

Как оценить число инвалидов в России



Над темой номера работали



Алла
МАКАРЕНЦЕВА[1]



Сергей
ВАСИН[2]



Рамиля
ХАСАНОВА[3]

Откуда берутся данные об инвалидах в России?

Специфика понимания обществом инвалидности как явления конструирует сам контингент инвалидов, его масштабы и отношение к нему. По мере исторического изменения представлений о том, кого считать инвалидом, менялись и соответствующие задачи социальной политики государства. Согласно современной трактовке международных организаций ООН и ВОЗ, препятствия к осуществлению полноценной здоровой и активной жизни порождаются не только и не столько нездоровьем инвалидов, связанным с заболеваниями или травмами, сколько социальными, институциональными и психологическими барьерами, препятствующими их активной интеграции в жизнь общества, успешной социализации и выполнению значимых функций. В таких условиях неполнота информации о распространенности и характеристиках инвалидности лишает субъекты политической власти необходимых ориентиров для проведения взвешенной и обоснованной политики, направленной на сокращение бремени инвалидности, устранение институциональных барьеров и дискриминации по данному признаку.

В настоящее время основополагающим международным документом в данной сфере является Конвенция ООН о правах инвалидов. Россия подписала Конвенцию в 2006 году и ратифицировала её в 2012 году, продемонстрировав готовность следовать ключевым принципам международной политики в отношении инвалидов. Основой для контроля реализации принципов Конвенции является сбор информации (Статья 31[4]). Он должен обеспечивать регулярность, сопоставимость данных во времени и пространстве, и тот уровень детализации данных, который отвечает всем стоящим перед ними задачам. Согласно Конвенции, статистика инвалидности должна базироваться на трех составляющих: административных данных, сплошных и выборочных обследованиях. Посмотрим, каково состояние этих компонент статистики инвалидности среди взрослого населения в современной России[5].

В России основным источником сведений об инвалидности взрослого населения являются данные официальной статистики, основы которой были заложены еще в советское время. Ключевая информация, по которой можно судить о распространенности инвалидности, поставляется двумя формами статистического наблюдения:

- формой 94-пенсии об общем числе пенсий по инвалидности[6], их отдельным категориям, группам инвалидности, а также числе пенсий, назначенных в текущем году и числе работающих;
- формой 7-собес («Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше»), которая содержит данные о результатах первичных и повторных освидетельствований на инвалидность в бюро МСЭ.

Форма 94-пенсии – единственный источник информации об общем числе лиц, имеющих выданную бюро МСЭ справку о наличии инвалидности. Только недавно ее сведения начали публиковаться в разрезе основных демографических характеристик взрослых инвалидов. В форме 7-собес есть распределение по полу, возрасту (18-44 года, 45-54 года женщины и 45-59 лет мужчины, 55 лет и старше – женщины и 60 лет и старше – мужчины), месту проживания (город-село), травмам и заболеваниям, что достаточно для того, чтобы изучать эпидемиологию первичной инвалидности в перечисленных разрезах на основе коэффициентов первичной инвалидности, но недостаточно для построения таблиц инвалидизации населения.

Очевидное преимущество статистики МСЭ перед другими источниками информации (самоопределение в ходе переписей и опросов) состоит в ее точности. Однако все оценки по зарегистрированной инвалидности основаны на статистике обращаемости, которая несет в себе серьезные риски включения и исключения. Последние обусловлены доступностью медицинских обследований (ухудшается по мере удаления от крупных населенных пунктов) и мотивацией получения статуса инвалида (которая в одних социальных группах выше, чем в других). Кроме того, статистика по обращаемости демонстрирует социально-мотивированный рост инвалидности в отдельные годы (например, монетизация льгот в 2005 году).

Во Всемирном докладе по инвалидности 2011 года[7] явным образом указывалось, что данные по инвалидности не должны зависеть от изменений в социальной политике государства и в ее законодательной базе. Тем не менее, именно такие новации в ближайшее время могут сказаться на российских оценках. В связи с рядом изменений в критериях назначения инвалидности[8] с 2015 года можно ожидать снижения численности контингента инвалидов: по предварительным, известным на момент написания настоящего текста данным, оно составит до 500 тысяч человек и затронет как взрослые, так и детские возраста.

Задача изменения критериев назначения инвалидности стояла давно. С 2012 года разрабатывались и пилотировались (в Тюменской области, Удмуртской Республике и Республике Хакасия) новые классификации и критерии при осуществлении медико-социальной экспертизы. Приказ Минтруда №1024н[9] конкретизировал формулировки клинико-функциональных характеристик стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Это должно было снизить субъективный фактор при проведении медико-социальной экспертизы и установлении инвалидности. Изменился сам принцип определения инвалидности. Согласно позиционированию новых критериев Минтрудом, был совершен переход к полностью медицинской модели определения инвалидности.

В полном соответствии с МКФ, в новую классификацию была введена классификация по основным видам нарушений структур организма человека, которая содержит 6 групп нарушений. Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, стала оцениваться в процентах, и в диапазоне от 10 до 100 устанавливаться с шагом в 10 процентов[10]. Неизменным остался набор категорий жизнедеятельности и, по-прежнему, отсутствует классификация факторов среды. Последнее выглядит наиболее значимым отклонением и от модели МКФ, и от определения инвалидности в Конвенции ООН о правах инвалидов. Кроме того, сама классификация нарушений функций приводится по списку МКБ-10, а не по списку МКФ. В результате отсутствует центральное как для модели инвалидности МКФ, так и для принятого в Конвенции ООН общего определения инвалидности звено – взаимодействие со средой. Социальная недостаточность по-прежнему относится к свойству индивида, а не к свойству среды.

Сколько совершеннолетних становятся инвалидами ежегодно?

Численность контингента инвалидов формируется входящими и исходящими потоками. Первичная инвалидность – это потоковый показатель, определяющий число лиц, впервые признанных инвалидами в отношении к общей численности населения в том или ином году.

Современный уровень инвалидности взрослых в России есть результат ее роста в 2004-2006 годах, причем наиболее быстрого в 2005 году – в год проведения так называемой «монетизации льгот» (рис. 1). В эти годы произошел поворот к росту ожидаемой продолжительности жизни, и показатели инвалидности в детских возрастах вели себя в эти годы иначе, поэтому прирост общего коэффициента инвалидности можно целиком списать на «административно-мотивационную» компоненту.

В последние годы уровень первичной инвалидности взрослых в России снижается. Если в 2007 году он составлял 95,9 на 10 тыс. населения, то к 2012 году данный показатель снизился до 69,1 в 2014 году – до 62,3. В городской и сельской местности снижение было неравномерным: в 2007-2008 годах общий коэффициент первичной инвалидности был выше у городского населения, начиная с 2009 года – у сельского.

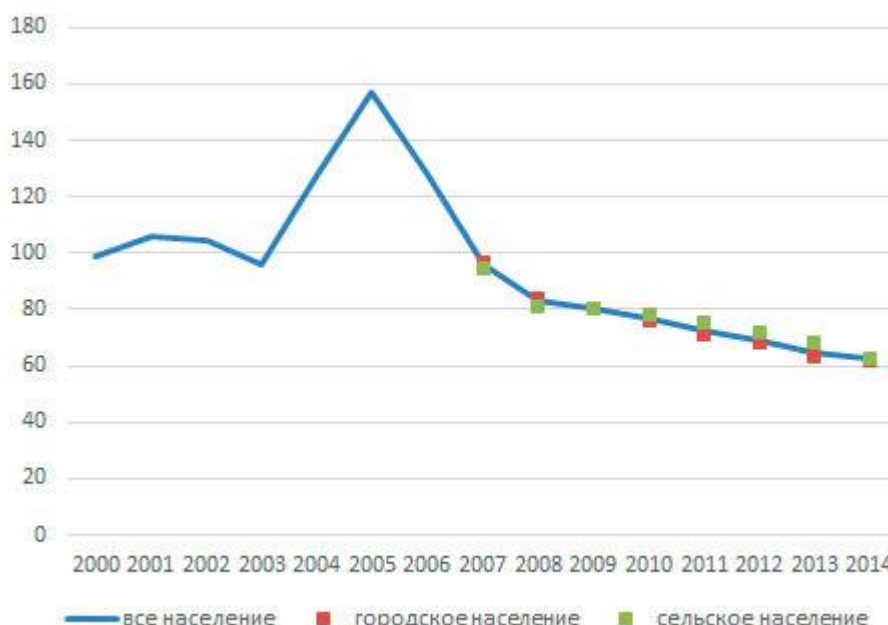


Рисунок 1. Общий коэффициент первичной инвалидности взрослого населения (18 лет и старше) Российской Федерации на 10 тыс. населения, 2007-2014 годы

Источник: расчеты авторов на основе формы №7 Министерства здравоохранения и социального развития РФ и данных о структуре населения Федеральной службы государственной статистики РФ.

Возрастное распределение первичной инвалидности представлено в трех укрупненных возрастных группах взрослого населения: 18-44 года, 45-54/59 лет, 55+/60+ лет (табл. 1). За последние 5 лет коэффициент первичной инвалидности снизился во всех возрастах, но особенно сильно – в пенсионных.

Таблица 1. Возрастные коэффициенты первичной инвалидности взрослого населения Российской Федерации, на 10 тыс. населения, 2007-2014 годы

	18-44 лет	45-54/59 лет	55/60+ лет
2007	270,1	1094,7	2185,1
2008	248,8	1054,7	1760,9
2009	254,3	1066,5	1611,8
2010	259,2	1087,5	1433,6
2011	250,6	1034,3	1322,9
2012	243,5	986,5	1249,3
2013	229,6	916,8	1166,1
2014	229,0	874,6	1087,2

Источник: расчеты авторов на основе формы 7 и данных Федеральной службы государственной статистики

Стандартизованный коэффициент первичной инвалидности подтверждает тенденцию к ее снижению среди взрослого населения (табл. 2). С 18 лет, в зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшим в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается первая, вторая или третья группа инвалидности. Стандартизованный коэффициент первичной инвалидности по группам подтверждает выводы, сделанные на основе данных по контингенту: в последние годы растет доля назначений более легкой инвалидности. Если в 2007-2011 годах наиболее высокий показатель был у инвалидов 2 группы, то в 2012 году уровень инвалидности с незначительными нарушениями стал выше уровня инвалидности с умеренными нарушениями.

Таблица 2. Стандартизованные коэффициенты первичной инвалидности взрослого населения России, 2007-2014 годы на 100 000

	Все население	1 группа	2 группа	3 группа
2007	1128,6	114,7	612,9	401,0
2008	959,7	107,1	505,4	347,2
2009	911,5	114,9	456,3	340,4
2010	854,6	140,1	376,0	338,5
2011	800,1	132,9	335,2	332,0
2012	760,6	128,4	310,1	322,1
2013	710,1	100,6	243,7	264,5
2014	672,7	98,7	237,1	260,6

Примечание: использовался прямой метод стандартизации, в качестве стандарта возрастной структуры принят новый европейский стандарт 2013 года[11].

Источник: расчеты авторов на основе формы 7 и данных Федеральной службы государственной статистики

Сколько в России взрослых инвалидов?

В России проживает 12,2 миллионов официально зарегистрированных инвалидов 18 лет и старше (10,6% взрослого населения на начало 2015 года без учета Крыма). Вместе с тем, реальный масштаб целевой группы социальной политики в отношении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья намного больше. Министерство труда оценивает его в 40 миллионов человек, относя к ним все маломобильные группы граждан. Официально зарегистрированные инвалиды претендуют не только на меры по развитию доступной среды (в широком смысле этого слова), но и меры социальной поддержки, денежные и сервисные. В целях совершенствования политики в отношении инвалидов необходимо иметь ясное представление об их социодемографическом портрете: как меняются риски наступления инвалидности по возрасту и полу? насколько молода российская инвалидность? много или мало инвалидов в России? как меняется их число и как оно будет меняться в дальнейшем?

Сведения о поле и возрасте взрослых инвалидов стали публично доступны только в 2014 году. Приведены они в странной группировке по возрасту (табл.3). По непонятным причинам верхняя граница первой группы проведена до возраста 31 год, тогда как принято проводить ее до возраста кратного пяти или десяти, т.е. в данном случае – до 30 лет. Возможно, в этом содержится намек на то, что Росстат или Пенсионный фонд имеет эти данные по 1-летним возрастным группам. Действительно, в таблице 7.35 статистического сборника «Социальное положение и уровень жизни населения России. 2015» выделена группа 18-29 лет, так что, сопоставив две возрастные группировки, можно получить число инвалидов в возрасте 30 лет. Однако эта странность не мешает оценить тот факт, что инвалидность быстро увеличивается с возрастом. Как следует из табл. 3, доля инвалидов в пенсионных возрастах на начало 2014 г. у мужчин в 10 раз, а у женщин – в 12 раз больше, чем в возрасте 18-30 лет. Поскольку пенсионная граница у женщин на пять лет ниже, разрыв между полами в скорости увеличения инвалидности у женщин еще больше. Отсюда становится очевидна вторая странность группировки инвалидов по полу и возрасту: нельзя оценить выше или ниже инвалидность мужчин и женщин в пенсионных возрастах или насколько выше инвалидность мужчин в пред-пенсионном возрасте, так как в обеих возрастных группах мужское население старше, а, значит инвалидность довольно быстро увеличивается с возрастом, мужские показатели завышены относительно женских.

Сложение первой странности со второй создает впечатление, что появление новых данных об инвалидности – формальное выполнение процедур, вытекающих из ратификации Конвенции о правах инвалидов.

Еще одним важным не только с аналитической, но и с политической точки зрения сюжетом является региональная распространенность инвалидности в России (рис. 2). Региональные различия в распространенности инвалидности связаны с неравенством в социально-экономическом положении домохозяйств, уровне развития и доступности здравоохранения, особенностями самосохранительного поведения населения и другими социально-демографическими факторами. Кроме того, свой вклад вносит местная специфика деятельности бюро медико-социальной экспертизы. В итоге в двух соседних регионах могут наблюдаться большие различия по уровню инвалидности населения. Самые высокие уровни взрослой инвалидности наблюдаются в национальных республиках Северного Кавказа, в районе Алтая, в Оренбургской области.

Таблица 3. Число взрослых инвалидов в России

	Мужчины		Женщины	
	01.04.2013 г.	01.01.2014 г.	01.04.2013 г.	01.01.2014 г.
<i>тысяч человек</i>				
в возрасте 18-30 лет	367	354	254	247
мужчины в возрасте 31-59 лет, женщины в возрасте 31-54 года	2064	2063	1213	1186
старше трудоспособного возраста	2521	2633	5622	5668
<i>на 10000 населения</i>				
в возрасте 18-30 лет	262,4	265,6	185,7	189,7
мужчины в возрасте 31-59 лет, женщины в возрасте 31-54 года	714,1	723,4	472,7	464,6
старше трудоспособного возраста (55+/60+)	2486,0	2633,4	2300,1	2322,8

Источник: По данным Пенсионного фонда Российской Федерации из Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи[12]

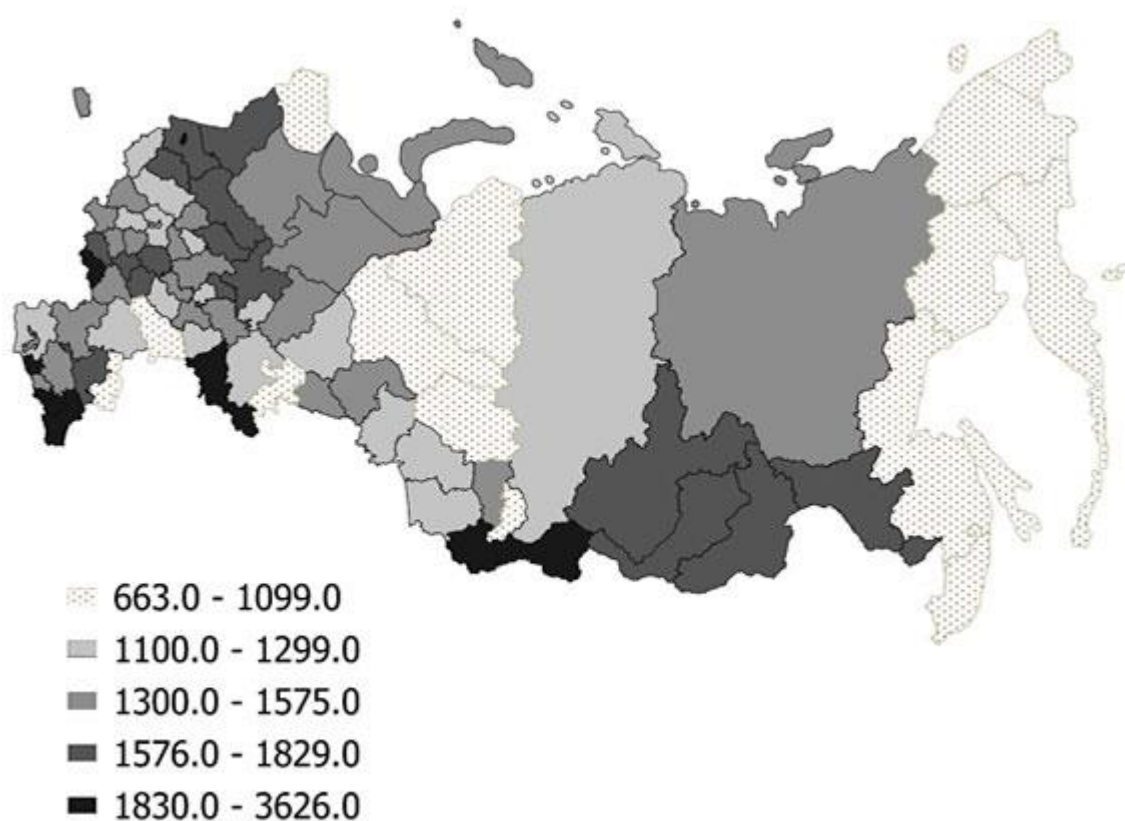


Рисунок 2. Стандартизованный коэффициент инвалидности среди взрослого населения, на 100000 населения, 2015 год[13]

Сколько инвалидов "видят" переписи населения?

Перепись населения рассматривается ООН как едва ли не самый важный источник информации для выявления инвалидности. Однако Россия не последовала рекомендациям ООН, и ни в 2002 году, ни в 2010 году в программы проведения Переписи не были включены стандартные вопросы, связанные с оценкой функционального статуса инвалидов. Инвалидность в переписи определяется по единственному вопросу – о получении пенсии по инвалидности в перечне источников средств к существованию. Его надежность крайне низка из-за искусственности официальной трактовки самой категории «пенсии по инвалидности» – трактовки, которая имеет весьма косвенное отношение к инвалидности как состоянию и явлению.

Половозрастная структура получателей пенсий по инвалидности в 2010 году на фоне 2002 года отражает совокупность процессов, затрагивающих эту группу лиц – старение, смертность, а также расширение группы за счет вновь входящих и сужение за счет перехода на другой вид пенсии. Однако масштабы «навеса» женщин старших возрастов необъяснимо значительны (рис. 3). Пенсий по инвалидности перепись 2002 года насчитала на 160 тысяч больше, чем их было по текущей отчетности.

По сравнению с данными текущего учета перепись 2010 года «переучла» уже 2,6 млн пенсий по инвалидности – двукратно по отношению к официально опубликованным данным^[14]. Среди возможных объяснений: двойной учет переписью этой группы лиц и неполнота учета в административном регистре. Но в данном случае симметричное несовпадение по двум рубрикам (недоучет 2,7 млн. «неинвалидных» пенсий) наводит на мысль, что пенсии были ошибочно классифицированы интервьюерами и респондентами (причем – именно женщинами). Контуры этого «навеса» довольно точно повторяют контуры возрастного распределения всей численности женщин. Похоже, что респонденты, сообщая о живущих с ними женщинах самых старших возрастов или даже сами о себе, ошибочно отмечали получение пенсии по инвалидности просто ввиду очевидности наличия инвалидности.

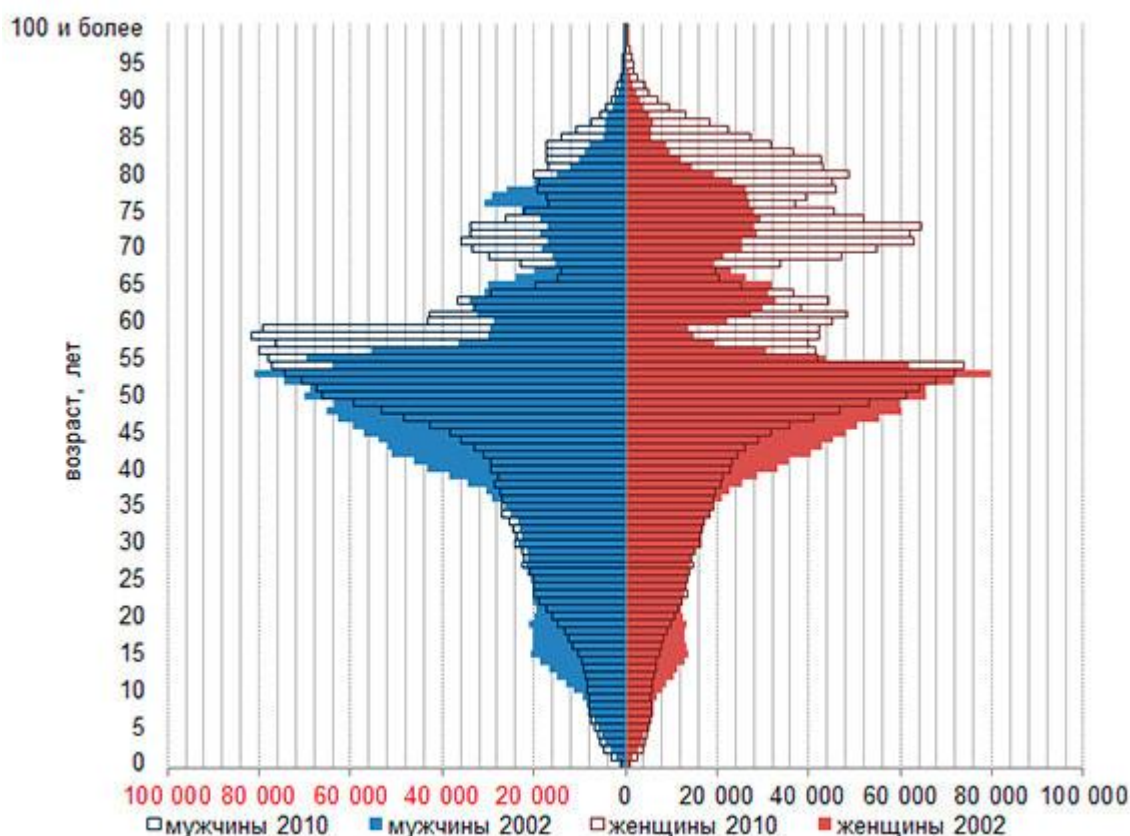


Рисунок 3. Половозрастная структура лиц, отметивших получение пенсии по инвалидности, данные ВПН-2002 и ВПН-2010, человек

Помимо переучета пенсий по инвалидности для женщин старших возрастов, перепись 2010 года недоучла пенсии по инвалидности для обоих полов в возрастах от 9 до 22 лет. Половозрастная структура инвалидов, отражающая долю инвалидов в населении, показывает, что в трудоспособных возрастах она одинакова в переписях 2002 и 2010 годов (рис. 4). В пенсионных возрастах перепись 2010 года учла значительно больше пенсий по инвалидности по сравнению с 2002 годом.

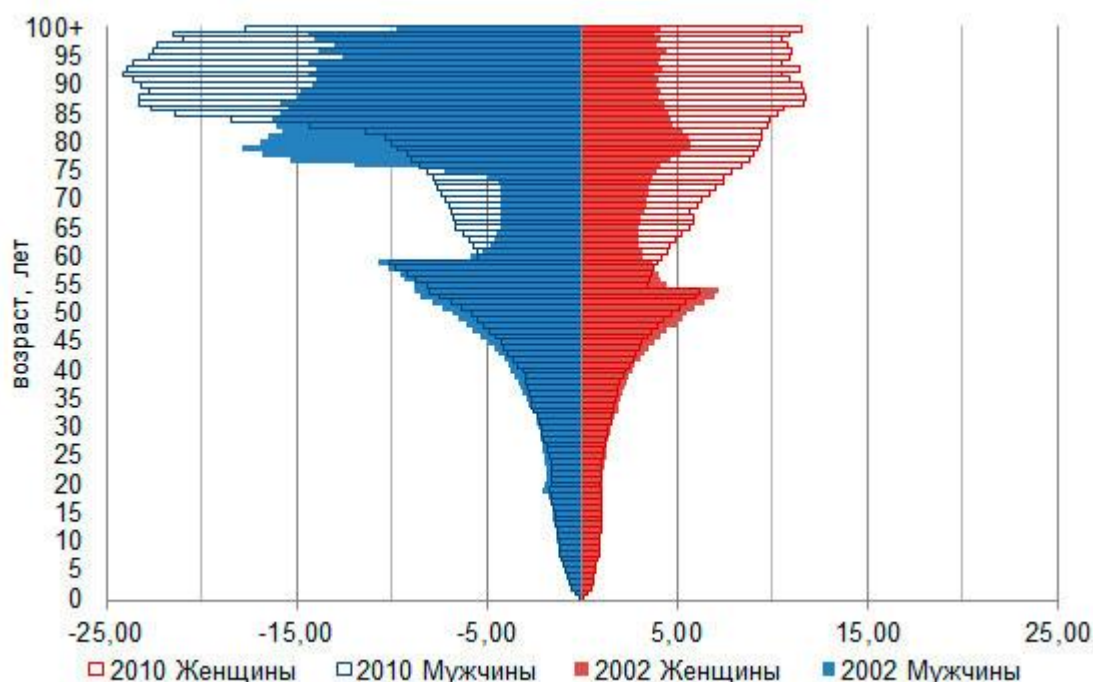


Рисунок 4. Половозрастная структура лиц, отметивших получение пенсии по инвалидности, данные ВПН-2002 и ВПН-2010, % от численности населения в соответствующем возрасте

Значительные расхождения между двумя переписями в удельном весе инвалидов в пенсионных возрастах – наглядное свидетельство того, что вопрос о пенсиях по инвалидности как источнике средств к существованию ошибочно трактуется населением и интервьюерами. И в целом, анализ полноты учета пенсий по инвалидности переписями говорит о том, что социально-экономические характеристики лучше рассматривать только для лиц трудоспособных возрастов.

Сравнение коэффициентов распространенности пенсий по инвалидности (рис. 5) в двух переписях показывает очень сильный рост показателей в старших возрастах, в которых, вообще говоря, распространенность этого вида пенсий должна быть весьма умеренной, поскольку инвалиды 2-й и 3-й групп, достигая пенсионного рубежа, переходят на пенсию по старости, что и отражено на графиках показателя. В этих возрастах получают пенсию по инвалидности те, кто имеет право на две пенсии, а их не должно быть много. Вместе с тем, кривые на рис. 5, имея различия в уровне коэффициентов распространенности, обладают схожей формой профиля: спад в возрасте 55-64 года, связанный с упомянутым переходом на пенсию по старости, и рост после 65 лет, причины которого не так очевидны. Вероятно, респондент, сообщая о своем домоладце-инвалиде, ошибочно приписывает ему пенсию по инвалидности ввиду очевидности наличия инвалидности, с одной стороны, и своей неинформированности о тонкостях классификации пенсий - с другой.

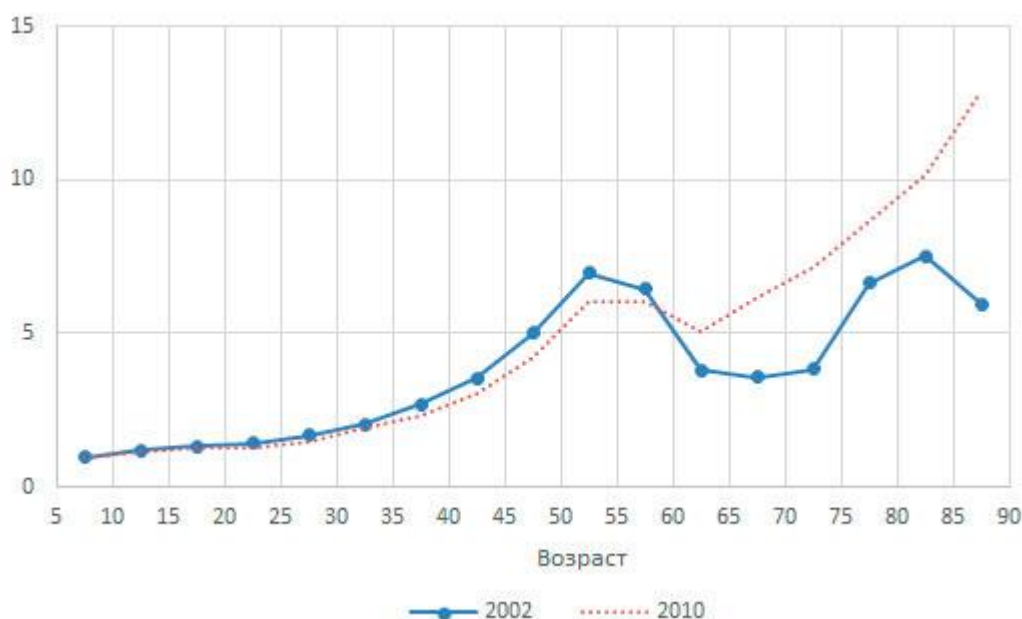


Рисунок 5. Возрастные коэффициенты распространения пенсий по инвалидности по данным переписей 2002 и 2010 г., оба пола, на 100 человек данного возраста

Источник: расчеты авторов по итогам Переписей населения 2002 и 2010 г.

В целом, в трудоспособных возрастах точность переписей по оценке распространенности инвалидности достаточно высока. Однако, тот факт, что обе переписи фиксируют больше пенсий по инвалидности, чем в административных регистрах, свидетельствует о том, что в их число попадают инвалиды с детства и другие «нелегитимные» по отношению к официальному определению пенсии по инвалидности. В старших возрастах оценка точности переписи затруднительна из-за потери в официальном определении понятия «пенсия по инвалидности» населения этого возраста.

Наконец, несмотря на необходимость изучения инвалидности по международно сопоставимой методологии, в программу выборочного федерального статистического наблюдения «Микроперепись населения 2015» соответствующие вопросы также включены не были. Вместо них был предложен специфический дизайн, при котором задавался вопрос о наличии хронических заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность (далеко не все ограничения связаны с заболеваниями), и только в случае положительного ответа задавался вопрос о необходимости помощи в осуществлении ежедневной деятельности. Подобная конструкция инструментария неизбежно должна была привести к смещениям оценок.

Как инвалиды попадают в выборочные наблюдения

Общий вопрос об инвалидности (*Имеется ли у Вас инвалидность? Если да, какой группы?*) имеется в большинстве крупных выборочных обследований^[15], проводимых в России на регулярной основе. Однако такие неспециализированные обследования обладают рядом ограничений для оценки инвалидности:

- недопредставленность инвалидов в выборке, смещения;
- малые размеры подвыборок инвалидов, не позволяющие проводить детальный анализ;

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Макаренцева А.О., Васин С.А.,
Хасанова Р.Р. Как оценить число инвалидов в России
// Демоскоп Weekly. 2016. № 695 - 696.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/demoscope695.pdf>

- неохват институционального населения (в больницах, домах-интернатах и так далее), в которых доля лиц с инвалидностью выше, чем в частных домохозяйствах;
- не все инвалиды могут принимать в обследовании полноценное участие (лица с ментальными нарушениями, с нарушениями речи, зрения, слуха);
- ограничения программы вопросника, приводящие к недостатку специализированных вопросов о характеристиках здоровья.

В отличие от переписей населения, инвалидность взрослых относительно неплохо учитывается в выборочных обследованиях, за исключением обследования КОУЖ, проводимого Росстатом в рамках регулярного Комплексного наблюдения условий жизни населения. Полученные в обследованиях оценки общего уровня инвалидности населения хорошо согласуются с данными Пенсионного Фонда России (ПФР) (табл. 4).

Таблица 4. Доля совершеннолетних инвалидов по данным формы 94-пенсии (ПФР) и трех обследований, проценты

Источник данных	Оба пола	Мужчины	Женщины
ПФР 2011	11,2	---	---
ПФР 2014	10,5	9,7	11,2
РиДМиЖ 2011	11,4	10,7	11,8
РМЭЗ 2011	10,5	9,7	11,1
КОУЖ 2011	8,6	8,3	8,9
КОУЖ 2014	8,8	8,8	8,9

Однако почти все крупные выборочные обследования также опираются только на вопрос об официальном статусе инвалида или, что еще менее корректно, на вопрос о том, получает ли он пенсию по инвалидности. Ни в одном случае публичные данные о численности инвалидов в России не опираются на оценки по функциональному статусу.

В то же время принципы и рекомендаций ООН в отношении проведения переписей населения и жилищного фонда рекомендуют для включения в них вопросы именно о функциональном статусе, которые основывается на Международной классификации функционирования[16] и работах Вашингтонской группы по статистике инвалидности[17]. Таким образом, административная статистика не играет ведущей роли для оценки распространенности явления. В качестве примера можно привести Великобританию[18], в которой также существует понятие «зарегистрированной инвалидности», когда человек подает документы на получение различных видов помощи. При этом сама статистика инвалидности ведется Управлением по вопросам инвалидности (Office for Disability Issues)[19] на объединении административных данных (число получателей пособий (Disability Living Allowance)), социологической информации (официальные оценки инвалидности приводятся преимущественно по данным Family Resources Survey[20] и Life Opportunities Survey[21]) и данных переписей населения[22]. FRS это мониторинговый (не панельный) комплексный опрос населения по стратифицированной адресной выборке размером около 20 тысяч домохозяйств. Инвалидом в нем признается респондент, указавший наличие у себя длительной болезни, устойчивого ограничения или нарушения функций организма, которые приводят к значительным трудностям в осуществлении повседневной деятельности. LOS - это специализированный панельный опрос населения, посвященный положению инвалидов в Великобритании. Опрос проводился по адресной выборке при помощи CAPI технологии, выборка первой из волн составила 37,5 тысячи домохозяйств, выборки последующих волн отличались размером для домохозяйств с инвалидами и для контрольной группы. Он целиком опирается на социальную модель инвалидности: инвалидом признается респондент, указавший на наличие у себя умеренного, тяжелого или полного нарушения функционирования как минимум одной из сфер; либо указавший на ограничение любой тяжести хотя

бы в одном из видов деятельности (таких как ходьба пешком, подъем по ступеням, чтение). Наконец, в программе переписи населения Великобритании формулировка вопроса на определение инвалидности звучит следующим образом: «Ограничена ли Ваша повседневная активность из-за проблем со здоровьем или инвалидности, которые длятся, или ожидается, что продлятся в течение, как минимум, 12 месяцев?» («Are your day-to-day activities limited because of a health problem or disability which has lasted, or is expected to last, at least 12 months?»).

Предложенная Институтом социального анализа и прогнозирования РАНХиГС программа выборочного опроса ставила своей целью оценку распространенности инвалидности в России по официальному статусу и, по международному примеру, согласно субъективному функциональному статусу. Опрос ИнСАП РАНХиГС проводился в 9 регионах России: три были отобраны в 2014 году (Республика Татарстан, Волгоградская и Саратовская области), три – в 2015 году (Хабаровский край, Тюменская область и Республика Ингушетия), три – в 2016 году (Санкт-Петербург с областью, Самарская и Челябинская области, см. рис. 6). Ежегодная волна мониторинга социального положения инвалидов и лиц с инвалидностью охватывает выборку около 1500 респондентов, минимальное число респондентов для анализа на региональном уровне составляет 500 человек. Все три волны опроса проводились методом телефонного интервью. Его выбор обусловлен низкой достижимостью целевой группы вкпе со стремлением к использованию случайной выборки. Например, для опроса 1516 целевых респондентов в 2016 году был совершён хотя бы один звонок на 162628 телефонных номеров, осуществлено более 30 тысяч контактов. Подобные масштабы не представляются возможными для проведения личных интервью в условиях реальных бюджетных ограничений. Выборка строилась посредством случайного систематического отбора телефонных номеров с равным шагом и случайной стартовой точкой из всех диапазонов номеров.



Рисунок 6. Регионы России, участвовавшие в опросе ИнСАП РАНХиГС в 2014-2016 годах

В соответствии с методикой Вашингтонской группы ООН по статистическому измерению инвалидности было выделено шесть типов функциональных ограничений:

1. со зрением, даже при ношении очков;

2. со слухом;
3. с концентрацией и памятью;
4. с речью, выражением и формулированием мыслей;
5. с передвижением, ходьбой, подъемом по лестнице;
6. с самообслуживанием, одеванием и приёмом душа.

Тяжесть каждого затруднения подтверждалась уточняющими вопросами о времени и интенсивности проблем, в качестве инвалидов признавались те, кто отметил у себя сильные и стойкие во времени ограничения[23].

Кроме этого, задавался вопрос о наличии группы инвалидности у респондента или кого-либо из членов семьи, проживающих вместе с респондентом. Данный способ позволил достичь первой из целей мониторинга и выявить долю неофициальных (неучтенных) инвалидов в составе населения пилотных регионов. При самоидентификации хотя бы одной из шести трудностей проводилось развёрнутое интервью с человеком с ограниченными возможностями или членом семьи, с которым он проживает. Таким образом, в обследовании участвовали два типа респондентов – сами лица с ограниченными возможностями здоровья и их родственники (в частности, это было в тех случаях, когда инвалид не мог самостоятельно дать интервью по состоянию здоровья).

Итоги трех раундов опросов показали, что контингенты лиц с инвалидностью по официальному и по функциональному определениям совпадают далеко не полностью (рис. 7). Доля лиц, имеющих официальный статус инвалида, составила 8% среди взрослого населения 9 регионов России. Доля подходящих под определение инвалида на основе международного скрининга – 7,9%. В контексте проведения политики обеспечения равных прав для лиц с инвалидностью и социальной инклюзии инвалидов в общество более корректно ориентироваться на обобщенный уровень инвалидизации населения – и это уже 13% взрослого населения.

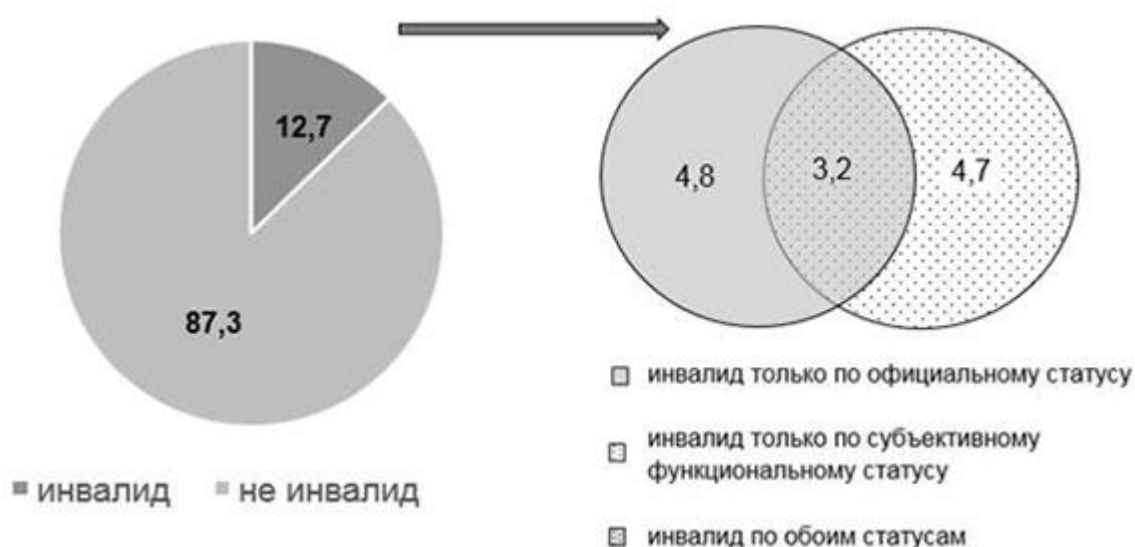


Рисунок 7. Распространенность инвалидности, %

Источник: объединенный массив опросов ИнСАП РАНХиГС 2014-2016 гг.

При переходе от респондентов ко всем членам домохозяйства (с учетом его размера) доля лиц с официальной инвалидностью предсказуемо становится ниже (см. табл. 5 по 3 регионам). Ухудшение

учета связано с особенностями опроса населения как метода получения информации – респондент всегда точнее говорит о себе самом, чем о других; в опросах хуже учитываются домохозяйства с несколькими инвалидами, и так далее.

Таблица 5. Доля лиц с официальной инвалидностью и домохозяйств, имеющих в своем составе лиц с официальной инвалидностью, %

Субъект РФ	Росстат*	Опрос населения		
	Доля лиц	Доля респондентов	Доля домохозяйств	Доля лиц с учетом всех членов д/х
Саратовская область	7,3	7,8	14,0	6,2
Волгоградская область	9,3	8,3	17,6	7,9
Республика Татарстан	10,1	7,7	15,6	6,5

* Оценка на середину 2013 года по населению 18 лет и старше; расчеты автора на основе данных о численности инвалидов из сборника "Социальное положение и уровень жизни населения России", 2014 г., и данных по однолетним возрастным группам на 1 января 2013 и 2014 гг.

В целом, контингенты инвалидов, определенные по разным критериям, пересекаются на 40%. Чем можно объяснить столь значительное несоответствие итогов российской и международной классификаций? Функциональный (международный) подход содержит субъективную составляющую, которая отражает общую удовлетворенность жизнью, оптимизм человека (около трети респондентов-инвалидов не оценили состояние своего здоровья как плохое). Важную роль играет и то, давно ли человек стал инвалидом, успел ли он «приспособиться» к такому состоянию здоровья и, главное – изменилось ли оно за последнее время. Влияет также возраст человека, его семейное положение, наличие супруга(и) и/или детей, в более широком контексте – социальная среда как таковая.

Инвалиды первой группы с вероятностью 61% подпадают и под определение инвалидности ООН. Для инвалида второй группы шанс быть признанным по международному подходу составляет 50 на 50, а среди третьей группы инвалидности только 35% женщин и примерно четверть мужчин подпадают под международное определение[24].

Различия по полу в возрастах до 70 лет невелики, схожи и профили инвалидности по официальному определению и по субъективному функциональному определению (рис. 8). В старших возрастах заметно нарастание доли инвалидов (по определению ООН) среди женщин. Это объясняется, во-первых, тем, что женщины традиционно склонны давать более низкие субъективные оценки своему здоровью по сравнению с мужчинами. Во-вторых, в России мужчины старших пенсионных возрастов – это малочисленная и оттого специфическая группа. Использование субъективного функционального подхода к измерению инвалидности еще сильнее увеличивает вес женского населения в контингенте инвалидов. В целом, независимо от определения, риск оказаться инвалидом увеличивается с возрастом, перешагивая 10% пороговое значение для когорт 50-летних и старше.



Рисунок 8. Риск инвалидности по российскому и международному определениям в разрезе пола и возраста, % от всех опрошенных

Источник: объединенный массив опросов ИнСАП РАНХиГС 2014-2016 гг. СФ – субъективное функциональное определение, ОФ – официальное определение.

Объединение контингентов инвалидов по двум определениям сдвигает возрастное распределение группы в сторону старших возрастов. Тем самым еще теснее переплетаются между собой две группы задач, стоящих перед стареющим российским обществом: забота о пожилых и адаптация среды для инвалидов. С одной стороны, это дает возможность решать их одновременно, с другой стороны, нерешенные проблемы – например, адаптация среды сельских населенных пунктов для удобства инвалидов и пожилых граждан – со временем обостряются, так как затрагивают интересы всё большего количества граждан. Согласно проведенному опросу, в сельских поселениях инвалидность по субъективному функциональному определению выше, чем в городе, и в объединенном контингенте доля жителей села среди инвалидов немного увеличивается.

Нельзя не отметить, что в ходе опросов были выявлены трудности использования международной методологии оценки функционального статуса. На субъективной оценке состояния здоровья сказывается влияние скрытых факторов, неоднозначность трактовки вопросов респондентами и так далее. Несмотря на то, что предложенный скрининг был опробован в нескольких десятках стран, его реализация на русском языке, возможно, требует дополнительных методических экспериментов.

Заключение

Таким образом, каждый метод сбора данных об инвалидах имеет свои достоинства и недостатки, которые не позволяют опираться только на один из них для достижения всех стоящих перед государством целей. Как сказано во Всемирном докладе об инвалидности, главная цель сбора данных об инвалидах – выработка стратегии по улучшению их положения[25]. В соответствии с этим сбор данных должен распадаться на три основных направления:

- Мониторинг уровня функционирования населения (нарушение функций и структур организма, ограничение активности и участия), который служит для оценки круга и приоритета проблем, связанных с инвалидностью, а также эффективности мер, направленных на предупреждение или минимизацию функциональных нарушений, ограничений активности и участия.
- Мониторинг равенства возможностей (в том числе доступ к социальным институтам), он служит для оценки положения инвалидов и нахождения наиболее узких мест, т.е. средовых барьеров.
- Мониторинг потребления услуг и неудовлетворенного спроса на услуги, который нужен для планирования и осуществления программ обеспечения услугами инвалидов.

Отслеживание изменений по этим направлениям позволяет оценивать ход реализации положений Конвенции, планировать и оценивать эффективность программ, способствующих улучшению положений инвалидов.

Недостатки действующей в России системы статистики инвалидности не отменяют того факта, что в стране есть все предпосылки к осуществлению комплексного мониторинга положения инвалидов. В последнее время действительно были предприняты многочисленные шаги по совершенствованию процедуры сбора данных бюро МСЭ (принята Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов[26], вводится в действие Федеральный реестр инвалидов[27]); был введен новый формат годовой статистической отчетности № 1-ИДО «Исследование оценки инвалидами состояния доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности, отношения граждан Российской Федерации к проблемам инвалидов» (Росстат)[28]; были открыты неперсонифицированные микроданные сплошных и выборочных обследований населения Росстатом. Эти другие шаги приближают нас к созданию системы статистики инвалидности в России, на базе которой станет возможно планировать и осуществлять оценку эффективности мер и программ, направленных на улучшение положения инвалидов и реализации их прав, а также осуществлять мониторинг Конвенции ООН.

Для ее полноценной реализации необходимо введение новых гармонизированных между собой форм учета инвалидов в Пенсионном фонде России и бюро МСЭ, а также для других административных регистров. Изменения формата ведомственной отчетности по услугам учреждений социальной защиты населения (интернаты, дома ребенка, дома престарелых и другие) должно учитывать задачи, которые стоят перед государством в рамках мониторинга прав инвалидов в соответствии с положениями Конвенции ООН. Наконец, необходимо включить стандартный модуль вопросов ВГ ООН об инвалидах в крупные выборочные обследования Росстата (КОУЖ) и переписи населения (например, дополнительным модулем).

Без построения надежной базы сведений о численности, структуре и динамике контингента инвалидов и в дальнейшем об их социально-экономическом положении государство и общество не могут оценить продвижение в решении многообразных задач – таких как повышение эффективности реабилитации и абилитации инвалидов, обеспечения равенства прав и возможностей, преодоление социальной исключенности инвалидов. Тем более они не видят новых задач, которые возникают на современном этапе социального развития, и новых возможностей, которые могли бы содействовать преодолению барьеров на пути интеграции инвалидов в общество. В этом смысле создание статистики инвалидности и системы мониторинга инвалидности – не счетно-статистическая задача, а долгосрочный политический императив.

[1] Макаренцева (Тындик) Алла Олеговна – начальник отдела ИнСАП РАНХиГС

[2] Васин Сергей Алексеевич – старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ и ИнСАП РАНХиГС

- [3] Хасанова Рамиля Рафаэлевна – научный сотрудник ИнСАП РАНХиГС
- [4] Конвенция ООН на русском языке доступна на сайте ООН:
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml
- [5] О статистике детской инвалидности стоит говорить отдельно, в своей административной части она полнее и детальнее. См.: Тындик А.О., Васин С.А. Положение детей-инвалидов и их семей в зеркале переписей населения // Журнал исследований социальной политики, 2016; Ragoza, L. and Rogozin, D. and Vasin, S. and Burdyak, A. and Tyndik, A. and Eliseeva, M. Социальное Положение инвалидов в Российской Федерации с учетом положений Конвенции о правах инвалидов (The Social Situation of the Disabled in the Russian Federation, Subject to the Provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) (December 23, 2014). Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2542198> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2542198>; Итоговый отчет о научно-исследовательской работе «Анализ социально-экономического положения инвалидов и семей с инвалидами с учетом региональных особенностей бюджетной обеспеченности социальной политики», М.: 2015.
- [6] За исключением инвалидов пяти ведомств, составляющих примерно 3% от общего числа инвалидов из регистра ПФР.
- [7] Всемирный доклад об инвалидности. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный банк, Женева, 2011
- [8] Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2014 г. N 664н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"; Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы". На момент написания данного текста анонсированы новые изменения с 2017 года.
- [9] Заменяет собой предыдущий приказ №664н от 29 сентября 2014 г.
- [10] За основу была взята немецкая модель.
- [11] Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force Luxembourg: / Methodologies & Working papers Publications Office of the European Union, 2013 - http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-028/EN/KS-RA-13-028-EN.PDF
- [12] Рассмотрев в предыдущем разделе основные проблемы, связанные с неточной оценкой официальной инвалидности разными ведомствами, здесь и далее мы опираемся на общепринятые оценки.
- [13] Метод косвенной стандартизации. За стандарт взята возрастная структура инвалидности в России за 2015 год.
- [14] Ragoza, L. and Rogozin, D. and Vasin, S. and Burdyak, A. and Tyndik, A. and Eliseeva, M., Социальное положение инвалидов в Российской Федерации с учетом положений Конвенции о правах инвалидов (The Social Situation of the Disabled in the Russian Federation, Subject to the Provisions of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) (December 23, 2014). Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2542198> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2542198>
- [15] КОУЖ-2011, 2014; RLMS-HSE; WHO-SAGE; РидМиЖ.

- [16] Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ). Краткая версия, 2002. D:\Read_Disab\ICF_МКФ\mkf\shortversion\ICF_RUS_Done.docx
- [17] Вашингтонская группа по статистике инвалидности
http://www.cdc.gov/nchs/washington_group.htm
- [18] Данные о статистике инвалидности в Великобритании собраны М.А. Елисеевой, научным сотрудником ИНСАП РАНХиГС.
- [19] Office for Disability Issues <http://odi.dwp.gov.uk/disability-statistics-and-research/index.php>
- [20] Family Resources Survey, <https://www.gov.uk/government/collections/family-resources-survey--2>
- [21] Life Opportunities Survey, <https://www.gov.uk/government/collections/life-opportunities-survey>
- [22] Перепись населения <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/census/2011/index.html>.
- [23] Полный перечень вопросов скрининга можно найти в приложении к статье: Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы // ВЕСТНИК НГУЭУ, №1, 2016.
- [24] Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы // ВЕСТНИК НГУЭУ, №1, 2016.
- [25] World report on disability 2011. World Health Organization, The World bank: 24
- [26] Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов <http://www.rosmintrud.ru/docs/mzsr/handicapped/3>. Банк Документов официального сайта Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Опубликовано на сайте в 14:55, 09/10/2012. Изменено в 15:21, 09/10/2012
- [27] См. справку Минтруда «О федеральном реестре информации об инвалидах» от 22.06.2016, режим доступа: <http://government.ru/docs/23935/>. Реестр находится в ведении ПФ РФ,
- [28] Приказ Федеральной службы государственной статистики от 5.04.2013 N131.