население

Год	Всего по опросу	Вологда	Череповец	Всего по районам	Сокол	В. Устюг
2013	1175	421	383	371	206	165
2014	1200	409	398	393	194	199
2015	1200	409	398	393	194	199
2016	1200	400	400	400	200	200

Половозрастное распределение, 2015 год

Территория	Всего опрошено	Мужчины				Женщины			
		до 30 лет	30 - 60 лет	старше 60 лет	всего	до 30 лет	30 - 55 лет	старше 55 лет	всего
Вологда	400	47	94	29	170	52	97	81	230
Череповец	400	41	103	30	174	41	103	82	226
В.Устюг	200	22	50	16	88	20	47	45	112
Сокол	200	19	54	16	89	18	45	48	111
Всего	1200	129	301	91	521	131	292	256	679

Инвалиды

Объём выборки в территориальном разрезе, 2013 – 2016, 2018, 2020 г.

Год	Вологда	Череповец	Сокол	В. Устюг	Всего по районам	Всего
2013	48	45	18	23	41	134
2014	49	41	20	24	44	134
2015	46	44	22	27	49	139
2016	42	42	25	39	64	132
2018	55	40	19	25	44	139
2020	33	39	23	19	42	114

Распределение инвалидов по полу, возрасту, группе инвалидности и виду ограничения в территориальном разрезе, 2016 год

Параметры		Всего	Вологда	Череповец	В. Устюг	Сокол
Пол	Мужской	43	9	15	8	11
	Женский	89	33	27	17	12
Возраст	До 30 лет	8	0	4	1	3
	30 – 60(55) лет	49	11	24	7	7
	Старше 60(55) лет	75	31	14	17	13
Пол / возраст	Мужчины до 30 лет	6	0	3	1	2
	Мужчины от 30 до 60 лет	24	4	11	4	5
	Мужчины старше 60 лет	13	5	1	3	4
	Женщины до 30 лет	2	0	1	0	1
	Женщины от 30 до 55 лет	25	7	13	3	2
	Женщины старше 55 лет	62	26	13	14	9
Группа инвалидности	1 группа	46	12	16	7	11
	2 группа	47	16	13	12	6
	3 группа	37	14	13	6	4
	Ребёнок-инвалид	2	0	0	0	2
Основной вид ограничения жизнедеятельности	Инвалид по зрению	31	10	10	5	6
	Инвалид по слуху	34	12	11	6	5
	Инвалид, требующий помощи при передвижении	36	10	11	8	7
	Инвалид, требующий постоянного постороннего ухода	31	10	10	6	5

Распределение инвалидов с различными типами ведущих ограничений жизнедеятельности по группам инвалидности и средний возраст респондентов в 2013–2016, 2018 и 2020 г.

Параметры	2013	2014	2015	2016	2018	2020
Инвалиды по зрению, человек	43	39	38	31	31	19
Средний возраст, лет	50,47	58,13	52,45	52,48	50,26	48
1 группа, в %	74,4	48,7	60,5	51,6	41,9	31,6
2 группа, в %	23,3	43,6	26,3	41,9	38,7	63,2
3 группа, в %	2,3	7,7	13,2	6,5	19,4	5,3
Инвалиды по слуху, человек	28	31	34	34	35	30
Средний возраст, лет	50,43	51,13	55,38	60,74	43,63	39,33
1 группа, в %	0	3,2	2,9	0	0	0
2 группа, в %	7,1	16,1	29,4	14,7	22,9	16,7
3 группа, в %	92,9	80,6	64,7	82,4	77,1	83,3
Инвалиды колясочники, человек	31	33	33	36	40	34
Средний возраст, лет	55,06	56,03	61,09	54,53	47,53	46,26
1 группа, в %	58,1	69,7	42,4	27,8	25,0	52,9
2 группа, в %	29,0	21,2	39,4	50,0	57,5	41,2
3 группа, в %	12,9	9,1	18,2	19,4	17,5	5,9
Инвалиды, требующие постоянного ухода, человек	32	31	34	31	33	31
Средний возраст, лет	65,63	63,06	59,76	71,71	54,27	44,26
1 группа, в %	75,0	61,3	50,0	64,5	48,5	51,6
2 группа, в %	21,9	32,3	38,2	35,5	39,4	32,3
3 группа, в %	3,1	6,5	8,8	0	12,1	16,1

**Анкета социологического опроса инвалидов
Вологодской области**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУКИ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ТЕРРИТОРИЙ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а, ☎ (8172) 59–78–21

<i>заполняется анкетёром</i>	<i>не надо заполнять</i>	
Номер анкеты:	Номер	Код

ОПРОС ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ОИ – 2016 / И

Район города (области)	Населённый пункт / улица города
<i>заполняется анкетёром</i>	<i>заполняется анкетёром</i>
Дата заполнения анкеты:	Анкетёр:

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе по изучению мнения инвалидов Вологодской области о доступности объектов и услуг.

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях – напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не надо. Ваши ответы будут использованы только в обобщенном виде.

Благодарим за помощь.

1. Пол (отметьте, не спрашивая респондента)

1. Мужской 2. Женский

2. Какая у Вас группа инвалидности?

1. 1 группа 3. 3 группа
2. 2 группа 4. Ребенок-инвалид

3. Какой у Вас основной вид ограничения жизнедеятельности?

1. Инвалид по зрению (слабовидящий)
2. Инвалид по слуху (позднооглохший, ранооглохший, слабослышащий)

3. Инвалид, требующий помощи при передвижении
4. Инвалид, требующий постоянного постороннего ухода

4. Сколько Вам полных лет? _____

5. Какое у Вас образование?

1. Неполное среднее (9 классов)
2. Среднее общее (11 классов)
3. Среднее специальное (училище, техникум, профессиональный лицей, колледж)
4. Незаконченное высшее (закончено 3 курса вуза и более)
5. Высшее (несколько, ученая степень и т.д.)
6. Нет официального образования
7. Другой вариант (*напишите*) _____

6. Отметьте, пожалуйста, Ваши источники средств к существованию.

1. Работа (основная) по договору
2. Подработка (совместительство) по контракту
3. Подработка без официального оформления
4. Продажа изделий, выполненных собственными руками
5. Собственный бизнес (зарегистрированный)
6. Государственная пенсия
7. Государственные денежные выплаты и пособия
8. Доходы от сдачи имущества в аренду
9. Денежная помощь близких и знакомых
10. Денежная помощь от некоммерческих организаций, церковных сообществ и благотворительных фондов
11. Проценты от финансовых операций (вклады, облигации, ПИФы и т.д.)
12. Другое (*напишите*) _____

7. К какой из групп населения по доходу Вы могли бы отнести себя?

(укажите только один вариант ответа)

1. Значительно ниже среднего уровня (денег с трудом хватает на продукты питания)
2. Несколько ниже среднего уровня (на продукты питания денег хватает, но покупка одежды и других необходимых предметов и услуг уже вызывает затруднения)
3. На среднем уровне (денег хватает на продукты и одежду, однако покупка вещей длительного пользования является проблемой)
4. Несколько выше среднего уровня (мы можем без труда приобретать вещи длительного пользования, но нам сложно приобретать такие дорогие вещи, как машина, квартира, дача и т.д.)
5. Значительно выше среднего (мы можем позволить себе приобретать такие дорогие вещи, как машина, квартира, дача и т.д.)

6. Затрудняюсь ответить

8. По Вашему мнению, как общество относится к проблемам инвалидов?

(укажите только один вариант ответа)

1. Скорее внимательно – общество настроено на постепенное решение проблем
2. Скорее равнодушно – создаётся только видимость деятельности
3. Общество полностью игнорирует проблемы инвалидов
4. Затрудняюсь ответить

9. Оцените, пожалуйста, в какой мере общество готово к интеграции

инвалидов (к активному включению инвалидов в жизнь общества) *(укажите только один вариант ответа)*

1. Полностью готово
2. Скорее готово
3. Скорее не готово
4. Абсолютно не готово
5. Затрудняюсь ответить

10. Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут свободно общаться с окружающими *(укажите один вариант ответа)*

1. Могут практически всегда
2. Чаще могут
3. Чаще не могут
4. Не могут практически никогда
5. Затрудняюсь ответить

11. Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут вести полноценную жизнь, с учетом ограничений по здоровью *(укажите только один вариант ответа)*

1. Могут практически всегда
2. Чаще могут
3. Чаще не могут
4. Не могут практически никогда
5. Затрудняюсь ответить

12. На Ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяется в СМИ проблемам людей, имеющих инвалидность?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

13. Какие ситуации в общении с другими людьми (не инвалидами) вызвали у Вас напряжение за последний год – то есть Вы почувствовали негативное отношение к себе?

1. Передвижение по улицам города
2. Нахождение в общественном транспорте
3. Пребывание в магазинах, торговых центрах и т.п.
4. Пребывание в парках, на природе
5. Посещение учреждений культуры
6. Посещение учреждений спорта и физкультуры
7. Посещение образовательных учреждений
8. Обращение в медицинские учреждения
9. Общение с представителями органов социальной защиты
10. Другие ситуации (*напишите*) _____
11. За последний год не было ни одной ситуации
12. Затрудняюсь ответить

14. Оцените, пожалуйста, насколько доступны для инвалидов основные объекты и услуги в следующих сферах жизнедеятельности (*отметьте один вариант ответа в каждой строке*)

Сферы жизнедеятельности	Доступны	Скорее доступны	Скорее недоступны	Недоступны	Затрудняюсь ответить
1. Здравоохранение	1	2	3	4	5
2. Культура	1	2	3	4	5
3. Транспорт	1	2	3	4	5
4. Информация и связь	1	2	3	4	5
5. Образование	1	2	3	4	5
6. Социальная защита	1	2	3	4	5
7. Спорт и физкультура	1	2	3	4	5
8. Служба занятости	1	2	3	4	5
9. Жилой фонд	1	2	3	4	5
10. Торговля, бытовые услуги	1	2	3	4	5
11. Суды, органы прокуратуры, внутренних дел	1	2	3	4	5
12. Кредитные организации (банки, внебюджетные фонды)	1	2	3	4	5

15. Отметьте, пожалуйста, в каких сферах жизнедеятельности Вы отметили достижения в повышении доступности для инвалидов за последний год.

1. Здравоохранение
2. Культура
3. Транспорт

4. Информация и связь
5. Образование
6. Социальная защита
7. Спорт и физкультура
8. Жилой фонд
9. Служба занятости
10. Другие сферы (*напишите*) _____
11. Никаких достижений не заметили
12. Затрудняюсь ответить

16. Уровень доступности объектов и услуг за последний год стал выше?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

17. Перечислите, пожалуйста, три наиболее запомнившихся достижения в повышении доступности среды для инвалидов за последний год:

18. Перечислите, пожалуйста, три наиболее запомнившиеся проблемы в повышении доступности среды для инвалидов за последний год:

19. Какую роль в Вашей жизни играет социальная помощь – финансовая, материальная, обслуживание? (*укажите один вариант ответа*)

1. Ключевую, без неё я не смогу обойтись и дня
2. Существенную, обойтись без неё мне было бы трудно
3. Определённую роль играет, но могу найти замену при желании
4. Никакой заметной роли не играет
5. Затрудняюсь ответить

20. Знаете ли Вы о существовании и местонахождении объектов и учреждений, оказывающих социальные услуги инвалидам?

1. Да, знаю адреса и телефоны учреждений, оказывающих помощь инвалидам
2. Знаю, что существуют, но не было потребности узнавать их местонахождение и контактные данные
3. Да, знаю, приходилось обращаться в подобные учреждения

4. Не знаю
5. Затрудняюсь ответить

21. Знаете ли Вы о том, что в Вологодской области реализуется подпрограмма «Безбарьерная среда»? (укажите один вариант ответа)

1. Знаю подробно и точно
2. Знаю в целом содержание программы и запланированные мероприятия
3. Знаю в целом о тематике
4. Не знаю ничего
5. Затрудняюсь ответить

22. Что нужно изменить в государственной социальной политике в первую очередь? (укажите только один вариант ответа)

1. Необходимо разработать полностью новую социальную политику
2. Нужно изменить большую часть существующей политики
3. Нужны небольшие изменения
4. Менять государственную социальную политику не нужно
5. Затрудняюсь ответить

23. Отношение населения к проблемам инвалидов за последний год изменилось в лучшую сторону?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!

**Анкета социологического опроса населения
Вологодской области**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАУКИ ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ТЕРРИТОРИЙ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а, ☎ (8172) 59–78–21

<i>заполняется анкетёром</i>	<i>не надо заполнять</i>	
Номер анкеты:	Номер	Код

ОПРОС ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ОИ – 2016 / Н

Район города (области)	Населённый пункт / улица города
<i>заполняется анкетёром</i>	<i>заполняется анкетёром</i>
Дата заполнения анкеты:	Анкетёр:

Добрый день!

Приглашаем Вас принять участие в опросе общественного мнения об отношении населения Вологодской области к проблемам инвалидов.

Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. На некоторые из них даны готовые варианты ответов – обведите номера тех, которые соответствуют Вашему мнению, в остальных случаях – напишите свой вариант.

Опрос анонимный – фамилию в анкете указывать не надо. Ваши ответы будут использованы только в обобщённом виде.

Благодарим за помощь!

1. Пол

1. Мужской 2. Женский

2. Сколько Вам полных лет? _____ лет

3. Какое у Вас образование? (отметьте последнее полученное образование)

1. Неполное среднее образование
2. Средняя школа
3. Техникум, среднее специальное (училище)
4. Высшее (неполное высшее)

4. Вы обычно ощущаете или не ощущаете дискомфорт, неудобство при общении с людьми с ограниченными физическими возможностями?

1. Ощущаю 2. Не ощущаю 3. Затрудняюсь ответить

5. Если бы близкий Вам человек собирался вступить в брак с таким инвалидом, то Вы бы стали или не стали его отговаривать?

1. Стал(а) бы 2. Не стал(а) бы 3. Затрудняюсь ответить

6. Как Вам кажется, есть ли какие-то качества, черты характера, которые выражены у людей с ограниченными физическими возможностями сильнее, чем у других людей? Или таких качеств, черт характера нет?

1. Есть 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

7. На ваш взгляд, какие качества, черты характера выражены у таких инвалидов сильнее, чем у других людей? (укажите не более 5 вариантов ответа)

1. Воля, сила духа, характера
2. Любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость
3. Доброта, чуткость, сострадание
4. Агрессивность, злоба
5. Чувствительность, ранимость, обидчивость
6. Нервозность, раздражительность
7. Решительность, целеустремленность
8. Капризность, мнительность, подозрительность
9. Застенчивость, неуверенность в себе
10. Слабость, беспомощность, уязвимость
11. Обида на жизнь, зависть к здоровым людям
12. Особые способности
13. Замкнутость, угрюмость
14. Ум, мудрость
15. Другое (*напишите*) _____
16. Затрудняюсь ответить, нет ответа

8. Как Вы считаете, с какими проблемами сталкиваются инвалиды? (*напишите*)

9. Скажите, пожалуйста, как общество, по Вашему мнению, относится к проблемам инвалидов? (*укажите только один вариант ответа*)

1. Скорее внимательно – общество настроено на постепенное решение проблем
2. Скорее равнодушно – создается только видимость деятельности
3. Общество полностью игнорирует проблемы инвалидов
4. Затрудняюсь ответить

10. Оцените, пожалуйста, в какой мере общество готово к интеграции инвалидов (к активному включению инвалидов в жизнь общества). (укажите один вариант ответа)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Полностью готово | 4. Абсолютно не готово |
| 2. Скорее готово | 5. Затрудняюсь ответить |
| 3. Скорее не готово | |

11. На Ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяется в обществе проблемам людей, имеющих инвалидность?

- | | | |
|-------|--------|-------------------------|
| 1. Да | 2. Нет | 3. Затрудняюсь ответить |
|-------|--------|-------------------------|

12. Инвалиды имеют такие же навыки, достоинства, способности, как лица без группы инвалидности?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Нет
4. Затрудняюсь ответить

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ!

Статистическая значимость различий значений частных индексов и интегрального индекса для инвалидов четырёх рассматриваемых групп (оценка на основе расчёта непараметрического критерия Краскала-Уоллиса)

Проверялась нулевая гипотеза об одинаковом распределении значений интегрального индекса социального благополучия и значений его частных индексов в группах инвалидов, выделенных по типу ведущего ограничения жизнедеятельности (инвалиды по зрению; инвалиды по слуху; инвалиды, использующие для передвижения кресло-коляску; инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода). Нулевая гипотеза (при уровне значимости $p=0,05$) отвергнута для следующих переменных:

- ✓ интегральный индекс социального благополучия;
- ✓ индекс участия в трудовой деятельности;
- ✓ индекс образованности;
- ✓ индекс доступности среды.

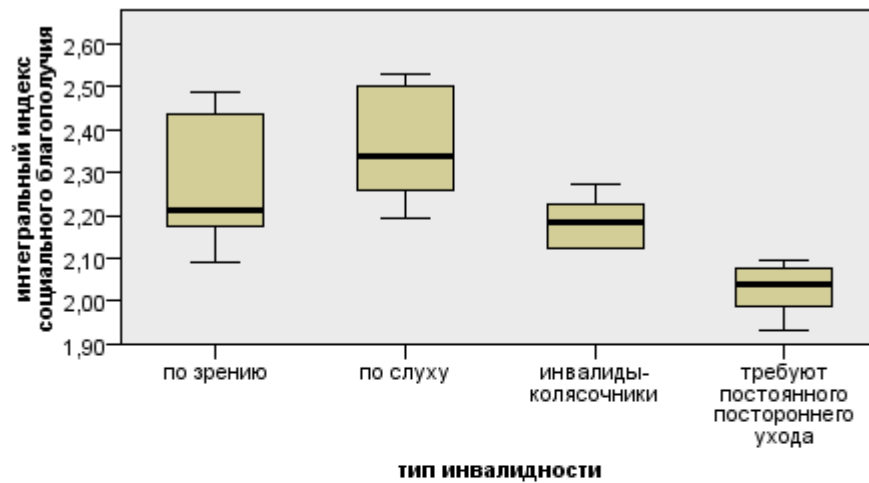
Для значений индексов социальной включённости и материального благополучия различия в группах инвалидов по типам ограничений жизнедеятельности статистически незначимы.

Итоги по проверке гипотезы

	Нулевая гипотеза	Критерий	Знач.	Решение
1	Распределение интегральный индекс социального благополучия является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	2,000	Нулевая гипотеза отклоняется.
2	Распределение индекс материального благополучия является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	363,000	Нулевая гипотеза принимается.
3	Распределение индекс участия в трудовой деятельности является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	1,000	Нулевая гипотеза отклоняется.
4	Распределение индекс образованности является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	44,000	Нулевая гипотеза отклоняется.
5	Распределение индекс социальной включенности является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	73,000	Нулевая гипотеза принимается.
6	Распределение индекс доступности среды является одинаковым для категорий тип инвалидности .	Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок	4,000	Нулевая гипотеза отклоняется.

Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,05.

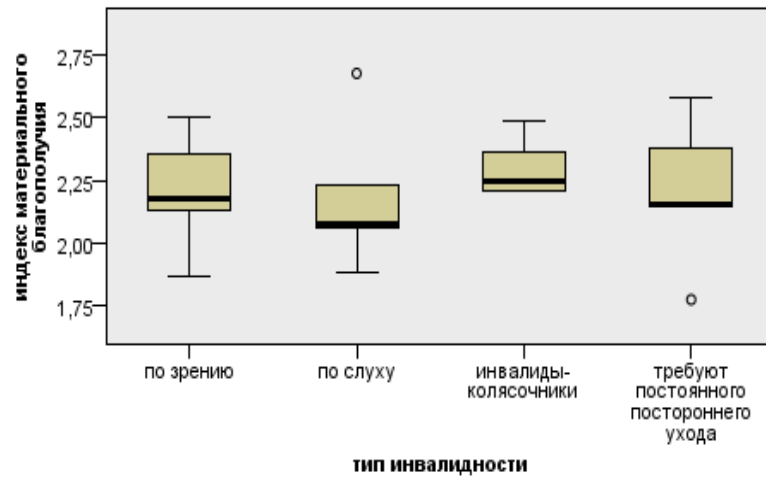
Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	15,260
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,002

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

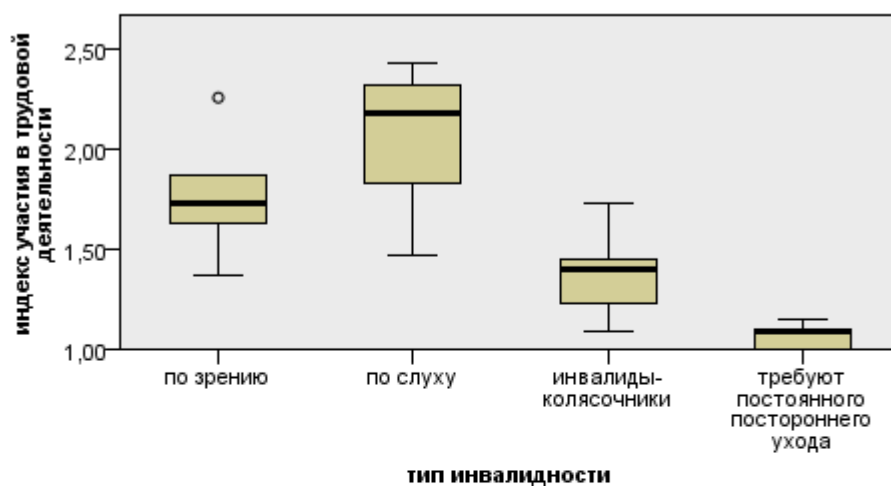
Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	3,192
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,363

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.
2. Множественные сравнения не выполняются, поскольку общий критерий не обнаруживает значимых различий по всем выборкам.

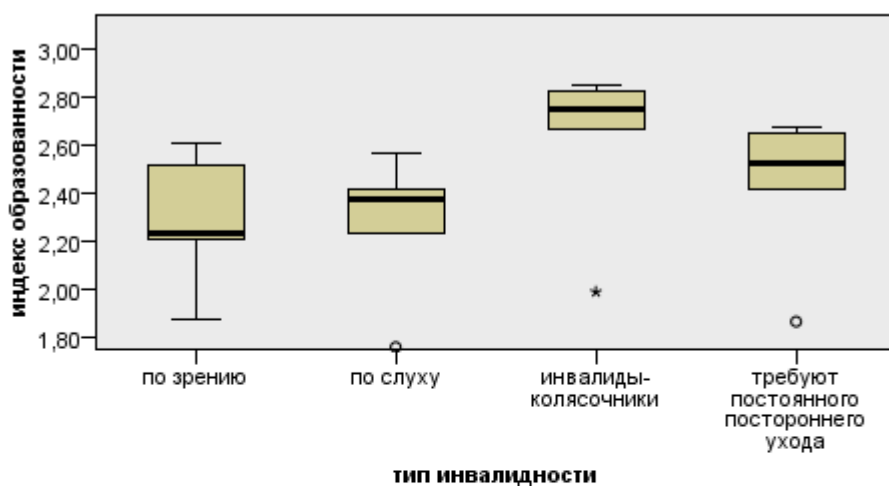
Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	17,422
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,001

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

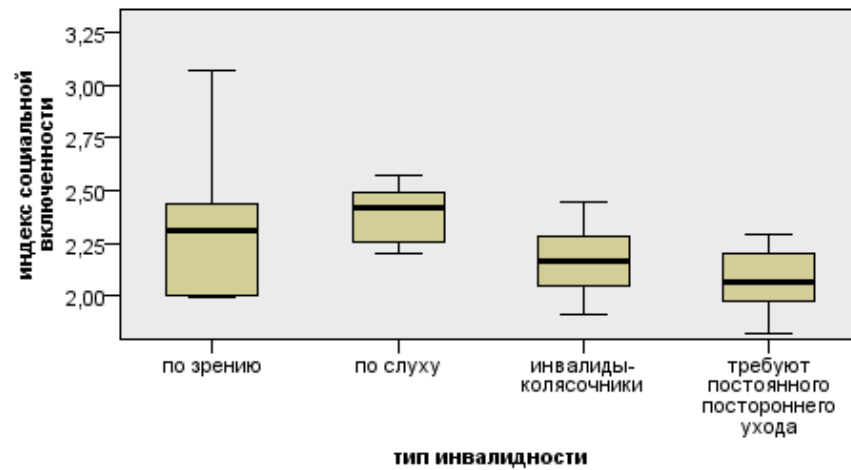
Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	8,075
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,044

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

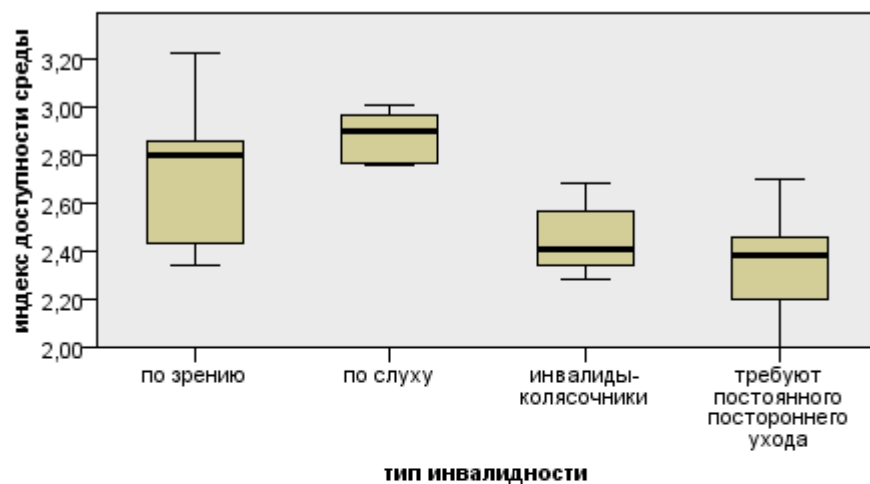
Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	6,960
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,073

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.
2. Множественные сравнения не выполняются, поскольку общий критерий не обнаруживает значимых различий по всем выборкам.

Критерий Краскала-Уоллиса для независимых выборок



Всего	24
Статистика критерия	13,067
Степени свободы	3
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,004

1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.