

---

**ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ КОНСОЛИДАЦИИ**

---

**ИНВАЛИДЫ  
В РЕГИОНАЛЬНОМ  
СООБЩЕСТВЕ**

Вологда · 2014

Федеральное агентство  
научных организаций

Российская  
академия наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Институт социально-экономического развития территорий  
Российской академии наук



# **Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе**

Вологда  
2014

УДК 314.44 (470.12)  
ББК 60.542.5 (2Рос-4Вол)  
П78

Публикуется по решению Ученого совета  
Института социально-экономического  
развития территорий РАН

**Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе** [Текст]: монография / колл. авт. под рук. д.э.н. А.А. Шабуневой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. – 134 с.

*Научный консультант*

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ  
**В.А. Ильин**

В монографии представлены результаты исследования проблемы инвалидизации населения России. Описаны современное состояние концептуально-правовой основы исследований в данной сфере, масштабы и экономические потери вследствие инвалидности. На базе социологических исследований изучены отношения общества и людей с ограниченными возможностями здоровья, в первую очередь с позиции готовности к интеграции. Оценены ведущие механизмы инклюзии инвалидов в социум и предложены направления решения выявленных проблем.

Книга адресована работникам органов социальной сферы, управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, которых интересуют вопросы консолидации российского общества.

*Рецензент*

кандидат философских наук, доцент декан гуманитарного факультета,  
зав. кафедрой социологии Вологодского государственного университета  
**В.Н. Асташов**

ISBN 978-5-93299-275-3

© Коллектив авторов, 2014  
© ИСЭРТ РАН, 2014

## **ВВЕДЕНИЕ**

Инвалидизация населения – многоаспектное явление, поскольку обладает не только социально-экономическим, но и морально-этическим содержанием и влечет соответствующие последствия. На первый взгляд она представляет собой угрозу экономических потерь, как прямых, так и косвенных, но в то же время определяет широкий спектр параметров социального здоровья и самочувствия, обеспечение прав и равенства возможностей граждан. По данным на 2013 год доля людей с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации составила 9% от общей численности населения. За последние 13 лет рост численности инвалидов в стране превысил 20%. К 2030 году возможно увеличение общероссийского показателя ещё на 10% (приложение 1).

Масштабы инвалидизации населения в России и ее регионах требуют адекватной оценки, выявления проблем и путей снижения её распространенности, а также реабилитации и повышения уровня и качества жизни, экономической и социальной активности людей с ограниченными возможностями здоровья. В этой связи крайне важно определить содержание понятия «инвалидность», положенного в основу общественных норм и государственной политики в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья.



Особое значение для преодоления дискриминации таких людей имеет изучение их социально-экономического положения, выявление ключевых потребностей и проблем. Поэтому необходимо комплексное исследование, сконцентрированное на экономических и социальных условиях жизни инвалидов, а также оценка эффективности существующих способов устранения препятствий и барьеров, стоящих на пути их социальной инклюзии и реабилитации. Важным дополнением к исследованиям в рассматриваемой области могут стать разработки, направленные на систематизацию и аналитическое описание новых механизмов и форм реабилитации инвалидов.

В Российской Федерации предпринимаются меры по изменению и улучшению социального и профессионального статуса инвалида, формирование равных с другими гражданами возможностей. Правительство страны использует программно-целевой подход к решению проблем людей с ограниченными возможностями здоровья, тем самым обеспечивая привлечение региональных ресурсов и активизируя деятельность органов управления субъектов РФ<sup>1</sup>. Уже в 1995 г. была принята Федеральная целевая программа «Социальная поддержка инвалидов» на 1995–1999 гг., в которую вошли пять подпрограмм. Программа была продолжена – в первый раз до 2005 г., во второй раз до 2010 года<sup>2</sup>.

Приоритетной задачей государственной поддержки инвалидов является формирование доступной среды для их жизнедеятельности. Именно доступность среды, включая жилье, транспорт, образование, здравоохранение, работу, культуру, каналы коммуникации, служит условием независимой жизни людей с ограниченными возможностями здоровья и определяет степень включенности данной группы населения в жизнь общества.

---

<sup>1</sup> Худоренко Е.А. Лица с ограниченными возможностями организма. Проблемы образования и инклюзии [Электронный ресурс] // Экономика. Социология. Менеджмент. – Режим доступа: [http://ecsocman.hse.ru/data/2011/02/13/1214888071/Hudorenko\\_08.pdf](http://ecsocman.hse.ru/data/2011/02/13/1214888071/Hudorenko_08.pdf)

<sup>2</sup> О Федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы»: постановление Правительства РФ от 29.12.2005 г. № 832.

В целях формирования условий для беспрепятственного доступа инвалидов и других маломобильных групп населения к объектам и услугам, а также интеграции инвалидов в общество и повышения уровня их жизни Правительство Российской Федерации постановлением № 175 от 17.03.2011 г. утвердило государственную программу «Доступная среда» на 2011–2015 годы. Основным результатом данной программы должно стать «формирование к 2016 году условий для беспрепятственного доступа к основным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения»<sup>3</sup>.

На уровне регионов также ведется работа в данном направлении, например в Вологодской области реализуется долгосрочная целевая программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы. Её целями являются: создание условий для реабилитации и интеграции инвалидов в общество, повышение качества услуг в сфере медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов<sup>4</sup>.

Таким образом, началом практического внедрения в России международных подходов к решению проблем инвалидности можно считать 1995–1996 годы. Однако непрерывные изменения, происходящие в политической и социально-экономической жизни страны, требуют периодического уточнения нормативно-правового обеспечения вопроса инвалидности.

Инвалидность можно рассматривать как состояние индивида, предполагающее необходимость специфических инвестиций в его человеческий капитал. На уровне социума инвалидность населения определяется как особое явление общественной жизни, способствующее накоплению

---

<sup>3</sup> О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы: постановление Правительства РФ от 17.03.2011 г. № 175 // Сайт компании ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12084011/>

<sup>4</sup> О долгосрочной целевой программе «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы: постановление Правительства Вологодской обл. от 26.03.2010 г. № 334 // Сайт Департамента образования Вологодской области. – Режим доступа: <http://depobr.gov35.ru/index.php/documents/viewdownload/1/2383>

специфического социального капитала. Специфическим социальный капитал будет с учётом культурных и психологических установок, лежащих в основе принятой в обществе модели поведения при взаимодействии с инвалидами.

Чтобы обеспечить интеграцию инвалидов, необходимо создать условия для их приобщения к наследию мировой культуры посредством разработки и внедрения образовательных программ (от дошкольного до вузовского уровня), учитывающих особенности каждого типа инвалидности. Данная стадия представляет стартовый этап накопления человеческого капитала.

Главная задача следующего этапа – обеспечение инвалидам возможности трудоустройства на постоянное место работы, оборудованное с учётом их особых потребностей. Для привлечения частного сектора к сотрудничеству с государством в сфере социальной защиты инвалидов целесообразно вернуть налоговые льготы для предприятий, реализующих или софинансирующих проекты, направленные на профессиональную реабилитацию инвалидов.

Третьим этапом накопления человеческого капитала становится приобретение специфического человеческого капитала, связанного с профессиональной деятельностью на предприятии. Задачей государственной власти на данном этапе является контроль выполнения работодателем обязательств перед инвалидами по организации рабочего места, режима работы, своевременной оплате труда, предоставлению дополнительного отдыха, необходимого для поддержания здоровья.

Финансирование политики в сфере социальной защиты инвалидов в рамках данной концепции предлагается воспринимать не как государственные затраты, а как инвестиции в человеческий капитал рассматри-

ваемой категории граждан. Благодаря изменению позиции власти можно достичь лучшего контроля над расходованием бюджетных средств, т.к. инвестиции всегда предполагают отчёт о полученной от них экономической выгоде. С точки зрения экономики нецелевое расходование денежных средств приводит к альтернативным издержкам, связанным с защитой инвалидов, к предельным издержкам, растущим при каждом неправильном управленческом решении, т.к. возникает необходимость устранения их последствий. Сюда же добавляются косвенные издержки вследствие недоинвестирования в человеческий и социальный капитал, выражающиеся в недопроизводстве ВВП.

Данная монография представляет собой результаты исследования, выполненного сотрудниками ИСЭРТ РАН при поддержке Автономного учреждения Вологодской области в сфере средств массовой информации «Вологодский областной информационный центр» с целью анализа современного состояния проблемы интеграции инвалидов в социум и их социально-экономического положения. Авторы книги осознают, что не могли охватить всего многообразия проявлений рассматриваемой проблемы и сконцентрировались на таких вопросах, как: концепции социального статуса инвалидов; методологические основы изучения социально-экономических аспектов инвалидности; распространённость инвалидности в Российской Федерации, регионах СЗФО и Вологодской области; оценка экономических потерь вследствие инвалидности; отношение общества к инвалидам; основные проблемы, с которыми сталкиваются инвалиды.

Работа предназначена для работников социальной сферы, государственных и муниципальных служащих в сфере управления социальным развитием и всех интересующихся проблемой инвалидности.

Исследование выполнено коллективом отдела исследования уровня и образа жизни населения Института социально-экономического развития территорий РАН в составе:

- Шабуновой А.А., д.э.н., доцента (концепция, общая редакция);
- Морева М.В., к.э.н. (концепция, общая редакция);
- Калачиковой О.Н., к.э.н. (концепция, общая редакция, введение, заключение);
- Шматовой Ю.С., к.э.н. (§1.2, §2.2);
- Фахрадовой Л.Н., асп. (§ 1.1, § 2.1, § 3.2; гл. 4);
- Кондаковой Н.А., м.н.с. (§ 1.2, §3.1).

Авторский коллектив выражает глубокую признательность за содействие проводимым исследованиям сотрудникам Вологодской областной организации Всероссийского общества слепых – Поповой Евгении Павловне, Старыгиной Галине Александровне; Вологодской областной организации Всероссийского общества глухих – Корнилову Виктору Геннадьевичу; Комплексного центра социального обслуживания населения г. Вологды – Макаровой Татьяне Васильевне.

Авторы благодарят также всех, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

**ГЛАВА 1**

**КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ**



## **ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ**

### **1.1. Концептуальные основы формирования социального статуса инвалидов и проводимой в отношении их государственной политики**

Концептуальное осмысление понятия инвалидности находит отражение в нескольких вариантах его формулировок, содержание которых определяется теми целями, которые преследует общество при реализации политики в отношении инвалидов.

Так, для традиционного подхода к инвалидности характерно акцентирование внимания на отличиях инвалидов от остальных людей. Следствие данной установки – различные формы изоляции и дискриминации. Степень участия государства в поддержке инвалидов варьируется в рамках отдельных моделей инвалидности, но концептуальное основание на данном уровне остаётся неизменным.

Традиционная концепция объединяет четыре модели инвалидности (табл. 1.1). На настоящий момент актуальными являются три из них: медицинская, административная и экономическая.

В большей степени отражает современные реалии социокультурная концепция инвалидности. Её коренное отличие от традиционной концепции заключается в идее о необходимости включения инвалидов в жизнь общества путём целенаправленного преобразования среды жизнедеятельности. В рамках этой концепции разработана социальная модель инвалидности. Но, хотя она носит прогрессивный характер, её слабой стороной является признание инвалидов людьми с ограничениями в способностях к социальному функционированию.

Таблица 1.1. **Модели и концепции инвалидности\***

Концепция инвалидности	Модель инвалидности	Понятие инвалидности	Интеграция
Традиционная	Медицинская	Болезнь или дефект	Адаптация человека к неизменяемой среде
	Медико-социальная (административная)	Социальная недостаточность, приводящая к ограничению жизнедеятельности	
	Экономическая	Полная или частичная потеря трудоспособности	
	Моральная	Результат греха	Исключена
Социокультурная	Социальная	Ограничение способности социально функционировать	Изменение общественного устройства в соответствии с потребностями инвалидов
Концепция независимой жизни инвалидов	Политико-правовая	Ограничение (врожденное или приобретённое) в возможностях	
	Модель культурного плюрализма	Культурное ограничение наравне с различиями в цвете кожи, вероисповедании и т. п.	
* Составлено по материалам: Дарган А.А. Отражение детерминированности социального самочувствия и социальной мобильности людей с инвалидностью в моделях инвалидности // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2011. – №2 (27). – С. 162-167.			

Такое видение социальной роли инвалидов приводит к формированию патерналистской политики по отношению к ним, закрепляет их зависимость от воли большинства, препятствует включению в активную жизнь общества на равных условиях с другими его членами.

Концепция независимой жизни инвалидов ориентирована на формирование среды равных возможностей. Центральной идеей становится обеспечение прав и свобод инвалидов наравне с остальными гражданами государства. Инвалидность признаётся феноменом, имеющим социокультурное происхождение, обусловленное действием средовых и отношений барьеров. Их устранение создаёт возможность независимой жизни инвалидов. Две модели, разработанные в рамках данной концепции, отличаются подходом к обеспечению прав и свобод граждан с инвалидностью. Политико-правовая модель акцентирована на четком законодательном закреплении гарантий равенства и социальной поддержки таких людей. На базе этой модели реализуется политика в отношении инвалидов в Российской Федерации. Модель культурного плюрализма предполагает, что инвалидность характеризуется формированием особой субкультуры. Особенность людей с инвалидностью приравнивается к особенностям других культурных меньшинств без указания на исключительное положение инвалидов.



Средовые и отношенческие барьеры не существуют независимо друг от друга. Социальные барьеры порождают барьеры среды, и наоборот. Разорвать это взаимодействие возможно только путём осознанного преобразования каждого из компонентов жизненной среды в соответствии с требованиями обеспечения равного участия. Для реализации данного шага необходимо чётко представлять систему взаимодействий между инвалидом и средой.

Взаимоотношения инвалидов со средой можно отразить на схеме (рис. 1.1). Условно среда жизнедеятельности любого человека подразделяется на естественную (природные факторы, действие которых не зависит от человека), искусственную (инфраструктура, созданная человеком, сооружения, транспорт, элементы ландшафта антропогенного происхождения) и социальную среду. Последняя включает в себя разнообразные взаимоотношения людей (межличностное общение), их объединений (общественные организации) и институтов (государственные институты).

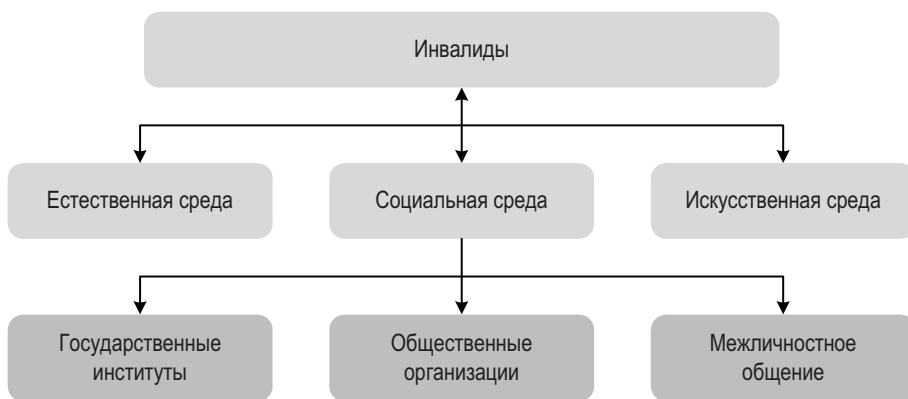


Рис. 1.1. **Взаимодействие инвалидов с компонентами окружающей среды**

Источник: составлено автором.

Факторы естественной среды формируют фон жизнедеятельности, параметры которого относительно стабильны. Компоненты искусственной среды накладываются на естественный фон, преобразуя условия жизнедеятельности таким образом, чтобы они были комфортны для существования человека и функционирования всех элементов социальной среды.

Основной функцией социальной среды является упорядочивание отношений между людьми, их объединениями и институтами. Компо-

ненты социальной среды воздействуют на отдельного индивида в различной степени. Непосредственное влияние на поведение человека оказывает межличностное общение, опосредованное влияние (через межличностное общение) – общественные организации и государственные институты. Всё разнообразие взаимодействий перечисленных компонентов формирует социальную среду.

Нормальное взаимодействие человека с подсистемами среды жизнедеятельности предполагает бесперебойную работу прямых и обратных связей. Данное условие не всегда выполняется. Если рассматривать взаимоотношения инвалидов со средой жизнедеятельности, то можно выявить несколько типов барьеров, которые препятствуют нормальному социальному функционированию людей с ограниченными возможностями здоровья.

Первый тип барьеров включает препятствия, обусловленные несовершенством искусственной среды (не обеспечивает комфорт жизнедеятельности всех членов общества). Недостатки чаще всего связаны со сложностью компенсации негативного влияния естественных факторов, а также с игнорированием потребностей людей с ограниченными возможностями (проектирование объектов городской инфраструктуры, зданий и сооружений).

Ко второму типу барьеров можно отнести препятствия, возникающие на уровне межличностного общения. Причинами их возникновения служат психологические установки восприятия или несовершенство институтов общества. Если речь идёт о негативном восприятии инвалидов остальными людьми, то оно может быть связано с широким распространением в российском обществе предубеждения в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья, что они якобы «неполноценны», являются обузой для остального общества, опасны и должны быть изолированы. Достаточно распространён также миф об агрессивности инвалидов, их негативном отношении к здоровым людям. Дополнительные препятствия создаются сложностями коммуникации с отдельными категориями инвалидов (с ограничениями в зрительном или слуховом восприятии).

Распознавание и преодоление барьеров во взаимоотношениях инвалидов со средой жизнедеятельности представляет одну из функций государства и общественных организаций. В Российской Федерации основные полномочия по преобразованию среды жизнедеятельности в соответствии с потребностями граждан принадлежат государственным институтам, которые могут воздействовать на все составляющие соци-

альной и искусственной среды благодаря наличию механизмов управления и контроля. В политике государства, проводимой в отношении инвалидов, есть базовые гарантии и приоритетные направления, специфические для каждой страны.

Прямое регулирование возможно при воздействии государства на отношения инвалидов и искусственной среды (например, путём принятия и реализации целевых программ, направленных на создание доступной среды), на отношения инвалидов и институтов самого государства (например, путём создания бюро медико-социальной экспертизы – МСЭ, формирования и обеспечения функционирования системы социальной защиты). Государство способно регулировать и влияние естественной среды, поддерживая её системную целостность, компенсируя и минимизируя разрушающее действие антропогенных преобразований.

Универсальным механизмом государственного регулирования является законотворческая деятельность и функционирование системы контроля над исполнением законодательных предписаний. Опосредованное регулирование взаимодействия инвалидов с общественными организациями и отдельными людьми осуществляется путём информационного сопровождения законодательных инициатив и социально значимых проектов, а также путём размещения определённой информации в СМИ.

Исходя из общественного мнения по поводу возможности трудоустройства инвалидов, понимания природы инвалидности формируется концептуальная основа политики в сфере обеспечения прав данной категории граждан. Все варианты моделей социальной защиты инвалидов можно соотнести с одной из двух концепций: традиционной (патерналистской) и концепцией гражданских прав. В России делаются попытки объединения двух концептуальных подходов, однако базовой признаётся концепция гражданских прав. Положительный эффект данного сочетания заключается в возможности компенсации слабых сторон каждой из концепций путём разделения сфер их применения.

Реализация социальной политики в отношении инвалидов с опорой на патерналистскую концепцию осуществлялась ещё в советское время, причем основной акцент делался на медицинской природе инвалидности. Для людей с ограниченными возможностями здоровья была создана специальная, отдельная среда обитания, где они компактно проживали и трудились. Недостатками данной политики можно назвать отсутствие должного внимания к остальным аспектам феномена инвалидности и их понимания.

Принято рассматривать семь основных аспектов этого явления:

- 1) медицинский;
- 2) общественно-идеологический;
- 3) производственно-экономический;
- 4) правовой;
- 5) социально-средовой;
- 6) психолого-адаптивный;
- 7) социально-экономический<sup>5</sup>.

Исторически происходило смещение акцентов социальной политики в отношении инвалидов с первых четырёх аспектов на последние три. Так, при трансформации российского общества в 1990-е гг. патерналистская концепция социальной защиты инвалидов заменялась социально-экономической моделью, опирающейся на концепцию гражданских прав. Преимущество нового подхода состояло в возможности сокращения расходов на содержание системы социального обеспечения инвалидов благодаря реализации адресной социальной помощи, а также включению инвалидов в общественно-трудовую деятельность.

Практика исполнения декларируемых в федеральном и региональном законодательстве правил и порядка оказания помощи инвалидам показывает несовершенство созданной системы управления. Основной проблемой является отсутствие общепринятого механизма выполнения государственных гарантий. Большая часть полномочий по предоставлению инвалидам социальной помощи передана с федерального на региональный уровень. Финансовые потоки формируются по остаточному принципу, их величина недостаточна для комплексного решения проблем инвалидов. Кроме того, децентрализация финансирования в данном секторе государственной политики вызывает нежелательные последствия. Во-первых, неравенство финансовых возможностей регионов и разный масштаб инвалидизации населения обуславливают разный объём денежного обеспечения политики в сфере социальной защиты людей с ограниченными возможностями здоровья и создания безбарьерной среды. Во-вторых, из-за сокращения финансирования возникает риск формального выполнения государственных обязательств перед гражданами с инвалидностью.

---

<sup>5</sup> Каспарьян Ж.Э. Развитие моделей инвалидности в контексте региональной социально-экономической политики // Север и рынок: формирование экономического порядка. – 2006. – № 16. – Т. 2. – С. 73-81.

Региональное законодательство практически полностью повторяет федеральное, что приводит к недостаточному учёту локальной специфики. Как следствие, долгосрочные программы регионов, разработанные с опорой на несовершенное законодательство, имеют невысокую эффективность.

Стартовыми условиями создания общества равных возможностей являются формирование доступной среды в населённых пунктах, а также стабильное функционирование системы социального обслуживания инвалидов. Политика государства в данном направлении осуществляется через механизм разработки и реализации долгосрочных целевых программ. С 2011 г. началась реализация федеральной долгосрочной целевой программы «Доступная среда» на 2011–2015 гг., целями которой выступают:

- 1) формирование к 2016 году условий для беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- 2) совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы с целью интеграции инвалидов в социум и механизма предоставления услуг в сфере реабилитации<sup>6</sup>.

Прогнозируемый объём финансирования за весь период реализации Программы составит 46 252,33 млн. рублей. Из федерального бюджета планируется выделить 26 264 млн. рублей; средства бюджетов субъектов Российской Федерации составят 19 718,99 млн. рублей.

Затраты на создание среды равных возможностей будут оправданы лишь в том случае, если государство продолжит следовать концепции гражданских прав и активно вовлекать инвалидов в трудовую и другую общественную деятельность, обеспечивать защиту их законных интересов в сфере образования, здравоохранения и профессиональной самореализации.

В регионах реализуются проекты поддержки инвалидов, отвечающие целям федеральной политики. Как мы уже отмечали, в Вологодской области принята и действует долгосрочная целевая программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 гг., на её реализацию выделено порядка 29 млн. руб., из которых в 2013 г. израсходовано 9,1 млн. руб. Причём наибольшие затраты (1,8 млн. руб.) были связаны с переоборудованием объектов жилого фонда в соответствии с потребностями инвалидов.

---

<sup>6</sup> О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы: постановление Правительства РФ от 17.03.2011 г. № 175 // Сайт компании ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12184011/>

Значительный объём денежных средств был направлен на приобретение транспорта для обслуживания инвалидов на дому (1,4 млн. руб.): в семи муниципальных образованиях области (Белозерский, Вашкинский, Вожегодский, Вытегорский, Грязовецкий, Кирилловский, Междуреченский районы) приобретены 112 велосипедов на общую сумму 495,0 тыс. рублей; в Вологодском и Нюксенском муниципальных районах – два автомобиля на общую сумму 880 тыс. рублей.

В рамках Программы ведётся работа по созданию технической и методологической базы для дистанционного обучения детей-инвалидов. Общий объём финансирования направления в 2013 г. составил 1,38 млн. руб. Средства израсходованы на приобретение оборудования, методических пособий, организацию доступа к сети Интернет.

Очень значимым для инвалидов является содействие в получении технических средств реабилитации. Программой предусмотрено приобретение индивидуальных технических средств реабилитации, не входящих в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, непосредственно для инвалидов, а также для пунктов выдачи технических средств реабилитации, комплексных центров социального обслуживания населения области. В 2013 году данное направление профинансировано в размере 1,9 млн. руб. Масштабная работа была проведена в сфере укрепления материально-технической базы учреждений социального обслуживания инвалидов, социокультурной и спортивно-оздоровительной реабилитации<sup>7</sup>.

Таким образом, в основу российской системы социальной защиты инвалидов положена концепция гражданских прав, а в качестве базы для определения социального статуса людей с ограниченными возможностями здоровья используется концепция независимой жизни инвалидов. На современном этапе усилия государства направлены преимущественно на устранение или снижение воздействия барьеров, существующих в искусственной среде (долгосрочные программы по формированию доступной среды). Успешное выполнение задач, сформулированных в рамках федеральных и региональных целевых программ, служит условием перехода к выявлению и преодолению барьеров, существующих в социальной среде.

---

<sup>7</sup> Отчет о выполнении основных мероприятий долгосрочной целевой программы Вологодской области «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы за 2013 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socium35.ru/bank/otchet/ОТЧЕТ%20ЗА%20%202013%20GOD.doc>



Основными проблемами при реализации мероприятий данных программ являются недостаточное финансирование направления, неравенство финансовых возможностей регионов, неполнота информации, необходимой для принятия управленческих решений, несовершенство взаимодействия между отдельными государственными службами. На региональном уровне может иметь место недостаточный учёт локальной специфики социально-экономического положения инвалидов и их потребностей.

В Вологодской области политика в сфере социальной защиты инвалидов достаточно последовательна и направлена на комплексное решение их проблем. Основные препятствия для создания среды равных возможностей – большой объём необходимой работы и ограниченные финансовые возможности региона. Разработанная на областном уровне долгосрочная программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 гг. направлена на решение актуальных задач обеспечения инвалидам свободного доступа к объектам и услугам основных сфер жизнедеятельности. Данной программой предусматривается формирование такой среды, которая максимально учитывает потребности инвалидов. Однако следует принимать во внимание, что для обеспечения интеграции инвалидов недостаточно преобразовать материальную среду. Необходимо также направить значительные усилия на преодоление барьеров, существующих в социуме. Основными задачами в данном контексте становятся обеспечение равенства инвалидов в трудоустройстве и образовании. В частности, система образования должна стать инклюзивной, что предполагает не только переоборудование помещений образовательных учреждений, но и разработку новых программ обучения, учитывающих потребности детей с ограниченными возможностями здоровья. Создание подобной образовательной системы будет способствовать более полной социализации инвалидов, снятию психологических барьеров при межличностных взаимодействиях. Итогом государственной политики должна стать гармонизация всех рассмотренных взаимодействий инвалидов со средой жизнедеятельности и, как следствие, инклюзия данной категории в общество.

## **1.2. Методология исследования**

В данной работе использовался комплексный подход при исследовании уровня толерантности общества к инвалидам и при оценке

состояния доступности приоритетных объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения Вологодской области в приоритетных сферах их жизнедеятельности.

Инвалидность населения влечет за собой ряд негативных последствий – экономических, социальных, демографических, медицинских, нравственных. В период демографического кризиса актуализируются экономические исследования, направленные на оценку потерь, которые несет общество вследствие нездоровья. Многочисленные исследования показывают, что заболеваемость, инвалидность и смертность населения связаны с существенными экономическими затратами, игнорировать которые в современных условиях, учитывая низкий уровень здоровья и высокую смертность населения в трудоспособном возрасте, – нельзя<sup>8</sup>.

Так, затраты государства при получении гражданами инвалидности в дотрудоспособном возрасте складываются из расходов на лечение, пенсии по инвалидности, упущенной выгоды в производстве ВВП в течение предстоящей жизни (в случае полной утраты трудоспособности); в трудоспособном возрасте – из расходов на лечение, пенсии, упущенной выгоды в производстве ВВП из-за выбытия из производственного процесса; в возрасте старше трудоспособного – из расходов на лечение, пенсии<sup>9</sup>.

Для определения масштабов бремени болезни и поиска путей его уменьшения многогранное научно-прикладное значение имеют результаты фармакоэкономических исследований. Фармакоэкономика – развивающаяся в русле экономики здравоохранения и оперирующая клиническими и общеэкономическими категориями область медицинского знания. Фармакоэкономический анализ – методология определения совокупных (медицинских и социальных) издержек болезни, их изменения при выборе различных лекарственных средств и схем лечения на различных этапах оказания медицинской помощи.

Рассмотрев современные методы экономического анализа в здравоохранении и оценив их достоинства и недостатки, мы приняли решение положить в основу расчета «цены инвалидности» в Вологодской области стоимостной анализ (Cost-of-illness analysis).

---

<sup>8</sup> Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.

<sup>9</sup> Там же.



Этот выбор мотивировался следующими причинами:

1) стоимостной анализ является элементарным этапом любого экономического анализа в здравоохранении и позволяет в дальнейшем расширить сферу использования его результатов (например, при анализе «затраты – эффективность» от внедрения некоторых социальных программ);

2) он помогает оценить «бремя инвалидности» (в настоящее время мы не ставим задачу оценить эффективность использования бюджетных средств и программ);

3) дает возможность оценить не только прямые, но и косвенные потери общества вследствие инвалидности его членов, а также их соотношение;

4) способствует определению проблемы инвалидности как социально значимой через оценку ее влияния на состояние национальной экономики;

5) позволяет дать экономическое обоснование для совершенствования системы помощи инвалидам, восстановления их трудоспособности и занятости (посредством аргументации ассигнования дополнительных средств и распределения ограниченных медицинских ресурсов на целевые лечебно-профилактические программы, научные исследования; выделения приоритетов финансирования в здравоохранении и социальной сфере; подготовки доказательной базы будущих проектов и более точных оценочных исследований; осуществления стоимостного контроля и планирования бюджета; выявления резервов экономии).

В стоимостном анализе учитываются любые затраты, имеющие альтернативу использования и измеряемые в осязаемом денежном эквиваленте с привязкой к году исследования (единый временной срез).

При стоимостном анализе различают и рассчитывают прямые и косвенные затраты в связи с инвалидностью.

1. **Прямые** экономические затраты:

1.1. Социальные выплаты по инвалидности.

1.2. Прямые затраты социальных служб:

- дома для инвалидов;
- центры социальной помощи;
- реабилитационные центры и др.

1.3. Прямые медицинские затраты:

- внебольничное лечение;
- амбулаторное лечение;
- лечение в диспансере;

- стационарная помощь (наиболее капиталоемкая и затратная служба здравоохранения);
- лекарственное обеспечение;
- лабораторные тесты;
- процедуры;
- затраты на приготовление лекарственного средства в аптеке;
- услуги и материалы, используемые персоналом клиники.

#### 1.4. Прямые немедицинские затраты пациента и его близких:

- затраты на проезд на прием к врачу;
- на специальные средства (коляску, слуховой аппарат и т.п.);
- затраты на сиделку;
- потери рабочего времени на неформальных опекунов (родственников) могут быть выражены в денежном эквиваленте как невостребованный продукт.

#### 1.5. Прямые немедицинские затраты учреждений здравоохранения:

- питание сотрудников;
- транспортировка медикаментов, сотрудников и клиентов;
- предоставление помещения;
- спецодежда и материалы.

### 2. Косвенные затраты («социальное бремя болезни»):

- потеря валового регионального продукта вследствие полной или частичной утраты трудоспособности в связи с инвалидностью в трудоспособном возрасте;

- «бремя семьи» больного трудоспособного возраста, которое выражается в упущенном доходе семьи, выражаемом разницей между среднемесячной заработной платой по области и пособием по инвалидности.

Стоит, тем не менее, упомянуть о таких затратах, как неосознанные (нематериальные, неочевидные). Это те последствия болезни и инвалидности, которые непосредственно не выражаются денежными издержками. К ним можно отнести:

- психоэмоциональную нагрузку (для пациента – эмоциональная реакция на болезнь и проблемы адаптации; для семьи – чувство стыда и вины, тревога за больного; для социальных служб – психологическое состояние медицинского персонала – «выгорание»; для общества – стигматизация инвалидов и проблемы их адаптации);
- нерыночные потери времени больного и его окружения, которые могли быть использованы на домашнее хозяйство, досуг (методы их оценки только разрабатываются и не унифицированы).

Для определения «цены инвалидности» на примере Вологодской области посредством стоимостного анализа мы оценили прямые и косвенные потери общества.

К группе прямых затрат нами были отнесены:

- прямые затраты на выплату пенсии по инвалидности тем, кто состоит на учете в Пенсионном фонде;
- прямые затраты на ежемесячные денежные выплаты всем инвалидам.

В группе косвенных потерь вследствие инвалидности мы учли следующие:

- косвенные потери семьи из-за упущенной выгоды вследствие нетрудоспособности члена семьи;
- косвенные потери государства вследствие непроизведенного ВРП по причине инвалидности члена общества трудоспособного возраста.

Ущерб вследствие инвалидности рассчитывался нами по следующей формуле:

$$PI = DC + ID,$$

где DC – прямые расходы,  
ID – косвенные затраты.

Оценка прямых затрат осуществляется по формуле:

$$DC = C_1 + C_2,$$

где  $C_1$  – выплаты пенсий инвалидам, рассчитываемые по формуле:

$$C_1 = P_{и} \times I_{п},$$

где  $P_{и}$  – средний размер назначенных пенсий по инвалидности,  
 $I_{п}$  – численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде.

Затраты на ежемесячные денежные выплаты –  $C_2$ , которые оцениваются следующим образом:

$$C_2 = I_{в} \times E,$$

где  $I_{в}$  – общая численность инвалидов,  
E – средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат на человека.

Косвенные потери оценивались следующим образом:

$$ID = T_1 + T_2,$$

где  $T_1$  – «бремя семьи», рассчитываемое по формуле:

$$T_1 = (Z - П_{и}) \times 12 \times И_{н},$$

где  $Z$  – среднемесячная начисленная заработная плата 1 работника,  
 $П_{и}$  – средний размер назначенных пенсий по инвалидности,  
 $И_{н}$  – численность неработающих инвалидов трудоспособного возраста.

Упущенный продукт вследствие инвалидности в трудоспособном возрасте –  $T_2$ . Расчет осуществляется по следующей формуле:

$$T_2 = И_{н} \times В,$$

где  $И_{н}$  – численность неработающих инвалидов трудоспособного возраста,

$В$  – среднедушевой ВРП Вологодской области в 2012 г. на одного занятого в экономике.

**Информационно-эмпирическая база исследования** была сформирована на основе:

– информации, опубликованной в научных изданиях, периодической литературе и глобальной сети Интернет: это нормативно-правовые акты и программные документы Российской Федерации и субъекта РФ – Вологодской области;

– статистических данных Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики и ее Территориального органа по Вологодской области; Единой межведомственной информационно-статистической системы, Всемирной организации здравоохранения.

Дополнили анализ официальной статистики социологические опросы, выполненные ИСЭРТ РАН в рамках выполнения договоров с АУ ВО «Вологодский областной информационный центр» (приложение 2). Так, в рамках исследования в октябре 2013 г. и мае 2014 г. было проведено два **социологических измерения**, которые включали в себя следующие работы:

1. Социологический опрос среди населения Вологодской области старше 18 лет (в городах Вологде, Череповце, Соколе и Великом Устюге) с целью выявления особенностей отношения населения к лицам с огра-

ниченными возможностями здоровья и их проблемам. Метод опроса – анкетирование по месту нахождения респондентов. Объем выборочной совокупности составил 1200 человек (400 чел. в Вологде, 400 – в Череповце, 200 – в Соколе и 200 – в Великом Устюге). Репрезентативность выборки обеспечивается соблюдением пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (малые, средние и крупные города); половозрастной структуры взрослого населения области (в возрасте от 18 лет и старше). Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

2. Социологический опрос инвалидов четырех целевых групп. В опросе приняли участие инвалиды по зрению (слабовидящие); инвалиды по слуху (позднооглохшие, ранооглохшие, слабослышащие); инвалиды, требующие помощи при передвижении; инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода. Объем выборки – 120 респондентов, из них на территориях городов: Вологды – 40 респондентов; Череповца – 40 респондентов; Сокола – 20 респондентов; Великого Устюга – 20 респондентов.

При проведении социологических опросов организаторы мониторинга получили действенную помощь от региональных общественных организаций инвалидов и от учреждений социальной защиты населения.

Таким образом, для исследования социально-экономических аспектов проблем инвалидности нами проведен анализ трендов статистических показателей инвалидизации, экономических затрат (потерь) государства вследствие инвалидности части населения, а также результатов социологических исследований отношения общества к инвалидам, мнений самих людей с ограниченными возможностями здоровья о готовности общества к интеграции, о доступности объектов и услуг основных сфер жизнедеятельности, о социальной политике.

## ГЛАВА 2

### ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: МАСШТАБЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ



## **ГЛАВА 2. ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: МАСШТАБЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ**

### **2.1. Распространённость инвалидности: статистический анализ**

Инвалидность служит важным индикатором общественного здоровья населения территории, поскольку отражает влияние целого комплекса факторов. Основными среди них являются: медицинские (качество и доступность медицинских услуг), демографические (процессы старения и постарения населения), социальные (отношение людей к инвалидам, социальный и правовой статус данной категории), экономические (уровень жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, возможность трудоустройства). Действие перечисленных факторов не может рассматриваться изолированно. Медицинские факторы тесно переплетаются с демографическими вследствие роста нагрузки на лечебные учреждения, вызванного процессом старения населения и распространением хронических заболеваний. Сильное влияние на качество медицинской помощи оказывает состояние материально-технической базы учреждений здравоохранения, их финансирование. Действие социальных факторов затрагивает все стороны жизни инвалидов. Наличие у общества негативной установки на восприятие людей с ограниченными возможностями здоровья приводит к игнорированию их потребностей, к социальной изоляции, дискриминации при доступе к услугам образования и здравоохранения, а также при трудоустройстве. Невозможность профессиональной самореализации, в свою очередь, вызывает снижение уровня и качества жизни инвалидов, закрепление низкого социального статуса этой группы.

Рассмотрение проблемы инвалидности следует начать с анализа статистических данных, отражающих распространенность и динамику инвалидности населения.

Как указано в докладе ВОЗ, в мире проживает около миллиарда инвалидов, что по данным на 2010 год составляло 15% численности населения планеты<sup>10</sup>. Основными названными в документе причинами увеличения численности инвалидов являются старение населения и распространение хронических заболеваний.

Доля лиц, впервые признанных инвалидами, в Евросоюзе составила 384,67 чел. на 1000 чел. населения в 2012 г. По сравнению с 2011 г. показатель незначительно снизился (на 2,63 единицы), а по сравнению с 2000 г. – вырос на 9,67 единицы.

Общая численность инвалидов в Российской Федерации на 2013 год достигала 13 082 тыс. человек. Относительно уровня 2000 года показатель вырос на 37%. Наибольшая среди российских макрорегионов численность инвалидов зафиксирована в Центральном, Приволжском и Сибирском федеральных округах. Северо-Западный федеральный округ (СЗФО) занимает по данному показателю четвертое место. Максимальный рост показателя в период с 2000 по 2013 г. наблюдается в Северо-Кавказском, Дальневосточном и Сибирском федеральных округах. Прирост показателя в СЗФО составил 35%.

Среди субъектов СЗФО первое место по показателю общей численности инвалидов на 2013 год занимает г. Санкт-Петербург (вместе с Ленинградской областью), на втором месте – Вологодская область. Наименьшая численность инвалидов отмечена в Мурманской области (35 тыс. человек), где по сравнению с уровнем 2000 г. показатель снизился на 12% (табл. 2.1).

Как следует из представленных данных, ситуация в субъектах СЗФО складывается аналогично общероссийской: наблюдается рост абсолютного числа инвалидов.

Распределение субъектов Российской Федерации по показателю общей численности инвалидов на 1000 человек населения в 2013 г. представлено на рис. 2.1. Вологодская область отнесена к группе регионов с численностью инвалидов ниже среднероссийского уровня. Среди регионов СЗФО высокая численность инвалидов в расчёте на 1000 человек населения характерна для Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

---

<sup>10</sup> Всемирный доклад об инвалидности: резюме / Всемирная организация здравоохранения; Всемирный банк. – Женева, 2011. – 28 с.



Таблица 2.1. **Общая численность инвалидов**, тысяч человек

Территория	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2013 г. к 2000 г. (%)
Российская Федерация	10648	11538	13134	13209	13189	13082	123
Центральный федеральный округ	3360	3656	3943	3949	3927	3884	116
Южный федеральный округ (с 2010 г.)	987	1046	1124	1132	1132	1133	115
Северо-Кавказский федеральный округ	450	578	825	878	927	941	209
Приволжский федеральный округ	2353	2364	2735	2735	2719	2691	114
Уральский федеральный округ	690	723	836	854	857	857	124
Сибирский федеральный округ	1155	1397	1624	1629	1622	1607	139
Дальневосточный федеральный округ	303	386	440	442	439	434	143
Северо-Западный федеральный округ	1352	1390	1610	1593	1569	1535	135
<i>Республика Карелия</i>	70	77	80	79	79	78	114
<i>Республика Коми</i>	62	64	74	77	77	77	124
<i>Архангельская область</i>	92	101	109	107	106	105	114
<i>Вологодская область</i>	104	136	133	133	131	129	124
<i>Мурманская область</i>	40	36	38	37	36	35	88
<i>Новгородская область</i>	68	79	82	80	78	76	112
<i>Псковская область</i>	77	74	66	63	62	60	78
<i>Калининградская область</i>	57	69	86	86	86	85	149
<i>г. Санкт-Петербург (вместе с областью)</i>	780	752	939	928	911	890	114
* С 2000 г. – в возрасте 18 лет и старше. Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <a href="http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referreId=1292879">http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referreId=1292879</a> .							

В приложениях 4 и 5 приведены графические материалы, отражающие уровень инвалидизации населения в федеральных округах и субъектах России в 2000 и 2013 гг.

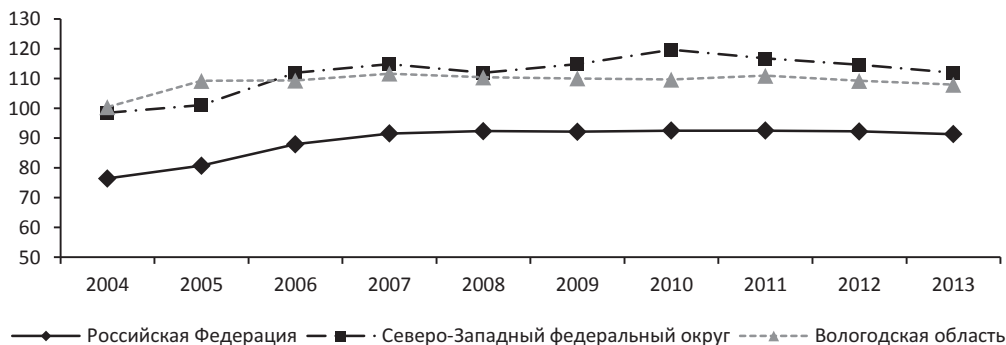
Динамика показателя численности инвалидов на 1000 человек населения в СЗФО в период с 2004 по 2013 г. неравномерна. В Российской Федерации с 2004 по 2008 г. наблюдалось увеличение данного показателя. Начиная с 2008 года он стабилизировался, и только с 2012 по 2013 г. отмечается его незначительное снижение. Вместе с тем в СЗФО численность инвалидов на 1000 человек населения снизилась в период с 2010 по 2013 г. на 8 пунктов. Динамика аналогичного показателя в Вологодской области характеризуется наличием двух «повышательных» и двух «понижательных» периодов: рост наблюдался с 2004 по 2007 г. и с 2010 по 2011 г.; снижение – с 2007 по 2010 г. и с 2011 по 2013 г. (рис. 2.2).



Усл. обозн.: 1 – Мурманская обл., 2 – Респ. Карелия, 3 – Калининградская обл., 4 – Ленинградская обл. (вкл. г. Санкт-Петербург), 5 – Псковская обл., 6 – Новгородская обл., 7 – Вологодская обл., 8 – Архангельская обл., 9 – Ненецкий АО, 10 – Тверская обл., 11 – Смоленская обл., 12 – Ярославская обл., 13 – Брянская обл., 14 – Калужская обл., 15 – Московская обл., 16 – Владимирская обл., 17 – Ивановская обл., 18 – Костромская обл., 19 – Курская обл., 20 – Орловская обл., 21 – Тульская обл., 22 – Рязанская обл., 23 – Нижегородская обл., 24 – Кировская обл., 25 – Белгородская обл., 26 – Липецкая обл., 27 – Тамбовская обл., 28 – Респ. Мордовия, 29 – Чувашская Респ., 30 – Респ. Марий Эл, 31 – Воронежская обл., 32 – Пензенская обл., 33 – Ульяновская обл., 34 – Респ. Татарстан, 35 – Удмуртская Респ., 36 – Пермский край, 37 – Ростовская обл., 38 – Волгоградская обл., 39 – Саратовская обл., 40 – Самарская обл., 41 – Респ. Башкортостан, 42 – Краснодарский край, 43 – Респ. Адыгея, 44 – Оренбургская обл., 45 – Ставропольский край, 46 – Респ. Калмыкия, 47 – Астраханская обл., 48 – Карачаево-Черкесская Респ., 49 – Кабардино-Балкарская Респ., 50 – Респ. Северная Осетия (Алания), 51 – Респ. Ингушетия, 52 – Чеченская Респ., 53 – Респ. Дагестан, 54 – Свердловская обл., 55 – Тюменская обл., 56 – Челябинская обл., 57 – Курганская обл., 58 – Омская обл., 59 – Новосибирская обл., 60 – Алтайский край, 61 – Кемеровская обл., 62 – Респ. Хакасия, 63 – Респ. Алтай, 64 – Респ. Тыва, 65 – Респ. Бурятия, 66 – Забайкальский край, 67 – Магаданская обл., 68 – Камчатский край, 69 – Сахалинская обл., 70 – Еврейская АО, 71 – Приморский край.

**Рис. 2.1. Уровень инвалидизации населения субъектов РФ на 2013 г.**

Примечание. Карта составлена на основе рейтинга регионов по показателю общей численности инвалидов на 1000 человек населения.



**Рис. 2.2. Динамика показателя численности инвалидов\***  
(число инвалидов на 1000 человек населения)

\* Данные за 2001, 2002, 2003 гг. отсутствуют.

Источник: Федеральная служба государственной статистики.

За 2000–2012 гг. численность такой категории, как дети-инвалиды, снизилась и в целом по России, и по СЗФО и Вологодской области (табл. 2.2). Вклад данной группы в общую численность инвалидов в России на 2012 г. составил около 3%.

Таблица 2.2. **Численность детей-инвалидов в возрасте 0–17 лет, человек**

Территория	2000	2005	2010	2011	2012	2012 г. к 2000 г., %
Российская Федерация	554867	561881	495330	505247	510977	92,1
Северо-Западный федеральный округ	53548	47603	41928	41943	42257	78,9
<i>г. Санкт-Петербург</i>	16464	14540	15009	14727	14830	90,1
<i>Вологодская область</i>	5304	5028	4126	4193	4403	83,0
<i>Архангельская область</i>	5566	5526	4155	4292	4345	78,1
<i>Ленинградская область</i>	6087	4763	4080	4162	4132	67,9
<i>Республика Коми</i>	4545	3491	2957	3039	2953	65
<i>Калининградская область</i>	3713	3441	2792	2844	2915	78,5
<i>Республика Карелия</i>	2653	3019	2631	2517	2473	93,2
<i>Новгородская область</i>	3067	2821	2258	2266	2216	72,3
<i>Псковская область</i>	3046	2424	1987	2043	2097	68,8
<i>Мурманская область</i>	3103	2550	1933	1860	1893	61,0
в том числе: <i>Ненецкий АО</i>	253	180	156	162	166	65,6
Источник: Здравоохранение в России 2013: стат. сборник [Эл. рес.] / Росстат. – Реж. дост.: <a href="http://www.gks.ru/free_doc/doc_2013/zdravo.rar">http://www.gks.ru/free_doc/doc_2013/zdravo.rar</a>						

Сопоставление показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в Вологодской области по отдельным группам показало, что ведущей причиной инвалидности и смертности остаются болезни системы кровообращения, в то время как наибольший вклад в заболеваемость приходится на болезни органов дыхания. По данным за 2010 г. на втором месте находились инфекционные и паразитарные заболевания.

Доминирование в структуре заболеваемости указанных болезней связано с механизмом их распространения, который наиболее успешно действует при массовом скоплении людей или при нарушении правил гигиены. Для болезней дыхательной системы характерна сезонность – число случаев диагностирования увеличивается в переходные сезоны (весна, осень). Необходимо также отметить, что заболевания дыхательной системы, наиболее частые среди населения – ОРВИ и ОРЗ, как правило, не приводят к инвалидности и смертельному исходу, легко поддаются

лечению. При борьбе с инфекционными заболеваниями первостепенное значение имеют соблюдение гигиенических норм и правил, своевременная диагностика и лечение.

Более сложная ситуация сложилась с заболеваниями системы кровообращения: они являются ведущей причиной как инвалидности, так и смертности. В 2012 г. инвалидность по данной группе причин составляла 3 случая на 1000 чел. населения, смертность – 9 случаев на 1000 населения. Уровень заболеваемости по данной группе также достаточно высокий: за 2012 год в Вологодской области зарегистрировано около 24 случаев на 1000 чел. населения (табл. 2.3).

Таблица 2.3. **Сопоставление заболеваемости, инвалидности и смертности по основным группам причин в Вологодской области, число случаев на 1000 чел. населения**

Причины	2010			2012		
	Заболеваемость	Инвалидность	Смертность	Заболеваемость	Инвалидность	Смертность
Болезни системы кровообращения	30,2	3,6	9,7	24,3	3,3	8,9
Новообразования	9,6	1,3	2,2	9,3	1,7	2,2
Болезни органов пищеварения	31,0	0,2	1,1	26,0	0,2	0,9
Болезни органов дыхания	449,1	0,2	0,7	409,1	0,2	0,5
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	38,0	0,8	0,2	н/д	н/д	н/д
из них туберкулез	н/д	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области 2012: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2013. – 371 с.; Здравоохранение в России 2013: стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – 380 с.

Можно проследить сходство в структуре ведущих причин смертности, инвалидности и заболеваемости. Заболеваемость отражает риск приобретения патологического состояния, инвалидность выступает индикатором качества медицинской профилактики и лечения, смертность отражает влияние факторов, связанных как с качеством медицинской помощи, так и с характеристиками образа жизни населения.

Согласно статистическим данным показатель общей заболеваемости населения за период с 2000 по 2012 г. имеет тенденцию повышения на федеральном и на региональном уровне, в том числе в Вологодской области (рис. 2.3). Такая ситуация способствует возрастанию числа случаев инвалидности и смертности среди населения.

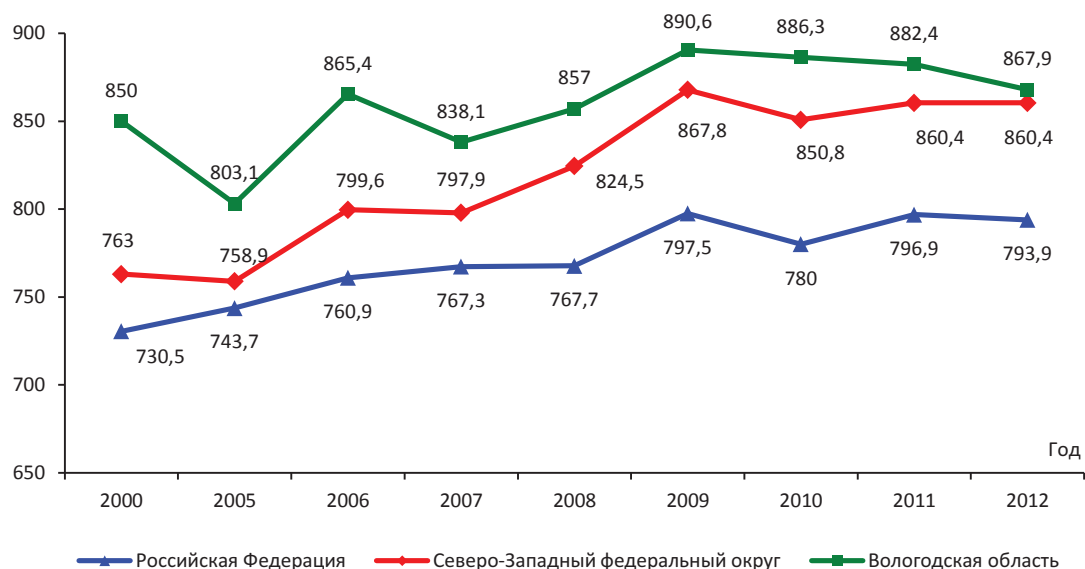


Рис. 2.3. Динамика показателя общей заболеваемости населения  
(число случаев на 1000 человек населения)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013: стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – 990 с.

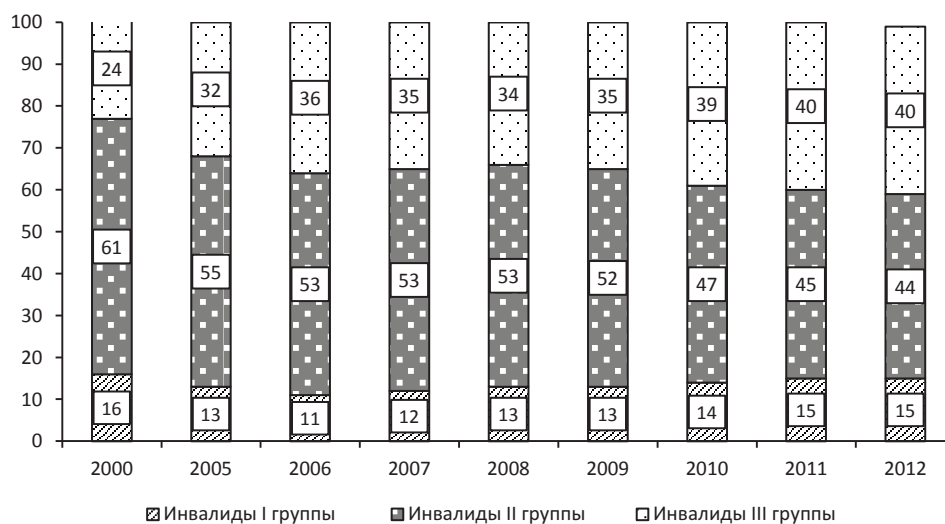
Инвалидность как явление общественной жизни порождает ряд негативных экономических следствий, которые суммарно отражаются в снижении качества населения территории, а в частности – сокращении численности трудоспособного населения. За 2000–2012 гг. в Вологодской области численность инвалидов трудоспособного возраста снизилась, однако вклад в общую численность инвалидов вырос на 20%. Данные тенденции свидетельствуют о смещении возрастной структуры инвалидной группы к категории от 16 до 59/54 лет, что влечет за собой увеличение экономического ущерба вследствие необходимости выплат дополнительного объема пособий и пенсий, а также потери трудовых ресурсов (рис. 2.4).

В то же время важно учитывать различия в степени трудоспособности инвалидов разных групп. Согласно российскому законодательству, инвалидность третьей группы присваивается лицам, которые не могут продолжать труд по своей основной профессии и профессии, равноценной по квалификации, и лицам, которые не допускаются к выполнению своей работы по эпидемиологическим показаниям, что, в принципе, не отменяет возможность трудоустройства на другое рабочее место.



**Рис. 2.4. Инвалидность трудоспособного населения, человек**

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 2012: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2013. – 371 с.



**Рис. 2.5. Распределение инвалидов по группам в Вологодской области**  
(в % от общей численности)

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области 2012: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2013. – 371 с.

Таблица 2.4. Показатели первичного выхода на инвалидность в Вологодской области: территориальный разрез, на 10 тыс. взрослого населения

Территория	Всего		Злокачественные новообразования		Болезни органов кровообращения		Болезни органов дыхания		Травмы, всего		В т. ч. производственные	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Бабаевский	92,0	82,3	17,0	14,1	42,6	37,6	3,4	1,8	6,2	5,3	0,6	0,6
Бабушкинский	67,9	62,3	20,1	13,8	26,8	20,8	2,9	4,0	6,7	6,9	1,0	н/д
Белозерский	62,4	79,4	13,5	16,8	30,5	32,8	0,7	0,7	н/д	3,6	0,7	н/д
В.Устюгский	111,8	94,1	20,7	22,9	58,6	48,7	2,6	2,2	5,0	3,5	0,7	0,4
Вашкинский	153,9	135,6	18,0	17,3	86,8	67,8	4,9	1,6	4,9	11,0	1,6	н/д
Верховажский	100,3	120,9	15,7	27,4	33,1	51,9	12,0	1,9	4,6	14,2	2,8	1,9
Вожегодский	131,7	111,6	20,6	21,9	61,8	49,0	5,2	1,5	8,1	12,8	н/д	1,5
Вологодский	85,5	70,4	13,9	15,1	35,1	28,4	1,7	1,5	3,9	4,6	0,2	0,2
Вытегорский	99,8	83,9	16,0	13,5	47,5	47,2	1,9	н/д	7,1	6,7	1,9	н/д
Грязовецкий	67,2	91,4	12,7	12,6	26,2	55,3	4,2	1,4	5,0	3,3	0,7	1,1
Кадуйский	94,2	79,6	22,3	18,8	35,2	31,1	0,7	2,2	10,8	6,5	2,2	0,7
Кирилловский	125,9	122,2	16,2	22,7	60,3	61,1	3,1	0,8	12,4	9,4	н/д	1,6
К.Городецкий	98,9	106,6	15,9	19,3	51,2	53,0	3,5	4,3	5,5	6,4	2,1	0,7
Междуреченский	185,9	93,2	26,3	24,9	82,9	37,3	2,0	4,1	10,1	10,4	н/д	2,1
Никольский	90,0	71,4	16,3	17,3	41,2	29,2	0,6	1,8	10,4	3,6	н/д	0,6
Нюксенский	91,3	79,2	20,9	20,1	19,6	22,8	3,9	5,4	10,4	12,1	1,3	1,3
Сокольский	120,6	106,8	22,3	21,6	56,3	42,3	2,3	3,4	9,0	6,6	0,9	0,2
Сямженский	78,6	84,5	17,9	16,9	30,3	18,3	2,8	2,8	4,1	16,9	2,8	н/д
Тарногский	60,5	88,8	15,9	12,3	22,8	41,9	1,0	1,0	5,0	9,2	н/д	н/д
Тотемский	83,4	62,4	28,0	19,2	25,3	23,5	1,6	0,5	7,4	7,5	1,1	н/д
У.Кубинский	118,3	97,2	19,5	12,1	52,4	38,0	1,5	н/д	6,0	12,1	н/д	1,5
Устюженский	93,6	100,1	18,9	17,9	42,9	35,2	1,3	4,6	5,9	8,0	н/д	0,7
Харовский	132,0	126,0	25,5	13,9	78,0	77,3	3,7	5,4	5,2	9,3	н/д	н/д
Чагодощенский	108,2	105,1	21,5	21,9	53,6	51,2	1,8	3,7	6,3	7,3	н/д	н/д
Череповецкий	76,6	87,4	17,0	16,8	26,4	31,3	2,1	2,1	7,6	8,3	0,9	0,6
Шекснинский	67,8	60,2	16,1	13,3	23,3	19,5	2,2	2,2	5,0	4,3	0,4	0,4
г. Вологда	95,8	73,5	16,4	16,4	42,6	28,7	1,7	1,6	6,6	4,7	0,7	0,3
г. Череповец	62,2	60,2	13,6	14,6	22,2	22,0	1,2	1,6	4,5	3,7	0,4	0,5
По районам	95,9	89,6	18,4	17,8	42,5	39,8	2,6	2,2	6,5	6,7	0,8	0,5
<b>По области</b>	<b>87,2</b>	<b>77,6</b>	<b>16,6</b>	<b>16,6</b>	<b>37,3</b>	<b>32,2</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	<b>6,0</b>	<b>5,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>
<b>Справочно, РФ</b>	<b>н/д</b>	<b>н/д</b>	<b>15,8</b>	<b>н/д</b>	<b>25,1</b>	<b>н/д</b>	<b>1,5</b>	<b>н/д</b>	<b>3,9</b>	<b>н/д</b>	<b>0,3</b>	<b>н/д</b>

Источник: Сайт Медицинского информационно-аналитического центра. – Реж. дост.: [http://miac.volmed.org.ru/files/medstat/sbornik\\_zh\\_2013g.pdf](http://miac.volmed.org.ru/files/medstat/sbornik_zh_2013g.pdf)

Инвалидность второй группы связана с возможностью трудиться только в специально созданных условиях. Присвоение первой группы инвалидности соответствует полной утрате человеком трудоспособности. В Вологодской области среди инвалидов преобладают лица, имеющие II группу инвалидности. Доля инвалидов I группы в период с 2000 по 2012 г. колеблется в пределах 11–16% (рис. 2.5).

Вклад инвалидов III группы в общую численность инвалидов стабильно увеличивается с 2000 по 2012 год. С одной стороны, структура инвалидности улучшается, поскольку представители III группы, сохраняющие частичную трудоспособность, менее зависимы от государственной поддержки. С другой стороны, данный процесс может указывать на рост распространенности среди населения тех хронических болезней, с появлением которых чаще всего связано присвоение данной группы.

Отметим, что наиболее значимыми в регионе причинами инвалидизации населения являются болезни системы кровообращения и новообразования (32 и 16 случаев на 10 тыс. чел. населения соответственно; табл. 2.4).

Наиболее высокие показатели первичного выхода на инвалидность отмечены для Вашкинского, Харовского, Кирилловского и Верховажского районов. Наибольшее число случаев выхода на инвалидность в связи с новообразованиями выявлено в Верховажском районе, в связи с болезнями системы кровообращения – в Харовском районе, в связи с заболеваниями органов дыхания – в Никольском и Харовском районах. В Сямженском и Верховажском районах за 2013 год зарегистрировано наибольшее число выходов на инвалидность из-за травм, производственные травмы наиболее часты в Междуреченском и Верховажском районах.

В целом тенденция роста показателей инвалидности населения Вологодской области соответствует общероссийскому тренду и является закономерным следствием демографического старения населения страны и уменьшения потенциала его здоровья.

## **2.2. Экономические потери вследствие инвалидности**

В настоящий момент инвалидность среди трудоспособного населения – болевая точка демографического развития Российской Федерации, причем в целом ряде её субъектов демографическая ситуация требует незамедлительного реагирования. Наиболее неблагоприятной чертой российской демографической и вообще социальной ситуации



является ухудшение состояния здоровья и рост выхода на инвалидность трудоспособного населения, представляющий реальную угрозу национальной безопасности<sup>11</sup>.

Поэтому важное практическое значение имеет определение социально-экономических потерь государства в результате сокращения продолжительности здоровой жизни населения вследствие инвалидности в трудоспособных возрастах<sup>12</sup>.

Мы считаем целесообразным и допустимым для характеристики масштабов проблемы инвалидности и ее бремени в Российской Федерации и Вологодской области на данном этапе исследования отразить следующие потери общества:

1. Прямые затраты на выплату пенсии по инвалидности тем, кто состоит на учете в Пенсионном фонде и не получает другой вид пенсии (например, по старости, по выслуге лет и др.).

2. Прямые затраты на осуществление ежемесячных денежных выплат всем инвалидам.

3. Косвенные потери семьи в виде упущенной выгоды вследствие нетрудоспособности члена семьи.

4. Косвенные потери государства вследствие непроизведенного ВРП по причине инвалидности члена общества трудоспособного возраста.

Анализ других видов затрат осложнён отсутствием статистических данных в открытом доступе.

Для оценки прямых и косвенных потерь вследствие инвалидности в Российской Федерации и Вологодской области в 2012 г. мы использовали следующие медико-статистические и экономические показатели:

- общая численность инвалидов (тыс. человек);
- численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде (тыс. человек);
- численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет (человек);
- численность неработающих инвалидов трудоспособного возраста (человек);

---

<sup>11</sup> Анализ первичной инвалидности взрослого населения в округах и субъектах Российской Федерации за 2003–2004 гг. / В.П. Лунев, В.И. Байраков, Н.Л. Кардаков, С.Г. Данилова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 3. – С. 22-28; Медик В.А., Токмачёв В.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: руководство в 2 т. / под ред. Ю.М. Комарова. – М.: Медицина; 2000. – Т. 1. – 412 с.; Савашинский С.И. Принятие управленческих решений в организации лечебно-диагностического комплекса // Проблемы территориального здравоохранения: сб. науч. тр. – М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2005. – С. 13-19; Watson L.D. Stages of stroke: a model for stroke rehabilitation. *Br. J. Nurs*, 1998;7(11):631-640.

<sup>12</sup> Социально-экономические аспекты инвалидности / под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 4.

- средний размер назначенных пенсий по инвалидности в России и Вологодской области (рублей);
- средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат на человека в России и Вологодской области (рублей);
- валовой внутренний продукт (млрд. рублей);
- валовой региональный продукт Вологодской области (млрд. рублей);
- среднедушевой ВВП и ВРП Вологодской области на одного занятого в экономике (тыс. рублей);
- среднемесячная начисленная заработная плата 1 работника в России и Вологодской области (рублей);

Рассмотрим динамику некоторых показателей. Общая численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде России и получающих пенсию по инвалидности, с 2000 г. уменьшилась вдвое. Данная тенденция наблюдается как в стране в целом, так и в Вологодской области (в 2,2 раза) в частности (табл. 2.5).

Таблица 2.5. **Численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном Фонде РФ, 2000–2012 гг., тыс. человек**

Территория	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Российская Федерация	4822	4323	4062	3925	3816	2703	2588	2490
Вологодская область	44,6	39,4	36	34,6	33,5	22,5	21,5	20,2

Источник: Сайт Федеральной службы государственной статистики. – <http://www.gks.ru>

Размер начисляемой пенсии по инвалидности за период с 2000 г. увеличился по России почти в 9 раз, а по Вологодской области в 10 раз (табл. 2.6). Начиная с 2005 г. данный показатель в регионе превышает средний по стране, исключая 2011 год.

Таблица 2.6. **Динамика размера среднемесячной пенсии по инвалидности в Российской Федерации и Вологодской области, 2000–2012 гг.**

Территория	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Размер начисленной пенсии по инвалидности в текущих ценах, рублей</i>								
Российская Федерация	698,5	1981,7	2875,4	3492,2	4785,0	5136,5	5539,3	6106,3
Вологодская область	581	2038	2951	3612	4926	5285	5285	6353
<i>Размер начисленной пенсии по инвалидности в сопоставимых ценах 2012 года, рублей</i>								
Российская Федерация	2444,8	3666,5	4361,7	4675,5	5888,2	5809,5	5904,9	6106,3
Вологодская область	1969,1	3760,4	4424,4	4737,9	6027,5	5922,0	5602,6	6353,0

Если рассмотреть динамику размера среднемесячной пенсии по инвалидности в сопоставимых ценах, то темпы прироста и по стране, и в регионе окажутся менее существенными, чем при представлении в текущих ценах (в РФ – в 2,5, в Вологодской области – в 3,2 раза). Однако растущий тренд показателя свидетельствует о позитивных сдвигах в сфере государственной социальной поддержки инвалидов.

Еще одна положительная тенденция заключается в том, что в целом по стране в 2012 г. уровень пенсии по инвалидности приблизился к величине прожиточного минимума (97% ПМ). Однако в Вологодской области размер пенсии по инвалидности продолжает отставать от величины прожиточного минимума более заметно (82% ПМ в 2012 г.; табл. 2.7). По России такое соотношение наблюдалось в 2008 году.

Таблица 2.7. **Соотношение пенсии по инвалидности и величины прожиточного минимума** (в сопоставимых ценах 2012 г., рублей)

Показатель	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Российская Федерация								
Пенсия по инвалидности	2444,8	3666,5	4361,7	5297,4	6406,4	6320,8	6265,1	6509,3
Величина прожиточного минимума.	4497,5	5661,6	6075,2	6283,2	6330,0	6675,3	6618,8	6705,0
Отношение размера пенсии к прожиточному минимуму, %	54,4	64,8	71,8	84,3	101,2	94,7	94,7	97,1
Вологодская область								
Пенсия по инвалидности	1969,1	3760,4	3823,8	4424,4	4737,9	6027,5	5922,0	5602,6
Величина прожиточного минимума	Н/д	5555,8	6106,6	6363,1	6448,4	6797,1	6727,4	6847,0
Отношение размера пенсии к прожиточному минимуму, %	Н/д	67,7	62,6	69,5	73,5	88,7	88,0	81,8

К прямым потерям вследствие инвалидности относятся затраты на выплату пенсий и ежемесячных денежных пособий. Рассмотрим динамику государственных затрат на выплату пенсий и пособий инвалидам за 2000–2012 гг.

Учитывая, что численность пенсионеров по инвалидности существенно сократилась за указанный период, то и затраты на выплату пенсий также сократились. Если в 2000 г. они составляли 0,13% ВВП, то в 2012 г. уменьшились до 0,02% ВВП и составили 15,2 млрд. рублей (табл. 2.8).

Таблица 2.8. Оценка социально-экономического ущерба вследствие инвалидности в Российской Федерации в период 2000–2012 гг.

Виды затрат:	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Прямые и косвенные потери								
В млрд. руб.	541,2	1350,9	1896,8	2274,9	2130,9	1627,6	1811,7	1915,9
В % к ВВП	7,41	6,25	5,70	5,51	5,49	3,51	3,24	3,08
Совокупные прямые затраты								
В млрд. руб.	9,6*	12,4*	26,2	32,7	35,1	33,0	35,6	36,4
В % к ВВП	0,13	0,06	0,08	0,08	0,09	0,07	0,06	0,06
Выплаты пенсий по инвалидности								
Выплаты пенсий, в млрд. руб.	9,6	12,4	14,2	18,8	19,6	15,0	15,8	15,2
Выплаты пенсий, в % к ВВП	0,13	0,06	0,04	0,05	0,05	0,03	0,03	0,02
Оплата ежемесячных денежных выплат (ЕДВ) инвалидам								
Затраты на выплату ЕДВ, млрд. руб.	н/д	н/д	12,0	13,9	15,5	18	19,8	21,2
Затраты на выплату ЕДВ, в % к ВВП	н/д	н/д	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04	0,03
Совокупные косвенные потери								
Млрд. руб.	532	1339	1871	2242	2096	1595	1776	1880
В % к ВВП	7,28	6,19	5,63	5,43	5,4	3,44	3,17	3,02
Непроизведенный ВВП неработающими инвалидами трудоспособного возраста в РФ								
Млрд. руб.	458	1071	1469	1745	1616	1240	1398	1465
В % к ВВП	6,27	4,96	4,42	4,23	4,16	2,68	2,50	2,35
«Бремя семьи»								
В млрд. руб.	74	267	402	497	480	355	378	415
В % к ВВП	1,01	1,24	1,21	1,20	1,24	0,77	0,68	0,67
* Без учета затрат на выплату ЕДВ.								

Обеспечение ежемесячных денежных выплат (ЕДВ) инвалидам обходится государству в среднем в 0,03–0,04% ВВП на протяжении всего рассматриваемого периода (табл. 2.8). Начиная с 2010 г. расходы государства на выплату ЕДВ стали превышать расходы на выплату пенсий по инвалидности. Это может быть вызвано ростом численности инвалидов в целом и сокращением числа тех, кто предпочитает пенсию по инвалидности другим видам пенсий.

Как показывают данные, приведённые в таблице 2.8, в 2000–2012 гг. совокупные прямые расходы на выплату пенсий и ЕДВ сократились с 0,13 до 0,06% ВВП. В тот же период доля расходов на выплату пенсий

по инвалидности в ВВП страны снизилась более существенно – с 0,13 до 0,02%. Рассматриваемый период характеризуется также снижением государственных расходов на выплату ЕДВ (до 0,03% ВВП к 2012 г.), что в 2012 году привело к преобладанию доли ЕДВ в структуре прямых потерь государства вследствие инвалидности.

К косвенным потерям вследствие инвалидности относится ущерб государства в размере упущенного валового регионального продукта, который могли бы произвести безработные инвалиды трудоспособного возраста в случае трудоустройства. Для оценки данного вида потерь количество безработных инвалидов трудоспособного возраста умножается на среднегодовой ВВП на одного занятого в экономике в изучаемом году. В 2012 г. потери вследствие безработицы инвалидов составили 1,5 трлн. рублей. Потери ВВП в исследуемый период по данной причине существенно снизились (с 6,3 до 2,4%). На наш взгляд, это вызвано в первую очередь снижением численности инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде России (практически в 2 раза).

К косвенным потерям нами отнесено и так называемое «бремя семьи» больного трудоспособного возраста. Оно отражает упущенную выгоду семьи, выражаемую разницей между размерами среднемесячной заработной платы и пособия по инвалидности. По полученным нами расчетам, «бремя семьи» сократилось за изучаемый период на треть (с 1 до 0,67% ВВП). Тем не менее в 2012 г. оно составило 415 млрд. рублей, что значительно превышает все прямые расходы государства на выплаты инвалидам.

Таким образом, совокупные косвенные потери вследствие инвалидности, сократившиеся за 2000–2012 гг. более чем в 2 раза (с 7 до 3% ВВП), достигают 1,88 трлн. рублей, заметно превосходя прямые затраты на выплату пособий и пенсий.

Общий ущерб (прямые и косвенные потери) для общества вследствие инвалидности его членов, по нашим данным, составил в 2012 г. более 3% ВВП, а в денежном эквиваленте – почти 2 трлн. рублей. Разумеется, это неполные данные, т.к. нами не были учтены некоторые другие прямые расходы государства, а также «неосязаемые» потери инвалидов и их семей.

Из-за отсутствия необходимых статистических данных оценка «цены» инвалидности в Вологодской области была дана только за 2012 год. Для расчета использовались экономические и медико-статистические данные (табл. 2.9).

Таблица 2.9. **Перечень общих экономических и медико-статистических показателей, необходимых для расчета «цены инвалидности» в Вологодской области в 2012 г.**

Показатель, ед. измерения	Значение
Общая численность инвалидов, тыс. человек	129
Численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде, тыс. человек	20,2
из них численность детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, человек	4403
Численность неработающих инвалидов трудоспособного возраста, человек	9394
Средний размер назначенных пенсий по инвалидности, рублей	6353
Средний размер назначенных ежемесячных денежных выплат на человека, рублей	1771
Валовой региональный продукт Вологодской области в 2012 г., млрд. рублей	420,2
Среднедушевой ВРП Вологодской области в 2012 г. на одного занятого в экономике, тыс. рублей	721,7
Среднемесячная начисленная заработная плата 1 работника, рублей	22649
Источники: Единая муниципальная информационно-справочная система (ЕМИСС). – URL: <a href="http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referrerId=1292879">http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&amp;referrerType=0&amp;referrerId=1292879</a> ; Здоровоохранение в России. 2013: стат. сб. / Росстат.— М., 2013. – 380 с.; Статистический ежегодник Вологодской области 2012: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2013. – 371 с.	

В результате проведенного анализа установлено, что пенсии по инвалидности в регионе в 2012 г. получали 20 тыс. человек, из них более 4 тысяч детей-инвалидов. Численность неработающих инвалидов трудоспособного возраста составляет 59,5% общей численности инвалидов, зарегистрированных в Пенсионном фонде. На выплату пенсий по инвалидности расходуется 128 млн. рублей в год. Все люди, признанные инвалидами, получают ежемесячную денежную выплату, которая в 2012 г. составила 1771 рубль. Как установлено, на выплату ЕДВ было потрачено 228 млн. рублей (табл. 2.10). Учтенные нами прямые расходы государства на различные выплаты инвалидам в сумме составили более 356 млн. рублей.

Таблица 2.10. **Потери ВРП Вологодской области вследствие инвалидности за 2012 год**

Виды потерь	Конкретные затраты	Млн. рублей	В % к ВРП
Прямые потери	Выплаты пенсий по инвалидности	128,3	0,03
	Выплаты ежемесячных денежных выплат по инвалидности	228,5	0,05
Косвенные потери	Непроизведенный ВРП неработающими инвалидами трудоспособного возраста	6779,7	1,61
	«Бремя семьи»	1837,0	0,44
Общие потери		8973,5	2,13

Косвенные потери в виде упущенного валового регионального продукта, который могли бы произвести безработные инвалиды трудоспособного возраста, составили в 2012 г. 6,8 млрд. рублей. Это так называемая упущенная выгода общества.

«Бремя семьи» больного трудоспособного возраста (упущенный доход семьи) выражается разницей между размерами среднемесячной заработной платы по области (22 649 рублей) и пособия по инвалидности (6353 рубля). Каждая семья недополучала ежемесячно более чем по 16 тыс. рублей, т.е. примерно по 195,5 тыс. рублей за год. Следовательно, совокупное «бремя семьи» составляет около 2 млрд. руб. в год для всех семей, имеющих инвалидов трудоспособного возраста.

Как показывают приведённые данные, суммарно совокупные прямые и косвенные потери от инвалидности составляют в области почти 9 млрд. рублей, или 2% валового регионального продукта. Стоит отметить, что на данном этапе исследования мы не учитывали прямые затраты медицинских и социальных служб, самой семьи на обустройство быта и жизнедеятельности своего близкого.

Примечательно, что в регионе прямые затраты государства (около 357 млн. рублей) практически в 25 раз меньше косвенных затрат, оцениваемых как годовой ВРП и доход семей, упущенные вследствие безработицы инвалидов трудоспособного возраста. В целом по России это соотношение составляет более 52 раз.

Помочь инвалидам интегрироваться в общество в качестве его полноценных членов, создать им условия для реализации своих возможностей, в том числе к самообеспечению, может институт комплексной реабилитации инвалидов. Развитие этой формы социальной защиты инвалидов в последние годы приобретает особую значимость. Не умаляя роли материальной поддержки, следует констатировать, что реабилитация обладает гораздо более высоким потенциалом не только в том, что касается улучшения качества жизни инвалидов, но и в снижении бремени инвалидности, в достижении социальной консолидации российского общества.

Конечной целью реабилитации инвалидов признана их социальная интеграция, т.е. активное участие в основных направлениях деятельности и жизни общества, включенность в социальные структуры, связанные с различными сферами – образования, культуры, спорта, профессиональной подготовки.

У населения России сложился стереотипный образ человека с ограниченными возможностями, основными характеристиками которого являются неспособность и нежелание трудиться, зависимость от опеки



близких родственников и государства. Однако нельзя забывать о том, что среди инвалидов есть те, кто желает трудиться и быть независимым. Так, в Норвегии доля инвалидов трудоспособного возраста, имеющих постоянное место работы, составляет 41%.

Для инвалидов, желающих трудиться, очень важна занятость. Работая, инвалид перестает ощущать свою «неполноценность», вызванную недостатками здоровья, чувствует себя полноправным членом общества и, что немаловажно, имеет дополнительные материальные средства. Поэтому инвалидам предоставляются гарантии трудовой занятости путем проведения ряда специальных мероприятий, способствующих повышению конкурентоспособности на рынке труда:

1) установление квоты для приема на работу инвалидов и выделение для них минимального количества специализированных рабочих мест;

2) осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, предприятий, учреждений, организаций общественных объединений инвалидов;

3) создание инвалидам условий труда в соответствии с их индивидуальными программами реабилитации;

4) создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов; организация их обучения новым профессиям.

Для трудоустройства инвалидов должны создаваться специальные рабочие места со специализированным техническим оснащением с учётом индивидуальных возможностей инвалидов.

Одним из основных направлений поддержки инвалидов является их профессиональная реабилитация – важнейшая составная часть государственной политики в области их социальной защиты.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия:

- профориентация;
- психологическая поддержка профессионального самоопределения;
- обучение или переобучение;
- повышение квалификации;
- содействие трудоустройству;
- квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов;
- профессионально-производственная адаптация.

Профессиональная реабилитация инвалидов с последующим трудоустройством экономически выгодна для государства, так как средства,



вложенные в их реабилитацию, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов. Если их доступ к занятиям профессиональной деятельностью будет ограничен, расходы на реабилитацию лягут на плечи общества.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Размер пенсии по инвалидности в России и Вологодской области увеличился за период с 2000 по 2012 г. и, в той или иной мере, приблизился к величине прожиточного минимума.

2. Численность инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде России и, соответственно, получающих пенсии, сократилась (несмотря на рост числа инвалидов в целом).

3. По этой причине за изучаемый период сократились как прямые, так и косвенные потери общества вследствие инвалидности. В 2012 г. совокупные потери составили 3% ВВП (в Вологодской области – 2% ВРП).

4. Косвенные потери общества и семей инвалидов вследствие стойкой утраты последними трудоспособности в десятки раз превосходят прямые издержки государства на выплату пенсий и ЕДВ (в 52 раза по России и в 25 раз по Вологодской области).

5. Затраты на обеспечение ежемесячных денежных выплат в течение 2000–2012 гг. были стабильными, а расходы на выплату пенсий снизились в 6 раз вследствие сокращения численности пенсионеров по инвалидности.

6. «Бремя семьи» также сокращается (на 30%), однако остается весомым (415 млрд. рублей в РФ в 2012 г., около 2 млрд. рублей в Вологодской области).

7. Самый значительный ущерб вызван частичной или полной утратой инвалидами трудоспособности, поэтому на решение этой проблемы надо направить все усилия с целью снижения бремени инвалидности.

Трудовая деятельность выступает важным условием полноценной жизнедеятельности человека. Она является источником благосостояния, открывает возможности самореализации, творческого роста. Трудовая деятельность – это также способ эффективного усвоения общественных ценностей. Работа позволяет каждому гражданину уважать себя, осознавать свою индивидуальность, быть полноценной частью современного общества.

Анализ и оценка экономического ущерба вследствие выхода на инвалидность трудоспособного населения необходимы при разработке и реализации государственных программ, направленных на улучшение показателей здоровья трудоспособного населения и стабилизацию демографической ситуации в стране.

### ГЛАВА 3

## ПРОБЛЕМА ИНВАЛИДНОСТИ В ЗЕРКАЛЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ



## **ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМА ИНВАЛИДНОСТИ В ЗЕРКАЛЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

### **3.1. Отношение общества к людям с ограниченными возможностями здоровья**

В последние годы в России актуализировались вопросы, связанные с созданием условий для реабилитации инвалидов и интеграции их в общество, а также с формированием толерантного к ним отношения<sup>13</sup>.

Отношение населения к людям с ограниченными возможностями здоровья является одним из важнейших социально-психологических факторов их интеграции в жизнь общества. В 1920-е гг. чикагским социологом Э. Богардусом был введен термин «социальная дистанция», под которым понималось условное расстояние между представителями различных социальных групп. Точнее говоря, под социальной дистанцией он имел в виду степень социально-психологического принятия, которую выражает человек по отношению к представителям социальной группы<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Зак Г.Г., Зак Д.Я. Формирование толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья (теоретико-практический аспект) [Электронный ресурс] // Педагогическое образование в России. – 2012. – № 2. – URL: <http://cyberleninka.ru>; Доронищева А.С., Машевская С.М. Формирование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья в социуме [Электронный ресурс] // V Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум». – URL: <http://www.scienceforum.ru/2013/77/4492>

<sup>14</sup> Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации / П. Романов, Е. Ярская-Смирнова, С. Вайтфилд, С. Келли. – М., 2009. – 60 с.

Однако, как показывают исследования, отношение социума к инвалидам и их проблемам противоречиво. В 2008 г. в четырех пилотных регионах России (Костромская, Московская, Саратовская области и г. Санкт-Петербург) было проведено широкомасштабное социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов. Согласно полученным данным, около 50% населения отметили «существенные отличия» и 6% – «существенные сходства» между собой и людьми с ограниченными возможностями. В то же время сами инвалиды говорят, что за последние десятилетия отношение общества к ним улучшилось (с 30 до 44%)<sup>15</sup>.

В рамках ДЦП «Безбарьерная среда» (на 2010–2014 годы) в мае 2014 г. и в октябре 2013 г. на территории Вологодской области был проведён социологический опрос населения с целью выявления особенностей отношения общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья и их проблемам. В опросе приняли участие 1200 человек, проживающих в городах Вологде (административный центр), Череповце (экономический центр), Соколе и Великом Устюге.

Результаты опроса 2013 года показали, что более половины населения Вологодской области ответили отрицательно на вопрос: «Вы обычно ощущаете или не ощущаете дискомфорт, неудобство при общении с людьми с ограниченными физическими возможностями?» (56%; табл. 3.1). В 2014 году исследование выявило, что жители региона стали ещё реже испытывать неудобства при общении с людьми с ограниченными возможностями здоровья (65%). При этом различие между малыми и крупными городами области невелико.

Таблица 3.1. **Распределение ответов на вопрос: «Вы обычно ощущаете или не ощущаете дискомфорт, неудобство при общении с людьми с ограниченными физическими возможностями?», территориальный разрез** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ощущаю	33	44	28	13	19	14	27	24
Не ощущаю	56	46	59	79	55	68	56	65
Затрудняюсь ответить	12	10	13	8	26	17	17	11

<sup>15</sup> Там же. – С. 4.

В ответах респондентов не наблюдается и гендерных различий: в среднем 24% как женщин, так и мужчин испытывают дискомфорт при общении с инвалидами, а 65% – не ощущают никаких неудобств. Молодежь более склонна к дискомфорту в присутствии людей с ограниченными возможностями (рис. 3.1). Чем старше люди, тем более комфортно они ощущают себя в окружении лиц данной категории. Возможно, это связано с тем, что в предпенсионном и пенсионном возрастах больше всего инвалидов.

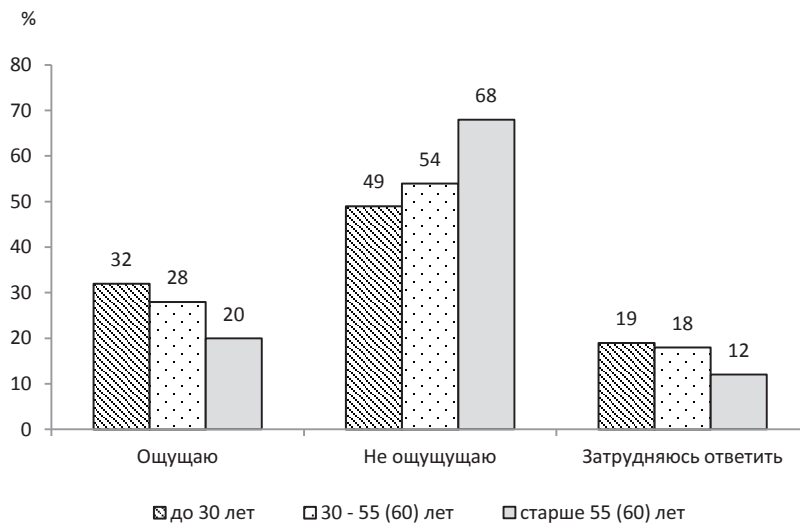


Рис. 3.1. **Распределение ответов на вопрос: «Вы обычно ощущаете или не ощущаете дискомфорт, неудобство при общении с людьми с ограниченными физическими возможностями?», в зависимости от возраста (2014 г., в % от числа опрошенных)**

Аналогичную тенденцию можно проследить в половозрастном разрезе (табл. 3.2). Чем старше население (как мужчины, так и женщины), тем менее заметной становится социальная дистанция между относительно здоровыми людьми и инвалидами.

По данным опроса 2014 года, 39% респондентов не стали бы препятствовать вступлению своих близких в брак с инвалидом, в сравнении с результатами опроса 2013 года таких людей стало больше на 4% (табл. 3.3). Однако присутствует значительная доля лиц (32%), затруднившихся ответить на данный вопрос. Такая ситуация может быть связана с тем, что, в зависимости от степени нарушения жизнедеятельности, люди с ограниченными возможностями здоровья воспринимаются как более или менее адаптированные к полноценной семейной жизни.

Таблица 3.2. **Половозрастное распределение ответов на вопрос: «Вы обычно ощущаете или не ощущаете дискомфорт, неудобство при общении с людьми с ограниченными физическими возможностями?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Пол/возраст					
	Мужской			Женский		
	До 30 лет	30–60 лет	Старше 60 лет	До 30 лет	30–55 лет	Старше 55 лет
2013 год						
Ощущаю	28	24	17	33	23	19
Не ощущаю	61	65	71	55	66	69
Затрудняюсь ответить	11	11	13	13	11	12
2014 год						
Ощущаю	31	30	22	34	29	26
Не ощущаю	38	38	44	40	39	38
Затрудняюсь ответить	32	32	35	26	33	36

Таблица 3.3. **Распределение ответов на вопрос: «Если бы близкий Вам человек собирался вступить в брак с инвалидом, то Вы бы стали или не стали его отговаривать?»**, территориальный разрез (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Стал(а) бы	27	43	34	16	19	28	<b>27</b>	<b>29</b>
Не стал(а) бы	38	32	29	48	38	37	<b>35</b>	<b>39</b>
Затрудняюсь ответить	35	25	37	36	43	35	<b>38</b>	<b>32</b>

Большая часть населения области (66%) считает, что у инвалидов есть качества, которые выражены сильнее, чем у других людей (табл. 3.4). В этом более уверены мужчины (68%), чем женщины (62%).

Таблица 3.4. **Распределение ответов на вопрос: «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 нет?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Есть	62	67	66	69	68	60	<b>65</b>	<b>66</b>
Нет	16	13	11	12	17	19	<b>15</b>	<b>14</b>
Затрудняюсь ответить	22	20	23	19	15	21	<b>20</b>	<b>20</b>

Чаще всего респонденты отмечали у инвалидов наличие и более сильное проявление следующих характеристик: «любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость» (47%), «воля, сила духа, характера» (45%), «доброта, чуткость, сострадание» (40%; табл. 3.5).

Таблица 3.5. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вам кажется, есть ли какие-то качества, черты характера, которые выражены у людей с ограниченными физическими возможностями сильнее, чем у других людей?»**  
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость	46	43	37	43	42	57	<b>41</b>	<b>47</b>
Воля, сила духа, характера	41	41	41	46	31	48	<b>38</b>	<b>45</b>
Доброта, чуткость, сострадание	34	36	34	36	21	49	<b>30</b>	<b>40</b>
Чувствительность, ранимость, обидчивость	33	34	35	26	34	31	<b>34</b>	<b>30</b>
Застенчивость, неуверенность в себе	24	23	24	14	20	29	<b>23</b>	<b>22</b>
Решительность, целеустремленность	17	21	15	21	15	18	<b>17</b>	<b>20</b>
Обида на жизнь, зависть к здоровым людям	19	18	23	11	24	22	<b>22</b>	<b>17</b>
Слабость, беспомощность, уязвимость	16	20	16	11	16	18	<b>16</b>	<b>17</b>
Особые способности	22	12	15	18	22	15	<b>18</b>	<b>15</b>
Ум, мудрость	18	17	12	15	17	12	<b>14</b>	<b>15</b>
Нервозность, раздражительность	11	14	17	9	10	13	<b>13</b>	<b>12</b>
Капризность, мнительность, подозрительность	11	13	14	10	12	10	<b>12</b>	<b>11</b>
Замкнутость, угрюмость	14	12	12	10	9	8	<b>12</b>	<b>10</b>
Агрессивность, злоба	9	7	9	6	9	8	<b>9</b>	<b>7</b>
Другие черты характера	1	0	1	0	0	2	<b>1</b>	<b>1</b>
Затрудняюсь ответить, нет ответа	11	9	11	10	9	2	<b>10</b>	<b>7</b>

На первом месте в рейтинге проблем, с которыми сталкиваются инвалиды в повседневной жизни, население отмечает возможность трудоустройства (13%), ограниченность в передвижении (12%), а именно непригодность жилых домов, общественных мест и в целом городской среды, а также равнодушие и непонимание со стороны общества (12%; табл. 3.6). Жители Череповца чаще отмечали наличие проблемы трудоустройства, трудности самореализации (19% против 10% в Вологде и районных центрах).

**Таблица 3.6. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, с какими проблемами сталкиваются инвалиды?»**  
(2014 г.; открытый вопрос; в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районные центры	Область
Трудоустройство, возможность самореализации	10	19	10	<b>13</b>
Ограниченность передвижения – жилые дома, общественные места, транспорт, городская среда не приспособлены для свободного передвижения инвалидов, отсутствуют пандусы	14	7	16	<b>12</b>
Равнодушие, непонимание	11	10	16	<b>12</b>
Одиночество	7	6	15	<b>9</b>
Финансовые трудности	5	13	8	<b>8</b>
Ограничения в общении	9	4	6	<b>7</b>
Жестокость, грубость, любопытство к физическим недостаткам, черствость, презрение, жалость	6	7	5	<b>6</b>
Беспомощность, зависимость от других	5	6	2	<b>5</b>
Бытовые проблемы	8	1	4	<b>4</b>
Трудности с мед. обслуживанием, лечением	4	7	3	<b>4</b>
Обеспечение лекарствами	2	3	3	<b>3</b>
Получение образования	2	2	1	<b>2</b>
Нет возможности создать семью	2	2	0	<b>1</b>
Возможность разнообразно и с интересом проводить свободное время – занятия спортом, путешествия и другие досуговые мероприятия	0	3	0	<b>1</b>
Обеспечение техническими средствами реабилитации (ТСР)	0	1	1	<b>1</b>

По данным отделения Пенсионного фонда РФ, на начало 2014 года в Вологодской области проживает 125 тыс. инвалидов, из них 33 тысячи (26%) – незанятые инвалиды трудоспособного возраста. За 2013 год в органы службы занятости населения обратились всего 2476 инвалидов, из них 2061 (83%) признаны безработными (в 2012 г. обратился 3161 инвалид, 2847 (90%) – признаны безработными). Нашли работу всего 773 инвалида или 31,2% от числа обратившихся (в 2012 г. – 21,3%)<sup>16</sup>.

В 2013 году инвалиды получали следующие государственные услуги:

- профессиональная ориентация – 1865 человек (в 2012 году – 1168);
- психологическая поддержка – 263 человека (в 2012 году – 155);

<sup>16</sup> Департамент труда и занятости населения Вологодской области: официальный сайт. – URL: <http://vologda.regiontrud.ru/Home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx>



- профессиональное обучение – 35 человек (в 2012 году – 93);
- общественные работы – 137 человек (в 2012 году – 191);
- временное трудоустройство несовершеннолетних граждан в возрасте от 14 до 18 лет в свободное от учебы время – 0 человек (в 2012 году – 1);
- временное трудоустройство безработных граждан, испытывающих трудности в поиске работы, – 118 человек (в 2012 году – 184);
- социальная адаптация – 418 человек (в 2012 году – 399);
- содействие самозанятости безработных граждан – 49 человек (в 2012 году – 28 человек).

Стоит отметить, что в 2013 г. по сравнению с 2012 г. по большинству направлений увеличилось количество инвалидов, охваченных государственной поддержкой в трудоустройстве.

От того, насколько включены инвалиды в повседневную жизнь общества, зависит отношение к ним общества. Большая часть населения области (65%) считает, что оно равнодушно к инвалидам; по мнению 12%, оно полностью игнорирует их проблемы; только 14% опрошенных полагают, что общество внимательно к лицам с ограниченными возможностями здоровья (табл. 3.7).

**Таблица 3.7. Распределение ответов на вопрос: «Скажите, пожалуйста, как, по Вашему мнению, общество относится к проблемам инвалидов?»**  
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Скорее внимательно – общество настроено на постепенное решение проблем	9	15	15	16	8	12	11	14
Скорее равнодушно – создается только видимость деятельности	67	60	64	65	57	69	63	65
Общество полностью игнорирует проблемы инвалидов	15	12	14	12	22	11	17	12
Затрудняюсь ответить	9	13	7	7	12	8	9	9

По мнению большинства опрошенных (59%), в настоящее время общество не готово к интеграции инвалидов (табл. 3.8). Однако по сравнению с предыдущим годом наметились позитивные сдвиги: количество негативных оценок снизилось на 16%, это особенно касается жителей районных центров.

Таблица 3.8. **Распределение ответов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, в какой мере общество готово к интеграции инвалидов»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Полностью готово	1	1	2	3	4	1	2	2
Скорее готово	10	21	14	27	8	31	11	26
Скорее не готово	60	48	56	45	52	44	56	45
Абсолютно не готово	17	19	14	11	27	11	19	14
Затрудняюсь ответить	12	11	13	14	9	14	11	13

При этом, как следует подчеркнуть, молодежь дает более оптимистичные оценки, чем пенсионеры. Удельный вес ответов «полностью готово и скорее готово» составляет 31 и 25% соответственно.

При оценке возможности инвалидов свободно общаться с окружающими почти половина населения области (48%) высказала мнение, что чаще такое невозможно, хотя 43% населения все же считает, что инвалиды могут общаться чаще, нежели наоборот (табл. 3.9). За исследуемый период в районных центрах количество позитивных ответов увеличилось почти вдвое (с 28 до 61%), в то время как негативных – уменьшилось (с 64 до 33%).

Таблица 3.9. **Распределение ответов на вопрос: «По Вашему мнению, в какой мере инвалиды сегодня могут свободно общаться с окружающими?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Могут практически всегда	7	5	8	8	6	14	7	9
Чаще могут	20	22	26	34	22	47	23	34
Чаще не могут	52	52	48	42	44	29	48	41
Не могут практически никогда	12	13	6	5	20	4	12	7
Затрудняюсь ответить	10	8	13	12	8	7	10	9

Доступность физической среды (жилье, транспорт, образование, работа, культура, здравоохранение и др.) является условием независимости людей с ограниченными возможностями здоровья и полноценности их жизни. Население области, отмечая основные проблемы доступности объектов социальной инфраструктуры, не видит возможности для таких людей вести полноценную жизнь (53%; табл. 3.10). Как видно, по сравнению с уровнем 2013 года показатель снизился на 18%.

Таблица 3.10. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, в какой мере инвалиды сегодня могут вести полноценную жизнь, с учетом ограничений по здоровью?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Могут практически всегда	4	2	3	6	4	11	4	6
Чаще могут	11	17	19	33	16	44	15	31
Чаще не могут	63	57	58	40	53	34	58	44
Не могут практически никогда	13	13	8	10	18	4	13	9
Затрудняюсь ответить	9	11	12	12	8	8	10	10

Позитивные установки общественного мнения в отношении инвалидов формируются в значительной степени благодаря работе средств массовой информации. Поэтому в печатных материалах, репортажах, передачах инвалиды должны представляться не как объекты милосердия и благотворительности, а как обычные люди – живущие, работающие, достигающие определенных целей.

Судя по результатам исследования, население региона в целом низко оценивает работу СМИ, связанную с освещением проблем людей с ограниченными возможностями здоровья. Только 13% опрошенных ответили, что этим проблемам в СМИ уделяется достаточно внимания (табл. 3.11).

Таблица 3.11. **Распределение ответов на вопрос: «На Ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяется в СМИ проблемам людей, имеющих инвалидность?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Да	12	21	12	10	13	8	12	13
Нет	68	58	67	73	56	51	64	61
Затрудняюсь ответить	21	21	21	17	32	41	25	26

О недостаточном внимании СМИ к проблемам инвалидов свидетельствует распределение ответов респондентов на вопрос о том, известно ли им что-либо о реализации областной долгосрочной целевой программы «Безбарьерная среда» на 2010–2014 гг. Половина респондентов не слышала о такой программе, только 2% подробно и точно знают ее содержание (табл. 3.12).

Таблица 3.12. **Распределение ответов на вопрос: «Знаете ли Вы о том, что с 2010 года в Вологодской области реализуется долгосрочная целевая программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Знаю подробно и точно	3	6	1	0	2	1	2	3
Знаю в целом содержание программы и о запланированных мероприятиях	8	15	5	5	6	3	7	7
Знаю в целом о тематике	27	39	24	22	25	16	25	26
Не знаю ничего	50	32	54	55	58	69	54	52
Затрудняюсь ответить	13	8	16	18	9	11	13	13

Заметим, что люди с высшим образованием более информированы в данном вопросе, нежели остальные. Доля положительных ответов среди закончивших вузы составляет 53%, что почти в 2 раза выше, чем среди населения с неполным средним (23%), со средним (27%) или средним специальным образованием (27%; табл. 3.13).

Таблица 3.13. **Распределение ответов на вопрос: «Знаете ли Вы о том, что с 2010 года в Вологодской области реализуется долгосрочная целевая программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы?»** в зависимости от образования (2014 г., в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Образование			
	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее (неполное высшее)
Знаю подробно и точно	5	3	1	4
Знаю в целом содержание программы и о запланированных мероприятиях	3	3	6	12
Знаю в целом о тематике	15	21	20	37
Не знаю ничего	72	56	57	41
Затрудняюсь ответить	5	17	16	7

За разработку полностью новой государственной социальной политики в сфере обеспечения интеграции в общество граждан с инвалидностью высказался каждый пятый житель области (табл. 3.14). О необходимости изменения большей части существующей политики заявило 39% респондентов.

Довольны политикой в отношении инвалидов только 5% опрошенных. В распределении ответов на данный вопрос выявлены различия между обследованными территориями. Так, в Череповце оказалось больше всего сторонников разработки новой социальной политики (25%). Жители Вологды чаще выбирали варианты, предполагающие изменение большей части социальной политики (38%) или о необходимости разработки принципиально новой (22%).

Таблица 3.14. **Распределение ответов на вопрос: «Что нужно изменить в государственной социальной политике в первую очередь для большей интеграции (включения) инвалидов в социум (жизнь общества)?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Необходимо разработать полностью новую социальную политику	29	22	16	25	17	13	21	20
Нужно изменить большую часть существующей политики	34	38	45	33	38	46	39	39
Нужны небольшие изменения	10	19	21	20	32	13	20	17
Менять государственную социальную политику не нужно	2	4	3	6	2	4	2	5
Затрудняюсь ответить	26	17	16	16	12	24	18	19

Несмотря на то, что люди с более низким уровнем образования мало знают о политике, проводимой государством, и тех программных документах, которые приняты в регионе, большинство из них (55–59%) придерживаются мнения о необходимости разработки новой социальной политики или замене ее большей части (табл. 3.15).

Таблица 3.15. **Распределение ответов на вопрос: «Что нужно изменить в государственной социальной политике в первую очередь для большей интеграции (включения) инвалидов в социум (жизнь общества)?» в зависимости от образования** (2014 г., в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Образование			
	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Высшее (неполное высшее)
Необходимо разработать полностью новую социальную политику	18	22	20	20
Нужно изменить большую часть существующей политики	41	35	35	46
Нужны небольшие изменения	28	20	18	15
Менять государственную социальную политику не нужно	0	3	5	6
Затрудняюсь ответить	13	21	22	14

Таким образом, результаты проведенных в 2013 и 2014 годах опросов позволили сделать следующие выводы.

Социальную дистанцию между населением Вологодской области и инвалидами можно оценить как довольно большую. В среднем по области 24% населения испытывают неудобства при общении с людьми с ограниченными возможностями. Около трети жителей воспрепятствовало бы вступлению в брак своего близкого человека с инвалидом. Почти половина населения области (48%) высказала мнение, что свободное общение инвалидов с окружающими невозможно чаще всего или никогда.

Среди молодежи больше ощущающих дискомфорт в присутствии людей с ограниченными возможностями здоровья, нежели среди лиц пенсионного возраста (32 и 20% соответственно).

Исследование показало, что за 2013–2014 гг. жители региона стали испытывать меньше неудобства при общении с людьми с ограниченными возможностями здоровья. Так, в 2014 г. 65% населения отметили, что не ощущают никакого дискомфорта, тогда как в 2013 г. удельный вес таких ответов составлял 56%. При этом в районных центрах наблюдается аналогичная тенденция, а различие между малыми и крупными городами области незначительно.

Большинство населения (66%) полагает, что инвалидам присущи ярко выраженные качества, которые отличают их от других людей. Наиболее популярными были следующие варианты ответа на тематический вопрос: «любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость» (47%), «воля, сила духа, характера» (45%), «доброта, чуткость, сострадание» (40%).

На первое место в рейтинге проблем, с которыми сталкиваются инвалиды в повседневной жизни, население ставит проблемы, связанные с их трудоустройством (13%), и ограниченность в передвижении, а именно непригодность жилых домов, общественных мест и в целом городской среды (12%); далее следуют «равнодушие и непонимание» (12%).

Как считает население в целом, СМИ не уделяют достаточно внимания проблемам инвалидов, только 13% опрошенных придерживаются противоположного мнения.

Как бы то ни было, почти половина населения области (52%) ничего не знает о ДЦП «Безбарьерная среда». И, возможно, это в значительной степени определило радикальность мнений респондентов о проводимой государством социальной политике: за изменение большей её части, касающейся обеспечения интеграции в социум людей с инвалидностью,

высказалось 39%; за необходимость разработки принципиально новой социальной политики – 20%; довольны существующей политикой только 5% опрошенных.

### 3.2. Проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья

Для изучения мнений людей с ограниченными возможностями здоровья об отношении к ним общества, эффективности социальной политики, о доступности среды жизнедеятельности среди таких людей были проведены социологические опросы в ноябре 2013 г. и в мае 2014 г. В опросах участвовали респонденты из таких городов Вологодской области, как Вологда, Череповец, Великий Устюг и Сокол. В крупных городах объем выборки составлял 40 человек, в малых – 20. В структуре выборки в равных пропорциях были представлены инвалиды по зрению, инвалиды по слуху, инвалиды, испытывающие трудности при передвижении, инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода. Репрезентативность выборки обеспечивалась также за счет соблюдения половой структуры. Характеристики выборки приведены в приложении 4.

По мнению инвалидов, в обществе преобладает равнодушное отношение к их проблемам – на данный вариант ответа указали 56% респондентов (в среднем по области в 2013 и 2014 гг.). Менее четверти опрошенных поддерживают противоположное суждение, примерно 13% – отмечают полное игнорирование обществом проблем людей с ограниченными возможностями здоровья (табл. 3.16).

Таблица 3.16. **Распределение ответов на вопрос: «Как, по Вашему мнению, общество относится к проблемам инвалидов?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Скорее внимательно – общество настроено на постепенное решение проблем	18,8	20,4	24,4	34,1	17,1	11,4	<b>20,1</b>	<b>21,6</b>
Скорее равнодушно – создается только видимость деятельности	56,3	51,0	62,2	63,4	48,8	56,8	<b>56,0</b>	<b>56,7</b>
Общество полностью игнорирует проблемы инвалидов	18,8	10,2	6,7	2,4	24,4	27,3	<b>16,4</b>	<b>13,4</b>
Затрудняюсь ответить	6,3	18,4	6,7	0,0	9,8	4,5	<b>7,5</b>	<b>8,2</b>



По сравнению с социологическими измерениями 2013 г. в 2014 г. наблюдается незначительный рост доли респондентов, позитивно оценивающих отношение общества к проблемам инвалидов, и снижение на 3% доли тех, кто уверен в их полном игнорировании.

В зависимости от вида ограничения своей жизнедеятельности респонденты по-разному оценивают отношение общества к их проблемам. Так, среди инвалидов по слуху наблюдается наиболее высокая доля положительных оценок отношения общества к инвалидам (29% в 2014 г.; табл. 3.17) и наименьшая доля резко негативных оценок (3% в 2014 г.).

По сравнению с уровнем 2013 г. доля резко негативных оценок возросла среди респондентов, имеющих инвалидность по зрению (до 20% в 2014 г.), для остальных категорий инвалидов соответствующий показатель снизился. В целом среди всех категорий инвалидов преобладает мнение о равнодушном отношении общества к их проблемам.

Таблица 3.17. **Распределение ответов на вопрос: «Как, по Вашему мнению, общество относится к проблемам инвалидов?»**  
(по категориям инвалидности; в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Инвалид по зрению (слабовидящий)		Инвалид по слуху (позднооглохший, ранооглохший, слабослышащий)		Инвалид, требующий помощи при передвижении		Инвалид, требующий постоянного постороннего ухода	
	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Скорее внимательно – общество настроено на постепенное решение проблем	16,3	10,3	35,7	29,0	16,1	24,2	15,6	25,8
Скорее равнодушно – создается только видимость деятельности	69,8	59,0	50,0	67,7	58,1	54,5	40,6	45,2
Общество полностью игнорирует проблемы инвалидов	9,3	20,5	3,6	3,2	19,4	12,1	34,4	16,1
Затрудняюсь ответить	4,7	10,3	10,7	0,0	6,5	9,1	9,4	12,9

Представленное в таблице 3.18 распределение ответов на вопрос о готовности общества к интеграции в него инвалидов свидетельствует о низкой степени заинтересованности общества в данном процессе. По мнению большинства респондентов, в целом общество скорее не готово к интеграции. Следует подчеркнуть, что число солидарных с таким мнением возросло с 48% в 2013 году до 61% в 2014 году. В то же время доля остальных оценок снизилась.



Таблица 3.18. **Распределение ответов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, в какой мере общество готово к интеграции инвалидов»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Полностью готово	0,0	0,0	4,4	2,4	0,0	0,0	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>
Скорее готово	8,3	4,1	11,1	9,8	14,6	4,5	<b>11,2</b>	<b>6,0</b>
Скорее не готово	39,6	49,0	42,2	75,6	65,9	61,4	<b>48,5</b>	<b>61,2</b>
Абсолютно не готово	39,6	26,5	20,0	7,3	17,1	29,5	<b>26,1</b>	<b>21,6</b>
Затрудняюсь ответить	12,5	20,4	22,2	4,9	2,4	4,5	<b>12,7</b>	<b>10,4</b>

Что касается создания доступной среды, то серьезное препятствие здесь представляют проблемы коммуникации между инвалидами и окружающими их людьми. Трудности в общении испытывают более половины опрошенных инвалидов. В 2014 г. только 5% респондентов отметили, что инвалиды практически всегда могут свободно общаться с окружающими (табл. 3.19). По сравнению с уровнем 2013 г. доля таких ответов сократилась, в то время как возросла доля негативных суждений.

Таблица 3.19. **Распределение ответов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут свободно общаться с окружающими»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Могут практически всегда	0,0	6,1	22,2	9,8	0,0	0,0	<b>7,5</b>	<b>5,2</b>
Чаще могут	16,7	18,4	20,0	29,3	31,7	11,4	<b>22,4</b>	<b>19,4</b>
Чаще не могут	64,6	55,1	35,6	56,1	48,8	52,3	<b>50,0</b>	<b>54,5</b>
Не могут практически никогда	14,6	12,2	11,1	4,9	12,2	27,3	<b>12,7</b>	<b>14,9</b>
Затрудняюсь ответить	4,2	8,2	11,1	0,0	7,3	9,1	<b>7,5</b>	<b>6,0</b>

Ограничения в жизнедеятельности выступают для инвалидов Вологодской области ключевым препятствием к ведению полноценного образа жизни. Распределение ответов респондентов на соответствующий вопрос показывает, что на территории области нет системы, способной компенсировать функциональные отклонения, обусловленные инвалидностью, и предоставить инвалидам возможности для равного участия в общественной жизни. Так, лишь 15,6% опрошенных полагают, что инвалидность не является непреодолимым препятствием для пол-

ноценной жизни, а подавляющее большинство высказывает противоположное мнение, причём доля последних выросла (77,6% в 2014 г. против 67,1% в 2013 г.; табл. 3.20).

Таблица 3.20. **Распределение ответов на вопрос: «Оцените, пожалуйста, в какой мере инвалиды сегодня могут вести полноценную жизнь, с учетом ограничений по здоровью»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Могут практически всегда	0,0	12,2	11,1	2,4	0,0	0,0	<b>3,7</b>	<b>5,2</b>
Чаще могут	20,8	14,3	22,2	14,6	14,6	2,3	<b>19,4</b>	<b>10,4</b>
Чаще не могут	58,3	51,0	42,2	65,9	61,0	45,5	<b>53,7</b>	<b>53,7</b>
Не могут практически никогда	20,8	14,3	6,7	14,6	12,2	43,2	<b>13,4</b>	<b>23,9</b>
Затрудняюсь ответить	0,0	8,2	17,8	2,4	12,2	9,1	<b>9,7</b>	<b>6,7</b>

Как выявлено по результатам опроса, тип ограничения здоровья оказывает сильное влияние на восприятие инвалидами возможности вести полноценную самостоятельную жизнь. Например, в 2014 г. среди инвалидов, требующих постоянного постороннего ухода или помощи при передвижении, больше по сравнению с другими группами инвалидов доля тех, кто не видит возможности вести полноценную жизнь (36% против 32% соответственно).

Важным направлением работы по преодолению отчужденности инвалидов является работа со средствами массовой информации. В силу широкого охвата населения вещанием радио и телевидения и развития сети Интернет освещение проблем и положения инвалидов в обществе посредством данных ресурсов могло бы эффективно скорректировать социально-психологические установки, необходимые для интеграционного процесса. Однако по данным о распределении ответов респондентов на соответствующий вопрос можно заключить, что СМИ уделяют недостаточно внимания проблемам инвалидов. Такой вывод подтверждается и ростом доли респондентов, выбравших отрицательный вариант ответа (73,1% в 2014 году против 68,7% в 2013 году; табл. 3.21).

Формированию толерантного отношения к инвалидам со стороны населения может способствовать освещение в СМИ проблем их общения с окружающими, а также воспитание определенной культуры такого общения. В таблице 3.22 приведен перечень ситуаций, переживание которых чаще всего вызывает психологическое напряжение у инвалидов.

Таблица 3.21. **Распределение ответов на вопрос: «На Ваш взгляд, достаточно ли внимания уделяется в СМИ проблемам людей, имеющих инвалидность?»**  
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Да	2,1	12,2	15,6	19,5	7,3	4,5	<b>8,2</b>	<b>11,9</b>
Нет	79,2	71,4	55,6	63,4	70,7	84,1	<b>68,7</b>	<b>73,1</b>
Затрудняюсь ответить	18,8	16,3	28,9	17,1	22,0	11,4	<b>23,1</b>	<b>14,9</b>

Частота проявления негативного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья снизилась в таких ситуациях, как обращение в медицинские учреждения (на 3%), нахождение в общественном транспорте (4%), посещение учреждений культуры (1%), пребывание на природе (6%), посещение образовательных учреждений (6%), общение с представителями органов социальной защиты (10%), посещение учреждений спорта и физкультуры (12%). Однако численность людей, которые ни разу не оказывались в напряженной ситуации, уменьшилась на 5% (табл. 3.22).

Другим не менее значимым условием формирования общества равных возможностей является доступная среда. В силу большого разнообразия причин инвалидности требуется большая теоретическая и практическая работа по преобразованию существующей культурной среды в состояние, когда пребывание в ней будет удобно для всех категорий людей. Мировой опыт по созданию доступной среды содержит многочисленные успешные примеры реализации подобных проектов. Общим условием их положительного результата служит изначальная направленность на внедрение универсального дизайна во всех сферах общественной жизни и четкое соблюдение установленных законодательных норм.

С целью выявления доступности объектов и услуг основных сфер жизнедеятельности инвалидам было предложено оценить каждую из них. По мнению респондентов, наиболее доступны сферы социальной защиты, информации и связи. Самые низкие оценки доступности получили такие сферы, как жилой фонд и транспорт. В таблице 3.23 показано распределение сфер жизнедеятельности по группам в зависимости от разницы положительных и отрицательных оценок доступности объектов и услуг в 2013 и 2014 гг.

Оценки доступности сфер жизнедеятельности различны в зависимости от вида функциональных нарушений, являющихся причиной инвалидности. По результатам опроса 2014 г. респонденты, относящиеся к

Таблица 3.22. **Распределение ответов на вопрос: «Какие ситуации в общении с другими людьми (не инвалидами) вызвали у Вас напряжение за последний год – то есть Вы почувствовали негативное отношение к себе?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Обращение в медицинские учреждения	52,1	40,8	35,6	48,8	29,3	20,5	<b>39,6</b>	<b>36,6</b>
Передвижение по улицам города	27,1	18,4	22,2	26,8	51,2	59,1	<b>32,8</b>	<b>34,3</b>
Пребывание в магазинах, торговых центрах и т.п.	27,1	18,4	11,1	22,0	39,0	38,6	<b>25,4</b>	<b>26,1</b>
Нахождение в общественном транспорте	31,3	8,2	11,1	24,4	24,4	25,0	<b>22,4</b>	<b>18,7</b>
Посещение учреждений культуры	18,8	0,0	8,9	14,6	2,4	13,6	<b>10,4</b>	<b>9,0</b>
Пребывание в парках, на природе	22,9	0,0	4,4	2,4	4,9	13,6	<b>11,2</b>	<b>5,2</b>
Посещение образовательных учреждений	25,0	2,0	4,4	7,3	0,0	4,5	<b>10,4</b>	<b>4,5</b>
Общение с представителями органов социальной защиты	25,0	0,0	11,1	12,2	4,9	2,3	<b>14,2</b>	<b>4,5</b>
Посещение учреждений спорта и физкультуры	37,5	2,0	6,7	7,3	0,0	2,3	<b>15,7</b>	<b>3,7</b>
Другие ситуации	2,1	4,1	6,7	7,3	0,0	0,0	<b>3,0</b>	<b>3,7</b>
За последний год не было ни одной ситуации	16,7	22,4	37,8	22,0	14,6	9,1	<b>23,1</b>	<b>17,9</b>
Затрудняюсь ответить	14,6	12,2	8,9	7,3	19,5	22,7	<b>14,2</b>	<b>14,2</b>

категории инвалидов по зрению, дали более низкую оценку доступности практически всех сфер жизнедеятельности, чем инвалиды по слуху (табл. 3.24). Инвалиды, испытывающие трудности в передвижении или необходимость постоянного постороннего ухода, сравнительно низко оценили доступность всех сфер жизнедеятельности, за исключением социальной защиты и сферы информации и связи. Последний факт обусловлен, скорее всего, спецификой организации самих этих сфер: для получения их услуг не требуется выходить из дома. В целом наиболее высокие оценки доступности среды получены от инвалидов, имеющих нарушения слуха.

Таблица 3.23. Распределение сфер жизнедеятельности по балансу положительных и отрицательных оценок доступности объектов и услуг для инвалидов

	Город										
	Вологда		Череповец		Сокол		В. Устюг				
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Баланс положительных и отрицательных оценок*											
-100 > x > -60 (неблагоприятная ситуация)	Спорт и физкультура, жилой фонд	-	-	-	Культура, транспорт, жилой фонд	Здравоохранение	Культура, транспорт, спорт и физкультура, жилой фонд	Культура, транспорт, образование, спорт и физкультура	-	-	-
-60 > x > -20 (сложная ситуация)	Транспорт, информация и связь; культура, образование, здравоохранение	Жилрой фонд, транспорт, культура	Культура, жилой фонд, образование, спорт и физкультура	Жилрой фонд	Спорт и физкультура, образование	Культура, транспорт, спорт и физкультура, жилой фонд	Спорт и физкультура, образование	Культура, образование, спорт и физкультура			
-20 > x > 20 (ситуация, требующая контроля)	Социальная защита	Здравоохранение, информация и связь, образование, спорт и физкультура			Информация и связь, социальная защита	Социальная защита	Информация и связь, социальная защита	Здравоохранение	Транспорт		
20 > x > 60 (удовлетворительная ситуация)		Социальная защита	Транспорт, социальная защита, здравоохранение, информация и связь					Жилрой фонд, информация и связь, социальная защита	Информация и связь, жилой фонд		
60 > x > 100 (благоприятная ситуация)		-		Информация и связь	Культура, транспорт, жилой фонд				Здравоохранение, социальная защита		

\* Разница по числу процентных пунктов; рассчитывалась путем вычитания суммы отрицательных оценок (в процентах) из суммы положительных оценок (в процентах). К положительным оценкам отнесены варианты ответа «доступны» и «скорее доступны», к отрицательным оценкам – варианты ответа «скорее недоступны» и «недоступны». Шкала составлена с учетом возможного диапазона значений рассчитываемой величины.

Таблица 3.24. **Распределение положительных и отрицательных оценок доступности сфер жизнедеятельности, данных инвалидами различных категорий**  
(в % от числа опрошенных)

Сфера жизнедеятельности	Инвалид по зрению		Инвалид по слуху		Инвалид, требующий помощи при передвижении		Инвалид, требующий постоянного постороннего ухода	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Здравоохранение	53,9	43,6	83,9	12,9	33,4	63,6	41,9	45,1
Культура	33,3	51,2	51,6	25,9	24,2	51,5	16,1	61,3
Транспорт	30,7	56,4	77,4	13	12,1	69,7	12,9	71
Информация и связь	69,2	28,2	70,9	16,2	72,8	3	54,9	19,4
Образование	28,2	53,9	48,4	22,6	36,4	33,4	25,8	29
Социальная защита	61,5	28,2	96,8	3,2	48,5	33,4	77,4	12,9
Спорт и физкультура	35,9	43,5	35,5	38,8	48,5	36,4	12,9	48,4
Жилой фонд	30,7	43,6	35,5	42	18,2	45,2	9,7	45,2

Примечание. 1 – сумма ответов «доступны» и «скорее доступны», 2 – сумма ответов «недоступны» и «скорее недоступны».

На основе ответов респондентов был составлен и рейтинг сфер жизнедеятельности по конкретным достижениям за предшествовавший год. По итогам 2014 года на первом месте – сфера социальной защиты, на последнем – транспорт и жилой фонд (рис. 3.2). Не отметили каких-либо достижений ни в одной из сфер жизнедеятельности 35% опрошенных, 18% затруднились ответить. В 2013 г. по сравнению с 2014 г. отмечалось больше положительных оценок в отношении сферы транспорта и жилого фонда, улучшились и оценки других сфер жизнедеятельности.

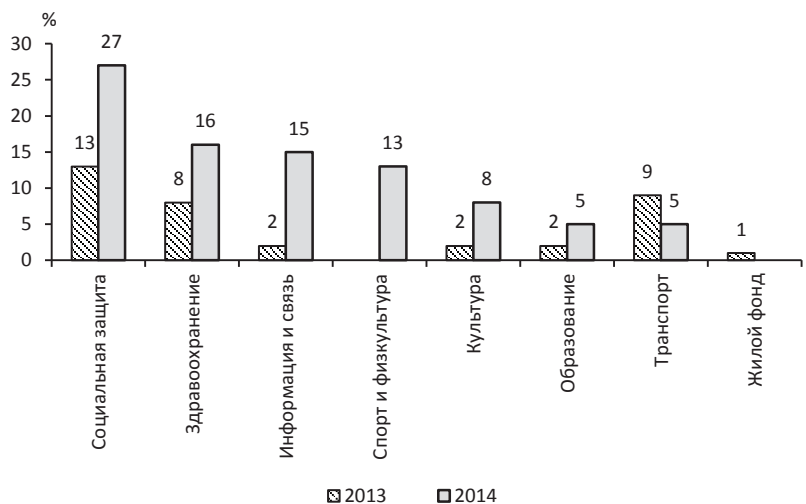


Рис. 3.2. **Распределение ответов на вопрос: «Отметьте, пожалуйста, в каких сферах жизнедеятельности Вы заметили достижения в повышении доступности для инвалидов за последний год»** (в % от числа опрошенных)

Что касается конкретных мероприятий, направленных на создание доступной среды, то чаще всего инвалиды отмечали такие, как выделение сурдопереводчика для поездок в общественные места (больницу, банк и т.п.), повышение доступности транспорта и объектов социальной инфраструктуры (табл. 3.25). Респонденты из малых городов указали на появление звуковых светофоров, социального такси для поездок к врачам и в общественные организации. Положительный эффект от деятельности многофункционального центра, как считают инвалиды, не усилился по сравнению с достигнутым в 2013 г. Остальные достижения, отмеченные в опросе 2014 г., упоминались и ранее.

Таблица 3.25. **Распределение ответов на открытый вопрос: «Перечислите, пожалуйста, три наиболее запомнившихся достижения в повышении доступности среды для инвалидов за последний год» (2014 г., в % от числа опрошенных)**

Варианты ответа	Вологда	Череповец	Районные центры	Область
Выделение органами социальной опеки сурдопереводчика для поездок в общественные места	0,0	24,4	4,5	<b>9,0</b>
Повышение доступности транспорта и объектов социальной инфраструктуры	0,0	9,8	6,8	<b>5,2</b>
Появление звуковых светофоров	0,0	0,0	11,4	<b>3,7</b>
Организация работы социального такси для поездок к врачам и в общественные организации	0,0	0,0	9,1	<b>3,0</b>
Организация помощи соцработников, социального обслуживания	4,1	2,4	0,0	<b>2,2</b>
Привлечение внимания к проблемам инвалидов, успех параолимпийской сборной России на зимних Олимпийских играх	0,0	7,3	0,0	<b>2,2</b>
Финансирование праздников и мероприятий для инвалидов	0,0	0,0	6,8	<b>2,2</b>
Создание центра для реабилитации инвалидов (В.Устюг)	0,0	0,0	6,8	<b>2,2</b>
Индивидуальные программы реабилитации, центр «Забота»	4,1	0,0	0,0	<b>1,5</b>
Доступный Интернет	2,0	2,4	0,0	<b>1,5</b>
Открытие тренажерного зала для инвалидов (Череповец)	0,0	4,9	0,0	<b>1,5</b>
Помощь в трудоустройстве	2,0	0,0	0,0	<b>0,7</b>
Помощь в получении технических средств реабилитации	2,0	0,0	0,0	<b>0,7</b>
Возможность бесплатно посещать спектакли и концерты ДК, кружок рукоделия	0,0	2,4	0,0	<b>0,7</b>
Появление дорожных знаков и стоянок для автотранспорта инвалидов	0,0	0,0	2,3	<b>0,7</b>

В повседневной жизни инвалиды встречают серьезные барьеры. Судя по результатам опроса, среди наиболее значимых за последний год чаще всего указываются препятствия, возникающие при доступе к услугам здравоохранения, объектам жилого фонда и городской среды, к транспорту (табл. 3.26).

Большая часть приведенного в таблице 3.26 перечня проблем касается создания доступной среды и может быть решена за счет использования универсального дизайна при проектировании и строительстве, а также реконструкции объектов. Все представленные проблемы (за исключением отмены социального такси и опасности зеркальных витрин) отмечались инвалидами и в 2013 г.

Таблица 3.26. **Распределение ответов на открытый вопрос: «Перечислите, пожалуйста, три наиболее запомнившиеся проблемы в повышении доступности среды для инвалидов за последний год»** (в 2014 г., в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда	Череповец	Районные центры	Область
Медицинское обслуживание в поликлинике (невнимательность врачей, очереди, проблема пройти обследование в медучреждении, лечение зубов)	24,5	19,5	6,8	<b>17,2</b>
Плохое состояние тротуаров (отремонтированные тротуары заливает дождем; при ремонте тротуаров оставлен большой угол наклона в местах пересечения с проезжей частью; в зимнее время во время гололеда было очень скользко – не было подсыпки)	4,1	0,0	38,6	<b>14,2</b>
Транспорт	24,5	12,2	0,0	<b>12,7</b>
В трудоустройстве – нет возможности подработать; «государство не дает возможности работать, т.к. при работе у инвалидов убирают группу, но человек не становится от этого здоров»; нет возможности работать – невыгодно из-за уменьшения группы	12,2	7,3	13,6	<b>11,2</b>
Не стало социального такси (отмена с 01.01.14 социального такси и повышение расценок при предоставлении транспортных услуг УСЗН / замена на оказание транспортных услуг – дорого)	0,0	2,4	27,3	<b>9,7</b>
Доступность жилого фонда	4,1	24,4	0,0	<b>9,0</b>
Фонд социального страхования дает мало часов на сурдопереводческие услуги; нет постоянного места для центра обслуживания глухих	0,0	19,5	0,0	<b>6,0</b>



Отсутствие пандусов, проблемы передвижения и доступности объектов городской инфраструктуры; узкие дверные проемы в некоторых общественных и государственных организациях	0,0	9,8	6,8	<b>5,2</b>
Финансовые трудности	2,0	0,0	11,4	<b>4,5</b>
Отмена льгот на транспорте	0,0	0,0	13,6	<b>4,5</b>
Отсутствие (очень мало) передач и фильмов с субтитрами	10,2	0,0	0,0	<b>3,7</b>
Устаревший и маленький перечень технических средств реабилитации	6,1	4,9	0,0	<b>3,7</b>
Необустроенные туалеты	2,0	7,3	0,0	<b>3,0</b>
Культура	0,0	9,8	0,0	<b>3,0</b>
Нет условий для занятий спортом	0,0	2,4	0,0	<b>0,7</b>
Реабилитация (органы фонда соцстрахования не выдают путевок в санаторий)	2,0	0,0	0,0	<b>0,7</b>
Информационное обеспечение, связь	2,0	0,0	0,0	<b>0,7</b>
Оплата коммунальных услуг в терминале	2,0	0,0	0,0	<b>0,7</b>
Зеркальные витрины торговых точек – это затруднение при передвижении (инвалид по зрению)	0,0	0,0	2,3	<b>0,7</b>

Отдельного внимания заслуживает характеристика распределения мнений инвалидов о проводимой государством социальной политике и о работе системы социальной защиты. Социальная поддержка (материальная, а также в виде предоставления социальных услуг) играет заметную положительную роль в жизни большинства инвалидов. Так, в 2014 г. около 70% респондентов отметили, что им было бы сложно отказаться от социальной помощи; в 2013 г. таких граждан было около 60% (рис. 3.3). Незначительную роль социальной помощи отметили в 2014 г. 21% опрошенных, в 2013 г. – 11%. Исходя из данного распределения, можно сделать вывод о существовании двух разнонаправленных тенденций в инвалидном сообществе. Одна часть инвалидов стремится вести независимую жизнь, другая часть придерживается консервативной модели поведения, воспринимая государство в качестве опекуна.

Анализ ответов инвалидов на вопрос о том, знают ли они местонахождение и контактные данные организаций, предоставляющих социальную помощь, показывает, что 49% опрошенных владеют подобной информацией (рис. 3.4). Кроме того, выросла доля тех, кому приходилось обращаться в указанные учреждения: 35% против 10% в 2013 году. При этом выявлено только 6% инвалидов, не знающих о существовании и местонахождении организаций, ведущих социальную работу.

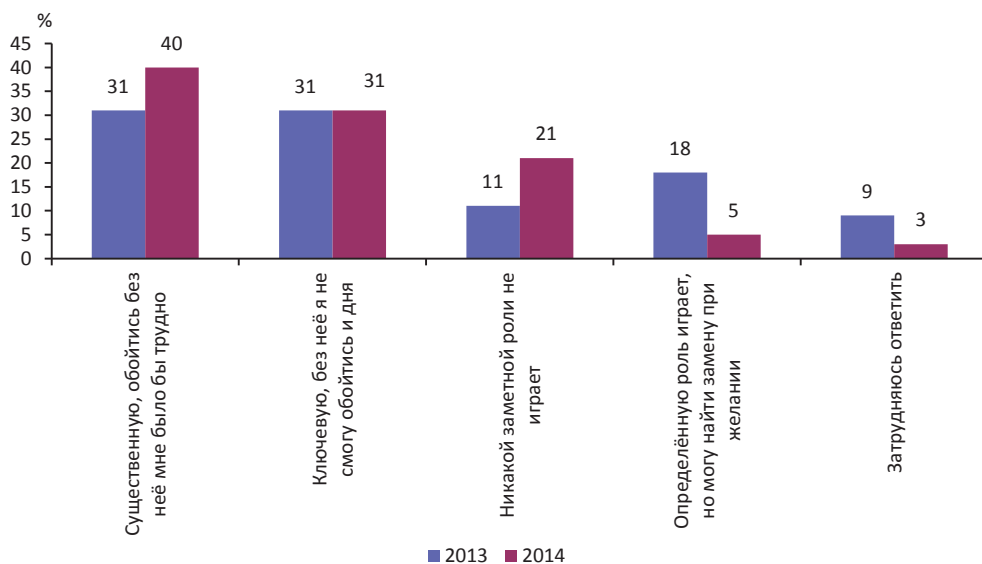


Рис. 3.3. Распределение ответов на вопрос: «Какую роль в Вашей жизни играет социальная помощь – финансовая, материальная, обслуживание?» (в % от числа опрошенных)

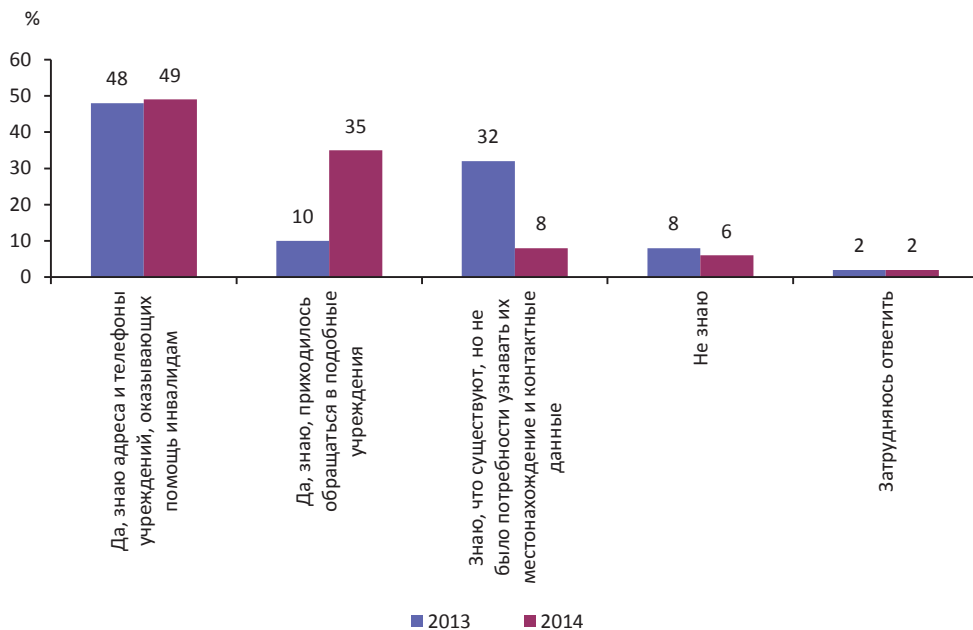


Рис. 3.4. Распределение ответов на вопрос: «Знаете ли Вы о существовании и местонахождении объектов и учреждений, оказывающих социальные услуги инвалидам?» (в % от числа опрошенных)

Одним из показателей эффективности работы государственных программ выступает степень информированности целевых групп о сроках, задачах и конкретных мероприятиях данных программ. Как показали результаты опроса, инвалиды Вологодской области недостаточно хорошо информированы о задачах и содержании областной целевой программы «Безбарьерная среда» на 2010–2014 гг. Нужно отметить, что качество информации, находящейся в распоряжении инвалидов, в разных городах несколько различается. Так, в Череповце респонденты информированы более точно и подробно, чем в Вологде и районных центрах области (табл. 3.27). Стоит отметить, что в 2013 г. во всех городах сократилась доля инвалидов, которые ничего не слышали о данной программе.

Таблица 3.27. **Распределение ответов на вопрос: «Знаете ли Вы о том, что с 2010 года в Вологодской области реализуется долгосрочная целевая программа «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы?»** (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Знаю подробно и точно	8,3	4,1	4,4	14,6	0,0	2,3	<b>4,5</b>	<b>6,7</b>
Знаю в целом содержание программы и запланированные мероприятия	2,1	8,2	8,9	14,6	9,8	27,3	<b>6,7</b>	<b>16,4</b>
Знаю в целом о тематике	29,2	22,4	26,7	41,5	56,1	45,5	<b>36,6</b>	<b>35,8</b>
Не знаю ничего	45,8	42,9	42,2	26,8	34,1	22,7	<b>41,0</b>	<b>31,3</b>
Затрудняюсь ответить	14,6	22,4	17,8	2,4	0,0	2,3	<b>11,2</b>	<b>9,7</b>

Общее отношение инвалидов к проводимой государством социальной политике можно охарактеризовать как критическое. Около 60% респондентов высказались в пользу существенного изменения или полной замены существующей политики (табл. 3.28). Более радикально настроены инвалиды из районных центров: более трети из них (34%) выступают за разработку полностью новой социальной политики. В целом по сравнению с уровнем 2013 г. на 16% уменьшилась доля инвалидов, высказывающихся за полное обновление социальной политики, на 8% увеличилась доля тех, кто выступает за изменение большей части существующей политики.

Таблица 3.28. **Распределение ответов на вопрос: «Что нужно изменить в государственной социальной политике в первую очередь?»**  
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Вологда		Череповец		Районные центры		Область	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Необходимо разработать полностью новую социальную политику	20,8	10,2	37,8	9,8	46,3	34,1	<b>34,3</b>	<b>17,9</b>
Нужно изменить большую часть существующей политики	56,3	44,9	28,9	36,6	24,4	54,5	<b>37,3</b>	<b>45,5</b>
Нужны небольшие изменения	8,3	2,0	6,7	31,7	14,6	2,3	<b>9,7</b>	<b>11,2</b>
Менять государственную социальную политику не нужно	0,0	0,0	4,4	9,8	2,4	0,0	<b>2,2</b>	<b>3,0</b>
Затрудняюсь ответить	14,6	42,9	22,2	12,2	12,2	9,1	<b>16,4</b>	<b>22,4</b>

В качестве заключения можно отметить, что инвалиды остаются на данный момент наименее защищенной категорией населения вследствие ярко выраженной зависимости от курса проводимой социальной политики, от размера пособий и пенсий, от механизма предоставления необходимых социальных услуг. В России идея независимой жизни инвалидов пока не приобрела достаточного числа сторонников, что отчасти обусловлено отсутствием необходимой инфраструктуры.

В Вологодской области основными источниками существования инвалидов являются государственная пенсия, государственные денежные выплаты и пособия. Заработная плата выступает основным источником дохода только для 16% респондентов (доля инвалидов, имеющих данный источник дохода, увеличилась на 6% по сравнению с уровнем 2013 г.) (рис. 3.5). Такое распределение может быть вызвано действием нескольких факторов. Первый из них – широкий и практически полный охват инвалидов системой государственной социальной поддержки. Второй – сложности с трудоустройством вследствие низкой конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Третий – небольшой размер заработной платы (ниже размера социальных выплат) на тех рабочих местах, которые могут занимать инвалиды.

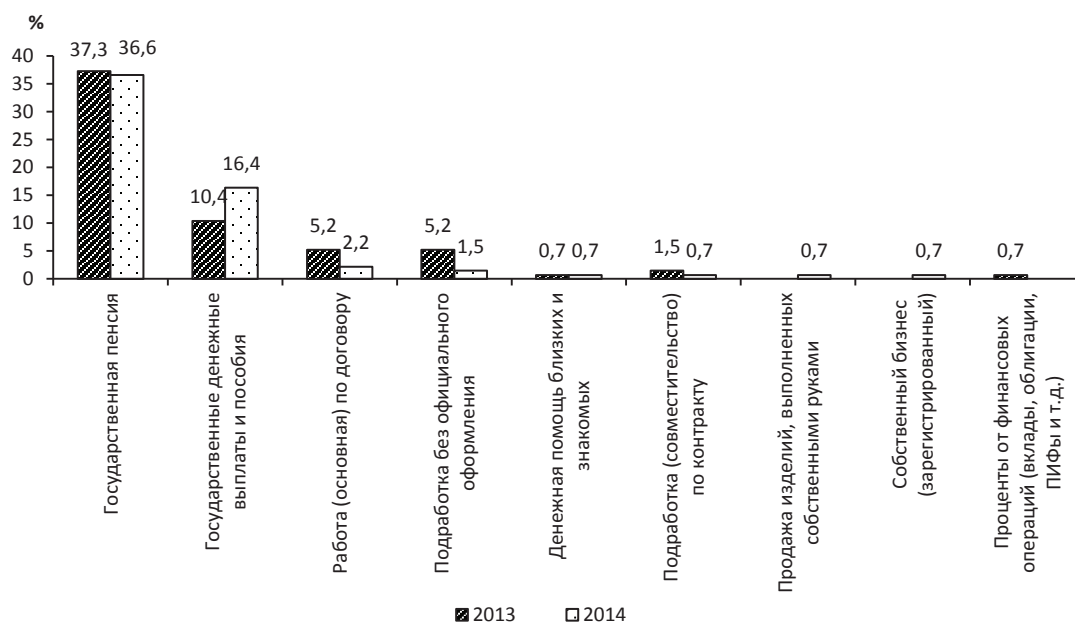


Рис. 3.5. **Распределение ответов на вопрос: «Отметьте, пожалуйста, Ваши источники средств к существованию»** (в % от числа опрошенных)

Стабилизация социального и экономического положения инвалидов неразрывно связана с обеспечением условий для их занятости, активного участия в общественной жизни.

В Вологодской области наблюдается в целом сложная ситуация с обеспечением интеграции инвалидов и общества, с созданием доступной среды. Ряд проблем в её формировании обусловлен финансовыми трудностями региона, а также существованием психологических барьеров в общении между населением и инвалидами. Динамика общественных настроений показывает стабильность барьеров при общении и восприятии населением людей с ограниченными возможностями здоровья. Сами инвалиды демонстрируют слабую готовность к включению в активную независимую жизнь, о чем свидетельствуют данные об основных источниках их доходов. Однако для принятия адекватных мер по изменению сложившихся психологических установок необходимо проведение специализированных исследований по выявлению причин пассивного поведения инвалидов в различных сферах жизни.

На настоящий момент наиболее продуктивными мерами по содействию рассматриваемому интеграционному процессу могут стать адаптация городской среды и услуг разных сфер к возможностям инвалидов, усиление интенсивности профориентационной работы с теми из них, кто заинтересован в трудоустройстве.

## **ГЛАВА 4.**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ИНКЛЮЗИИ ИНВАЛИДОВ В СОЦИУМ**



## **ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ИНКЛЮЗИИ ИНВАЛИДОВ В СОЦИУМ**

### **4.1. Повышение эффективности интеграции в социум людей с ограничениями здоровья**

Система социальной защиты людей с ограниченными возможностями здоровья является неотъемлемой частью каждого социального государства независимо от типа его модели. В государствах, имеющих разработанную систему поддержки инвалидов, как правило, законодательно закреплены и теоретические положения, касающиеся инвалидности: определение данной категории и критерии признания человека инвалидом. До конца XX в. основными критериями установления инвалидности выступали анатомические и физиологические отклонения, присущие индивиду, приводящие к ограничению его трудоспособности. Так советская концепция инвалидности опиралась на утвержденный список медицинских состояний для определения инвалидности (нетрудоспособности). Альтернативным критерием установления инвалидности стал социальный критерий, разработанный общественной организацией инвалидов Великобритании UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation and the Disability Alliance; Союз лиц, имеющих нарушения здоровья, против сегрегации инвалидов) и основывающийся на собственном опыте инвалидов<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Каспарьян Ж.Э., Олейник А.Г. Информационная среда поддержки социальной политики в отношении инвалидов [Электронный ресурс] // Информационные ресурсы России. – 2008. – № 6. – Режим доступа: [http://rosenergo.gov.ru/activity/our\\_publications/12/1756/](http://rosenergo.gov.ru/activity/our_publications/12/1756/)

Для современной России характерна реализация социально-экономической политики в отношении инвалидов, которая сочетает черты медицинской и социальной парадигмы инвалидности. При этом переход к социальной парадигме официально продекларирован в федеральном законодательстве Российской Федерации, а обязательства по его осуществлению делегированы региональным структурам исполнительной власти<sup>18</sup>.

Проблемам положения в обществе и интеграции инвалидов посвящены работы таких российских авторов, как А.Ю. Домбровская, Э.К. Наберушкина, П.В. Романов, В.Г. Сухих, С.В. Чеха, Е.Р. Ярская-Смирнова.

А.Ю. Домбровская рассматривает три типа социальной адаптации инвалидов по уровню их личной активности: пассивный, проактивный, активный<sup>19</sup>.

Важно отметить, что в период кризиса концепции социального государства и отсутствия единой парадигмы инвалидности на уровне государственного управления особое значение в повышении качества и уровня жизни инвалидов приобретает активация их собственных резервов. Неслучайно в последние годы набирает популярность движение за независимую жизнь инвалидов.

Особым механизмом предоставления инвалидам равных стартовых возможностей для самореализации являются проекты социальных инноваций, осуществляемые социально ориентированными бизнес-структурами. Данные проекты, несмотря на наличие ярко выраженного социального эффекта, имеют экономический базис и, в целом, преследуют те же цели, что и традиционные коммерческие предприятия. Наиболее ёмкое определение социального предпринимательства звучит следующим образом: «Социальное предпринимательство – это деятельность, направленная на решение или смягчение какой-либо социальной проблемы, в основе которой лежит предпринимательская модель»<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> О внесении изменений в законодательные акты РФ и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ в связи с принятием ФЗ «О внесении изменений и дополнений в ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»: ФЗ РФ от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=150191>

<sup>19</sup> Домбровская А.Ю. Социальная адаптация инвалидов // Социологические исследования. – 2011. – № 10. – С. 71-75.

<sup>20</sup> Банк социальных идей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.social-idea.ru/>



Информация об активных российских проектах социальных инноваций в сфере работы с инвалидами компактно размещается на специальных интернет-платформах<sup>21</sup> либо доступна на сайтах самих инновационных предприятий.

С 2010 года фондом «Наше будущее» запущена некоммерческая интернет-площадка «Банк социальных идей», предназначенная для обмена идеями и опытом реализации проектов социального предпринимательства.

На портале «Банк социальных идей» собрана актуальная информация о реализуемых в России проектах социальных инноваций, об идеях и готовых для воплощения проектах, которым необходимы инвесторы. Присутствует возможность сортировки проектов по целевой аудитории, статусу идеи, сфере реализации, региону, объёму необходимых инвестиций. Справка по каждому из социальных проектов включает краткое описание этапов реализации, расходования средств и социального эффекта. Для готовых, но ещё не запущенных проектов существует возможность прикрепить бизнес-план и презентацию идеи.

На данный момент на сайте собрано 43 проекта, целевой аудиторией которых являются люди с ограниченными возможностями здоровья. Для Северо-Западного федерального округа представлено 5 проектов, для Центрального федерального округа – 27 проектов, для Дальневосточного федерального округа – 3 проекта, для Сибирского и Приволжского федеральных округов – по одному проекту; также зарегистрирован один проект, охватывающий страну в целом (для оставшихся проектов территория реализации не указана.)

Можно объединить все эти проекты в три группы. К первой группе относятся проекты, направленные на реабилитацию инвалидов, ко второй – повышающие доступность объектов и услуг для инвалидов, к третьей – проекты, цель которых состоит в вовлечении инвалидов в трудовую деятельность (рис. 4.1). Перечень уже реализуемых проектов представлен в приложении 3.

#### Медицинская и психоэмоциональная реабилитация инвалидов

Проекты в области медицинской и психоэмоциональной реабилитации инвалидов реализуются как некоммерческими объединениями, так и социально ориентированными предприятиями.

*Медицинская реабилитация.* На настоящий момент в «Базе социальных идей» зарегистрировано три проекта, направленных на медицин-

---

<sup>21</sup> Там же.



Рис. 4.1. **Проекты социальных инноваций в сфере работы с инвалидами**

Источник: составлено автором по материалам сайта «Банк социальных идей». – URL: <http://www.social-idea.ru/>

скую реабилитацию инвалидов. Из данных проектов реализуется в настоящее время только один, для воплощения других необходимы инвестиции.

Фитнес-клуб «Нейроклиники» в г. Хабаровске – единственный среди представленных в перечне проект социального предпринимательства, реализуемый в сфере здравоохранения, направленный на поддержку людей с ограниченными возможностями здоровья. Клуб оказывает спортивно-оздоровительные услуги людям с ДЦП, аутистам, лицам с нарушением функции головного мозга, глухонемым, слепым, больным с переломами и после операций, а также страдающим ожирением, перенесшим инсульт. Основными эффектами от занятий в клубе являются: психотерапевтический (за счет возможности общения клиентов друг с другом); реабилитационный (восстановление и поддержание функций опорно-двигательного аппарата); развивающий (раскрытие творческих талантов у детей и взрослых, восстановление умения различать цвета). Прибыль предприятия складывается за счет внесения платы за занятия, соответствующей рыночной цене на подобные услуги. Преимуществом данного фитнес-клуба является его специализация на работе с инвалидами.

*Психоэмоциональная реабилитация.* Среди проектов, направленных на психологическую и эмоциональную реабилитацию инвалидов, можно отметить создание центра по социализации и реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) в г. Хабаровске. Основными направлениями реализации данного проекта являются формирование коррекционных дошкольных групп для детей, страдающих аутизмом, специальных коррекционных школьных классов для детей с осложненной структурой дефекта и центра помощи для детей с ТМНР, а также производственно-интеграционных мастерских для людей с ТМНР. В продолжение проекта предполагается обустройство летней оздоровительной базы «Тёплый дом», которая будет предоставлять детям-инвалидам возможности для приобретения необходимых социально-бытовых навыков и организовывать летний отдых семей с детьми, страдающими аутизмом.

Особое положение среди проектов реабилитации занимает «Сад природной терапии». Работа с инвалидами строится таким образом, что достигается и оздоровительный, и психоэмоциональный эффект. Организатором проекта выступает «Сад в городе» – благотворительный Фонд садовой терапии и создания развивающей экосреды для детей, пожилых людей и людей с ограниченными возможностями здоровья. Фонд разрабатывает и реализует индивидуальные программы садовой терапии для людей разных возрастов, с различными заболеваниями и ограничениями здоровья, озеленяет и благоустраивает территории храмов, больниц, детских домов и интернатов, домов престарелых, школ, детских садов за счет привлеченных ресурсов и посильного труда проживающих, проходящих реабилитацию или обучающихся на этих территориях людей. При Фонде работает бюро ландшафтных услуг, доход от деятельности которого направляется на реализацию социальных проектов. Другими источниками финансирования социальных проектов Фонда служат пожертвования дружественных организаций и других благотворительных фондов.

На данный момент на территории России создано два ландшафтных проекта для реабилитации инвалидов – в Москве и Пскове. Оба ландшафта существуют в форме сенсорных садов, основным отличием которых от обычных садов является выраженное терапевтическое воздействие на посетителей. В Пскове сенсорный сад был создан на базе Центра лечебной педагогики, а в Москве – по инициативе ландшафтных дизайнеров. Уникальными объектами сада предстают сенсорные

дорожки, выполненные из природных материалов – гальки, песка, мелких камешков, гравия. Все растения, присутствующие на территории сада, можно трогать руками, по газонам можно прогуливаться. Цветовые акценты расставлены таким образом, чтобы производить разнообразные воздействия на нервную систему человека: в саду есть «успокаивающие» и «пробуждающие» зоны. Основным принципом работы сенсорного сада является вовлечение посетителей в активное взаимодействие с природными объектами: выполнение садовых работ по уходу за растениями, сбору ягод и плодов, установка кормушек для птиц и др.

Коллектив Фонда имеет опыт создания сенсорных садов для разных групп пациентов, в том числе с аутизмом, ДЦП; планируется создание садов для людей с проблемами зрения. Для развития идей сенсорных садов проводятся консультации с учеными и врачами, занимающимися проблемами лечебной педагогики и восстановительной терапии.

#### Повышение доступности объектов и услуг для инвалидов

*Информационные базы доступных объектов.* В «Банке социальных идей» размещен только один работающий проект, направленный на улучшение качества информирования инвалидов о доступных для них объектах, – карта доступности учреждений культуры «А мне туда можно?» Данный проект создал и развивает московский школьник Дмитрий Жуков. Основной целью своей работы он видит создание возможности социализации детей-инвалидов. На карте доступности отмечены культурные объекты г. Москвы и показана степень их приспособленности к потребностям инвалидов.

*Создание новых товаров и услуг для инвалидов.* На сайте «Банк социальных идей» размещено около 20 проектов, направленных на повышение доступности для инвалидов товаров и услуг разных сфер жизнедеятельности. Среди проектов присутствуют разработки в сфере организации инватуризма, инваспорта, образования, обеспечения быстрого и безопасного ориентирования и передвижения в городской среде, повышения социального статуса инвалидов.

Как наиболее перспективную разработку можно отметить систему навигации для незрячих людей, созданную студентом МГТУ им. Баумана Павлом Курбацким. Система навигации включает очки со встроенными мини-громкоговорителями и специальную трость. Такой комплекс позволяет инвалиду узнавать о препятствиях на пути и ориентироваться внутри отдельных зданий и даже в городе.

### Создание рабочих мест для людей с ограниченными возможностями здоровья и содействие занятости инвалидов

Среди зарегистрированных на сайте «Банк социальных идей» 15 проектов по содействию трудоустройству инвалидов, семь уже реализуются, один готов к реализации, но нуждается в инвестициях, ещё семь существуют в форме идей.

В число работающих проектов входят пять производственных предприятий и два предприятия сферы услуг.

*Производственные предприятия.* Существующие предприятия, предоставляющие инвалидам рабочие места, занимаются в основном производством сувенирной продукции, изделий декоративно-прикладного искусства. Среди них можно отметить проект «Наивно? Очень!», реализуемый при поддержке Нелли Уваровой. Социальное предприятие функционирует за счёт самоокупаемости и получаемой прибыли. В рамках проекта проводятся различные мероприятия: презентации, выставки, ярмарки. В мае 2012 года была проведена ярмарка изделий «Особых мастерских» в Российском академическом молодёжном театре. В течение дня зрители трёх спектаклей смогли познакомиться с искусством особых людей. Сейчас уже несколько театров приглашают провести такие ярмарки в своих стенах. В настоящее время проект создаёт оптимальные каналы сбыта тиражируемой продукции, которые будут своей рентабельностью перекрывать расходы на содержание производственных творческих мастерских, где создают свои авторские шедевры особые художники, а именно керамической, текстильной, полиграфической и столярной мастерских.

*Предприятия сферы услуг.* Одним из действующих предприятий сферы услуг, предоставляющих рабочие места для инвалидов, является ресторан «В темноте». Концепцией его создания стала идея привлечь внимание посетителей к особенностям восприятия мира людьми с нарушениями зрения. Ужин в ресторане проходит в полной темноте, официантами являются инвалиды по зрению. Особенность ресторана в том, что изначально посетитель не знает, какие блюда будут поданы, но можно выбрать одно из пяти направлений. Это позволяет заново узнать вкус многих продуктов, так как в темноте не мешает визуальное восприятие пищи. Социальным эффектом от работы данного проекта является предоставление инвалидам по зрению основы для независимой жизни, а также содействие их интеграционному процессу.

Ещё одно предприятие сферы услуг, предоставляющее рабочие места инвалидам, – салон-парикмахерская «Nadin». Предприятие открыто в г. Москве в 2011 году. Специалисты салона – инвалиды по слуху, прошедшие профессиональную подготовку и имеющие диплом парикмахера. Для устранения барьеров при общении парикмахера и клиента в зале всегда присутствует человек, одинаково хорошо владеющий обычной речью и языком глухонемых. Салон существует при поддержке Правительства Москвы (предоставлена прямая аренда помещения).

В Вологодской области работает проект «Карта доступности»<sup>22</sup>. На карте отмечены объекты различных сфер жизнедеятельности, приспособленные для посещения людьми с ограниченными возможностями здоровья. В регионе существуют специализированные производственные предприятия и предприятия сферы услуг, на которых работают инвалиды (ООО Вологодское производственное объединение «Экран» Всероссийского общества слепых, ООО «Череповецкое учебно-производственное предприятие», ООО «Великоустюгская фабрика художественных кистей», ООО «Автосервис»<sup>23</sup>). Потребности инвалидов в своей работе учитывает вологодское предприятие ОАО «ТрансАльфа», которое в 2002 году начало выпуск низкопольных троллейбусов.

Все приведённые примеры социальных инноваций служат подтверждением того, что и инвалиды, и общество получают выгоду от совместной деятельности – как в плане повышения человеческого потенциала, так и в плане улучшения благосостояния. Содействие развитию социальных инноваций становится стратегической задачей любого современного государства, поскольку данный механизм является эффективным средством обеспечения социальной стабильности в условиях рыночной системы.

## **4.2. Оценка окупаемости создания доступной среды**

Создание среды равных возможностей – один из приоритетов государственной политики в сфере защиты инвалидов. На федеральном уровне действует долгосрочная целевая программа «Доступная среда», на уровне Вологодской области – «Безбарьерная среда».

---

<sup>22</sup> Карта доступности. – URL: <http://www.kartadostupnosti.ru/catalog/#/map/city/123>

<sup>23</sup> Предприятия инвалидов Вологодской области единственными учредителями которых являются Всероссийские общественные организации инвалидов // Официальный сайт Департамента социальной защиты населения Вологодской области. – URL: [http://www.socium35.ru/sector/soc/invalid/?ELEMENT\\_ID=1142](http://www.socium35.ru/sector/soc/invalid/?ELEMENT_ID=1142)



Мероприятия на обоих уровнях ориентированы на преобразование искусственной среды в соответствии с потребностями инвалидов. Программа «Безбарьерная среда» реализуется в Вологодской области уже в течение трёх с половиной лет. Основными её результатами стали локальные преобразования инфраструктуры городов, а также упрощение и повышение качества социального обслуживания. Как было показано в исследованиях мнения инвалидов Вологодской области о доступности товаров и услуг, наибольшие позитивные изменения произошли в системе социальной защиты. Практически не изменилась ситуация с объектами жилого фонда<sup>24</sup>.

Финансирование мероприятий Программы осуществляется как из областного, так и из федерального бюджета. Общий объём денежных средств, израсходованных в 2013 г. на создание безбарьерной среды, составил 9,1 млн. руб.

С одной стороны, создание доступной среды приводит к росту затрат государства, а с другой – к увеличению налоговых сборов. Поскольку одно из направлений Программы – содействие занятости инвалидов, дополнительным источником бюджетного дохода могут служить поступления от налогообложения заработной платы инвалидов. Занятость также представляет одну из главных предпосылок обеспечения платёжеспособного спроса на потребительском рынке.

Трудоустройство инвалидов находится в ведении Департамента труда и занятости населения Вологодской области. Как показывают открытые данные, размещённые на сайте ведомства<sup>25</sup>, заинтересованность в трудоустройстве среди инвалидов довольно высока. За 2013 год в органы службы занятости обратились 2476 инвалидов; 204 человека были трудоустроены, остальным оказано содействие в профессиональной ориентации, социальной реабилитации. Всего в области проживает 125,4 тыс. инвалидов, из них 33,1 тыс. человек – незанятые инвалиды трудоспособного возраста<sup>26</sup>.

Органы службы занятости населения Вологодской области ведут систематическую работу с инвалидами (табл. 4.1). Её направления включают трудоустройство на постоянную или временную работу, на общественные работы.

---

<sup>24</sup> Социально-экономические аспекты проблемы инвалидности: анализ трендов на основе данных статистики и социологических опросов: отчёт о НИР / исполнители: А.А. Шабунова, Н.А. Кондакова, Л.Н. Фахрадова, Ю.Е. Шматова. – Вологда, 2014.

<sup>25</sup> Статистика в сфере труда и занятости инвалидов [Эл. рес.] / Департамент труда и занятости населения Вологодской области. – Режим доступа: <http://vologda.regiontrud.ru/home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx>

<sup>26</sup> Там же.

Дополнительно проводятся мероприятия по профориентации, профессиональному обучению, социальной адаптации, психологической поддержке.

Таблица 4.1. **Численность инвалидов – получателей услуг службы занятости населения Вологодской области**

Число инвалидов – получателей услуг службы занятости, чел.	2012	2013	2014 (за первый квартал)
Временное трудоустройство	184	118	24
Общественные работы	191	137	19
Профессиональное обучение	93	35	1
Содействие самозанятости	28	49	20
Профориентация	1168	1865	402
Социальная адаптация	399	418	87
Психологическая поддержка	155	263	57
<i>Число обратившихся в службу занятости, чел.</i>	<i>3161</i>	<i>2476</i>	<i>н/д</i>
<i>Признано безработными, чел.</i>	<i>2847</i>	<i>2061</i>	<i>н/д</i>
Источник: Статистика в сфере труда и занятости инвалидов [Эл. рес.] / Департамент труда и занятости населения Вологодской области. – Реж. дост.: <a href="http://vologda.regiontrud.ru/home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx">http://vologda.regiontrud.ru/home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx</a>			

Перспективным направлением является содействие самозанятости инвалидов. Открытие собственного дела решает сразу несколько острых проблем: обеспечивает регулярный заработок, даёт возможность организовать рабочее место в соответствии с индивидуальными потребностями человека, способствует социальной и профессиональной реабилитации. Невысокие показатели трудоустройства инвалидов, состоящих на учёте в службе занятости, свидетельствуют о том, что конкурентоспособность данной категории населения на сегодняшний день недостаточна. Повысить её можно несколькими способами. Во-первых, с помощью расширения профориентационной работы и профессионального обучения инвалидов. Во-вторых, путём обеспечения выполнения закона о квотировании рабочих мест для инвалидов на предприятиях. Механизм квотирования должен сочетаться с реально функционирующей системой подготовки квалифицированных кадров из числа людей с инвалидностью. Третьей мерой может стать механизм льготного налогообложения предприятий, реализующих долгосрочные программы по трудоустройству и профессиональной реабилитации инвалидов.

Занятость инвалидов может служить индикатором качества политики, проводимой уполномоченными органами. Произведем расчёт налоговых поступлений, которые могут быть привлечены в областной бюджет за счет трудоустройства инвалидов (табл. 4.2).



Таблица 4.2. Величина налоговых поступлений (НДФЛ) в зависимости от численности занятых инвалидов и размера их заработной платы

Величина заработной платы	Доля трудоустроенных инвалидов									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
МРОТ	1656439	3346982	5020472	6693963	8367454	10040945	11714435	13387926	15061417	16734908
ПМ	2569788	5192483	7788725	10384967	12981209	15577450	18173692	20769934	23366175	25962417
Средняя заработная плата по области	7871348	15904753	23857130	31809507	39761884	47714260	55666637	63619014	71571391	79523767
5ПМ	12848940	25962417	38943626	51924834	64906043	77887251	90868460	103849668	116830877	129812085

Обозначения: МРОТ – минимальный размер оплаты труда, ПМ – прожиточный минимум; 5ПМ – доход, равный пяти прожиточным минимумам.

При расчёте использованы данные о величине МРОТ, прожиточного минимума, средней начисленной заработной платы за 2013 год<sup>27</sup>. Численность инвалидов, признанных безработными в 2013 году, принята в качестве базовой при расчёте объёма предполагаемых налоговых поступлений (2061 чел.).

Годовой объём финансирования областной долгосрочной целевой программы «Безбарьерная среда» в 2013 г., согласно отчёту<sup>28</sup>, составил 10,074 млн. руб. В соответствии с приведённым расчётом, для обеспечения окупаемости мероприятий по созданию доступной среды необходимо достичь соответствия или превышения объёма годовых налоговых отчислений (НДФЛ) над объёмом годовых затрат на реализацию Программы. Как видно из таблицы 4.2, возможны несколько путей обеспечения такого соответствия.

Первый подход заключается в том, чтобы трудоустроить как можно большее количество инвалидов на рабочие места с минимальной оплатой труда, равной величине прожиточного минимума или минимальному размеру оплаты труда. Преимуществами данного способа можно назвать относительно низкую конкуренцию за подобные рабочие места со стороны остального населения, невысокие требования к квалификации работника, что позволяет сократить расходы на профориентационные и учебные занятия с инвалидами. Недостатком выступает нестабильность рабочих мест, а зачастую непригодность к потребностям инвалидов. Социальными последствиями реализации данного подхода станут дальнейшая депривация инвалидов и закрепление их низкого общественного статуса.

Применение второго подхода предполагает смещение акцента на содействие самозанятости инвалидов (целевой размер дохода в данном случае составляет не менее пяти прожиточных минимумов). Ограничениями при его реализации могут выступать психологические особенно-

---

<sup>27</sup> Социально-экономическое положение Вологодской области в 2013 году: доклад / Вологда-стат. – Вологда, 2014. – 137 с.; Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в Вологодской области за IV квартал 2013 года: Постановление Правительства Вологодской области № 78 от 3 февраля 2014 года [Эл. pec.]. – URL: [http://vologda-oblast.ru/dokumenty/zakony\\_i\\_postanovleniya/postanovleniya\\_pravitelstva/22226/](http://vologda-oblast.ru/dokumenty/zakony_i_postanovleniya/postanovleniya_pravitelstva/22226/); О минимальном размере оплаты труда: Федеральный закон от 19.06.2000 № 82-ФЗ (в ред. от 03.12.2012 № 232-ФЗ) [Эл. pec.]. – URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=138585;fld=134;dst=9;rnd=0.8143301656350546>

<sup>28</sup> Отчет о выполнении основных мероприятий долгосрочной целевой программы «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы за 2013 год [Эл. pec.] // Государственная программа «Доступная среда». Вологодская область. Новости проекта. – URL: [http://socium-map35.ru/userfiles/doc/Otchet\\_DCP\\_BS2013.doc](http://socium-map35.ru/userfiles/doc/Otchet_DCP_BS2013.doc)

сти самих инвалидов (отсутствие предпринимательских способностей, инициативы, желания брать на себя ответственность и др.), бюджетные ограничения в краткосрочном периоде (невозможность софинансирования необходимого числа проектов), отсутствие подходящих ниш для новых предприятий на рынке Вологодской области. Высокие затраты, которые неизбежны при выборе данного подхода, могут окупиться в среднесрочной перспективе только при наличии благоприятных условий для ведения бизнеса в регионе. В целом данный способ обеспечения занятости инвалидов наиболее эффективен как в экономическом, так и в социальном плане. Экономический эффект от его успешной реализации максимален по сравнению с остальными вариантами действий, позволяет полностью окупить финансирование мероприятий по созданию безбарьерной среды. Социальный эффект от реализации мер по данному направлению заключается в приобретении инвалидами стабильно высокого социального статуса, а также возможности влиять на решения, принимаемые органами власти в сфере обеспечения законных прав и свобод людей с ограниченными возможностями здоровья.

Третий подход ориентирован на трудоустройство инвалидов на рабочие места с заработной платой примерно равной среднемесячной заработной плате населения области. Число занятых инвалидов, обеспечивающее окупаемость мероприятий по формированию доступной среды, составляет в данном случае 412 чел. (около 20% от общей численности безработных инвалидов, обратившихся в органы службы занятости в 2013 г.).

Вместе с тем невозможно обеспечить всех безработных инвалидов равными по величине заработной платы рабочими местами в силу различных индивидуальных предпочтений соискателей, разной профессиональной специализации, квалификации. При том условии, что распределение численности инвалидов по доходу будет примерно соответствовать аналогичной структуре для всего населения<sup>29</sup>, можно составить более реалистичный прогноз обеспечения окупаемости мероприятий по интеграции инвалидов.

Распределение численности инвалидов Вологодской области по доходным группам, скорректированное в соответствии с данными по всему населению, выглядит следующим образом (табл. 4.3).

---

<sup>29</sup> Показатели дифференциации доходов населения Вологодской области и соседних регионов в 2013 году: Стат. бюлл. / Вологдастат. – Вологда, 2014. – 12 с.

Таблица 4.3. Группы инвалидов по доходу

Величина среднемесячной начисленной заработной платы	Доля группы в общей численности занятых инвалидов
5000	4,50%
6000	6,90%
8500	13,10%
12000	17,50%
16500	17,50%
23000	17,80%
31000	15,90%
45000	6,80%

Учитывая полученное распределение, рассчитаем объём налоговых поступлений, варьируя долю трудоустроенных инвалидов (табл. 4.4).

Таблица 4.4. **Объём налоговых поступлений в зависимости от доли трудоустроенных инвалидов**

Доля трудоустроенных инвалидов, %	Объём НДФЛ, руб.
10	5990231,52
20	12103791,34
30	18155687
40	24207582,67
50	30259478,34
60	36311374,01
70	42363269,68
80	48415165,34
90	54467061,01
100	60518956,68

Минимальный уровень занятости при введении данной корректировки составляет 20% (412 чел.) от общей численности безработных инвалидов, как и в случае оплаты труда занятых инвалидов на уровне среднемесячной заработной платы населения области. При распределении численности инвалидов по доходным группам, аналогичном структуре распределения для всего населения, объём налоговых поступлений будет примерно на 3 млн. руб. ниже, чем в случае трудоустройства 20% инвалидов на рабочие места с оплатой, соответствующей среднемесячной заработной плате населения области.

Исходя из приведённых оценочных расчётов, можно говорить о том, что политика в сфере содействия занятости инвалидов должна быть направлена на повышение их конкурентоспособности в борьбе за рабочие места, заработная плата на которых не ниже среднемесячной заработной платы по области. Следовательно, актуальными остаются профориентационная работа с инвалидами, профессиональное обучение, приобретение или повышение профессиональной квалификации, а также развитие навыков межличностного общения.

Суммируя сведения, содержащиеся в данной главе, можно сформулировать следующие тезисы:

1. Социальные инновации являются перспективной формой инклюзии инвалидов в общественную жизнь.
2. Уровень занятости инвалидов, составляющий не менее 20% от общей численности обращающихся за содействием в трудоустройстве в государственные органы, – условие окупаемости затрат на создание безбарьерной среды, производимых в рамках целевых программ.
3. Наиболее актуальными направлениями работы с инвалидами в рамках содействия их трудоустройству выступают профориентационная работа, профессиональное обучение, повышение квалификации.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Вопрос об инклюзии инвалидов в социум требует для своего решения определения четкой политической концепции в данной сфере. Анализ существующих подходов позволяет говорить о перспективности концепции независимой жизни инвалидов, предполагающей, с одной стороны, создание условий для нормальной жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями здоровья, с другой – их активное участие в социально-экономической, политической и другой жизни общества. Данная концепция решает комплекс морально-этических, экономических проблем как самих инвалидов, так и общества, и ее необходимость обусловлена масштабами и последствиями инвалидизации населения.

Так, согласно статистическим данным, за период с 2000 по 2012 г. показатель общей заболеваемости населения имеет тенденцию повышения на федеральном и на региональном уровне, в частности в Вологодской области. Прослеживается сходство в структуре ведущих причин смертности, инвалидности и заболеваемости. Заболеваемость отражает риск приобретения патологического состояния, инвалидность выступает индикатором качества медицинской профилактики и лечения, смертность отражает влияние факторов, связанных не только с качеством медицинской помощи, но и с характеристиками образа жизни населения.

В Вологодской области наиболее значимыми причинами инвалидизации населения являются болезни системы кровообращения и новообразования (32 и 16 случаев на 10 000 чел. населения соответственно).

Как показала оценка экономического ущерба вследствие инвалидности, косвенные потери общества и семей инвалидов из-за стойкой утраты последними трудоспособности в десятки раз превосходят прямые издержки государства на выплату пенсий и ЕДВ (в 52 раза по России и 25 раз по Вологодской области). Это свидетельствует и об экономической целесообразности переориентации политики на реабилитационные механизмы, успешную инклюзию людей с ограниченными возможностями здоровья в жизнь общества.

Готовность общества и самих инвалидов к изменению существующей системы отношений нельзя назвать высокой: социальная дистанция между населением и инвалидами довольно велика. В среднем примерно четверть населения испытывает неудобства при общении с инвалидами. Около трети населения воспрепятствовало бы заключению брака между своим близким и человеком с ограниченными возможностями; 41% жителей региона считают, что свободное общение инвалидов с окружающими скорее невозможно. Молодежь (31%) более склонна к дискомфорту в присутствии людей с ограниченными возможностями, нежели люди пенсионного возраста (19%).

Однако в последние годы наметились позитивные тенденции: жители региона стали испытывать меньше неудобств при общении с людьми с ограниченными возможностями здоровья. Так, в 2014 г. 65% населения отметили, что не ощущают никакого дискомфорта в этой ситуации, тогда как в 2013 г. удельный вес таких ответов составлял 56%. Большинство населения (66%) полагает, что инвалидам присущи особенно ярко выраженные качества, которые отличают их от окружающих: например, «любовь к жизни, выносливость, жизнестойкость» (47%), «воля, сила духа, характера» (45%), «доброта, чуткость, сострадание» (30%).

На первом месте в рейтинге проблем, с которыми сталкиваются инвалиды в повседневной жизни, население отмечает проблемы, связанные с их трудоустройством (13%), и ограниченность в передвижении, а именно непригодность жилых домов, общественных мест и в целом городской среды (12%). На втором месте – равнодушие и непонимание (12%).

Население в целом низко оценивает работу СМИ по освещению проблем людей с ограниченными возможностями здоровья. Только 13% опрошенных считают достаточным внимание СМИ к этим проблемам. Почти половина населения области (52%) ничего не знает о ДЦП «Безбарьерная среда».

Как можно отметить, большая часть общества готова к переменам: 59% высказалось за разработку принципиально новой государственной социальной политики или её кардинальное изменение в части обеспечения интеграции инвалидов в социум.

Сами люди с ограниченными возможностями здоровья настроены достаточно скептически: доля уверенных в том, что общество скорее не готово к их интеграции, составила 61%.

Трудности в общении испытывают более половины опрошенных инвалидов. В 2014 г. только 5% респондентов отметили, что практически всегда могут свободно общаться с окружающими.

На территории области нет системы, способной компенсировать функциональные отклонения, обусловленные инвалидностью, и предоставить инвалидам возможности для равного участия в общественной жизни. Так, по мнению лишь 16% респондентов, инвалидность не является непреодолимым препятствием для полноценной жизни. Анализ ответов на вопрос о наиболее значимых для инвалидов проблемах за последний год показывает, что чаще всего они возникают при использовании услуг и объектов здравоохранения, жилого фонда, городской среды, транспорта.

Доля инвалидов, не сталкивавшихся за последний год с негативным отношением к себе, составляет 18% в 2014 г.

По итогам 2014 года первое место по конкретным достижениям в повышении доступности для инвалидов за предшествующий год занимает сфера социальной защиты, последнее – сферы транспорта и жилого фонда. Не отметили каких-либо достижений ни в одной из сфер жизнедеятельности 35% опрошенных, 18% – затруднились ответить.

Что касается конкретных мероприятий, направленных на создание доступной среды, то чаще всего инвалиды называли такие, как выделение сурдопереводчика для поездок в общественные места, повышение доступности транспорта и объектов социальной инфраструктуры. Респонденты из малых городов отметили появление звуковых светофоров, организацию социального такси для поездок к врачам и в общественные организации, финансирование праздников.

Часть инвалидов стремится вести независимую жизнь, часть – придерживается консервативной модели поведения, воспринимая государство в качестве опекуна. Так, в 2014 г. около 70% респондентов отметили, что им было бы сложно отказаться от социальной помощи; готовы к самостоятельности 21% опрошенных.



Общее отношение инвалидов к проводимой государством социальной политике можно охарактеризовать как критическое. Приблизительно 60% респондентов высказались за её существенное изменение или полную замену.

На настоящий момент наиболее продуктивными мерами по содействию рассматриваемому интеграционному процессу представляются адаптация городской среды и услуг разных сфер к потребностям людей с ограниченными возможностями и усиление интенсивности профориентационной работы с теми из них, кто заинтересован в трудоустройстве.

Помочь инвалидам интегрироваться в общество в качестве его полноценных членов, создать им условия для реализации своих возможностей, в том числе к самообеспечению, может институт комплексной реабилитации инвалидов. Развитие этой формы их социальной защиты приобретает в последние годы особую значимость. Не умаляя роли материальной поддержки, следует констатировать, что реабилитация обладает гораздо более высоким потенциалом не только в том, что касается улучшения качества жизни инвалидов, но и в достижении социального сплочения всего российского общества.

В этой связи целесообразно:

- сотрудникам социальной сферы организовать работу с населением с целью повышения уровня «общественной эмпатии» к людям с ограниченными возможностями здоровья;
- усилить направление реабилитации и интеграции в социум детей-инвалидов; это направление представляется одним из самых перспективных с точки зрения развития в обществе толерантности к лицам с ограниченными физическими возможностями здоровья;
- оборудовать ряд пилотных образовательных учреждений в соответствии с требованиями доступности для отдельных категорий детей-инвалидов, организовать их совместное обучение со здоровыми детьми;
- развивать направление обеспечения инвалидов новыми товарами и услугами, способствующими повышению качества их жизни (разработка и производство новых устройств, гаджетов, программного обеспечения и пр.).

Особым механизмом предоставления инвалидам равных стартовых возможностей для самореализации являются проекты социальных инноваций, осуществляемые социально ориентированными бизнес-структурами.

Данные проекты, несмотря на наличие ярко выраженного социального эффекта, имеют экономический базис и, в целом, преследуют те же цели, что и традиционные коммерческие предприятия. Подобные формы трудоустройства инвалидов представляется возможным внедрить на проектно-конкурсной основе.

Не менее важно продолжить мониторинг ситуации в регионе с позиции критической оценки происходящих изменений по направлениям: готовность общества к интеграции инвалидов; здоровье, социальное самочувствие, трудоустройство инвалидов; приспособленность инфраструктуры; эффективность социальной политики и ее отдельных инструментов; оценка территориальных различий доступности социальной помощи инвалидам (особенно в сельских территориях региона).

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Александрова, О.А. Институциональные проблемы становления социального государства в современной России: монография [Текст] / О.А. Александрова; Учреждение РАН Институт социально-экономических проблем народонаселения (ИСЭПН). – М.: М-Студио, 2009. – 287 с.
2. Анализ первичной инвалидности взрослого населения в округах и субъектах Российской Федерации за 2003–2004 гг. [Текст] / В.П. Лунев, В.И. Байраков, Н.Л. Кардаков, С.Г. Данилова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 3. – С. 22-28.
3. Банк социальных идей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.social-idea.ru/>
4. Большова, Н.Н. Кризис социального государства и массовая миграция как вызовы государству-нации в условиях глобализации (на примере ФРГ) [Текст] / Н.Н. Большова // Вестник МГИМО-Университета. – 2009. – № 5. – С. 1-15.
5. Васильева, Е.Г. Социальное государство и новая модель социальной политики в России [Текст] / Е.Г. Васильева // Власть. – 2008. – № 11. – С. 27-30.
6. Васильева, Н.В. Жизненные планы молодых инвалидов в современной России: социологический анализ / Н.В. Васильева. – М.: МГУ, 2007. – 111 с.
7. Всемирный доклад об инвалидности [Текст] : резюме / Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. – Женева, 2011. – 28 с.
8. Грибанов, В.В. Становление и развитие концепции социального рыночного хозяйства как теоретической основы современного социального государства [Текст] / В.В. Грибанов // Корпоративное управление и инновационное развитие экономики Севера: Вестник научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования Сыктывкарского университета. – 2013. – № 2. – С. 1-10.
9. Дарган, А.А. Отражение детерминированности социального самочувствия и социальной мобильности людей с инвалидностью в моделях инвалидности [Текст] / А.А. Дарган // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2011. – № 2. – С. 162-167.

10. Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2013. – 83 с.
11. Департамент труда и занятости населения Вологодской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vologda.regiontrud.ru/Home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx>
12. Домбровская, А.Ю. Социальная адаптация инвалидов [Текст] / А.Ю. Домбровская // Социологические исследования. – 2011. – № 10. – С. 71-75.
13. Дороничева, А.С. Формирование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья в социуме [Электронный ресурс] / А.С. Дороничева, С.М. Машевская // Студенческий научный форум : V Международная студенческая электронная науч. конф. – Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2013/77/4492>
14. Европейская база данных «Здоровье для всех», ВОЗ. 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/>
15. Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=33818&referrerType=0&referrerId=1292879>.
16. Жаворонков, Р.Н. Понятие «трудоспособность» в контексте социальной защиты / Р.Н. Жаворонков // Человек и труд. – 2010. – № 10. – С. 29-32.
17. Жаворонков, Р.Н. Трудовой договор с недееспособным лицом: теория и реальность / Р.Н. Жаворонков // Человек и труд. – 2011. – № 9. – С. 43-47.
18. Зак, Г.Г. Формирование толерантного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья (теоретико-практический аспект) [Электронный ресурс] / Г.Г. Зак, Д.Я. Зак // Педагогическое образование в России. – 2012. – № 2. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru>
19. Здравоохранение в России. 2013: стат. сборник / Росстат. – М., 2013. – 380 с.
20. Инвалидность детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая. – М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. – 240 с.
21. Карта доступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kartadostupnosti.ru/catalog/#/map/city/123>
22. Каспарьян, Ж.Э. Информационная среда поддержки социальной политики в отношении инвалидов [Электронный ресурс] / Ж.Э. Каспарьян, А.Г. Олейник // Информационные ресурсы России. – 2008. – № 6. – Режим доступа: [http://rosenergo.gov.ru/activity/our\\_publications/12/1756/](http://rosenergo.gov.ru/activity/our_publications/12/1756/)
23. Каспарьян, Ж.Э. Развитие моделей инвалидности в контексте региональной социально-экономической политики [Текст] / Ж.Э. Каспарьян // Север и рынок: формирование экономического порядка. – 2006. – № 2. – С. 73-81.
24. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://base.garant.ru/2565085/#block\\_2](http://base.garant.ru/2565085/#block_2).
25. Кочеткова, Л.Н. Построение социального государства: европейский проект [Текст] / Л.Н. Кочеткова // Социальная политика и социология. – 2008. – № 4. – С. 60-70.

26. Кочеткова, Л.Н. Социальное государство: философский анализ сущности [Текст] / Л.Н. Кочеткова // Личность. Культура. Общество. – 2009. – Вып.1. – № 46–47. – С. 169-175.
27. Кохно, П.А. Слабовидящие люди в интеллектуальном производстве / П.А. Кохно // Человек и труд. – 2011. – № 8. – С. 33-35.
28. Маликова, А.Х. Модели реализации концепции социального государства в мировой практике [Текст] / А.Х. Маликова // Ленинградский юридический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-17.
29. Медик, В.А. Статистика в медицине и биологии [Текст] : руководство : в 2 т. / В.А. Медик, В.С. Токмачёв, Б.Б. Фишман ; под ред. Ю.М. Комарова. – М.: Медицина, 2000. – Т. 1. – 412 с.
30. Модине, М. Доступ инвалидов к социальным правам / М. Модине. – Страсбург: Издательство Совета Европы, 2003. – 115 с.
31. Мюрдаль, Г. Проблема равноправия и её роль в мировом развитии: Нобелевская лекция 17 марта 1975 [Текст] / Г. Мюрдаль // Мировая экономическая мысль. Сквозь призму веков. – Т. V. – Книга 1. – М.: Мысль, 2004. – С. 189-213.
32. Наберушкина, Э.К. Доступность городской среды для инвалидов / Э.К. Наберушкина // Социологические исследования. – 2010. – № 9. – С. 58-64.
33. Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в Вологодской области за IV квартал 2013 года: Постановление Правительства Вологодской области от 3 февраля 2014 года № 78 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://vologda-oblast.ru/dokumenty/zakony\\_i\\_postanovleniya/postanovleniya\\_pravitelstva/22226/](http://vologda-oblast.ru/dokumenty/zakony_i_postanovleniya/postanovleniya_pravitelstva/22226/)
34. Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 № 1013н [Электронный ресурс] // Сайт компании ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12174033/>
35. Общественное здоровье и экономика [Текст] / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
36. О введении в действие Закона СССР «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР»: Постановление ВС СССР от 11.12.1990 № 1827-1 [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=3547>
37. О внесении изменений в законодательные акты РФ и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ в связи с принятием ФЗ «О внесении изменений и дополнений в ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»: Федеральный закон РФ от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=150191>

38. О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы: Постановление Правительства РФ от 17.03.2011 г. № 175 // Сайт компании ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12184011/>
39. О долгосрочной целевой программе «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы: Постановление Правительства Вологодской области от 26.03.2010 г. № 334 // Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/460302521>
40. О минимальном размере оплаты труда [Электронный ресурс] : Федеральный закон РФ от 19.06.2000 г. № 82-ФЗ (в ред. от 03.12.2012 № 232-ФЗ). – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=138585;fld=134;dst=9;rnd=0.8143301656350546>
41. О порядке и условиях признания лица инвалидом: Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95 [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=135140>
42. О прожиточном минимуме в Российской Федерации : Федеральный закон от 24.10.1997 г. № 134-ФЗ // Сайт компании ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/172780/>
43. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2013 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2014.
44. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2012 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2013.
45. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2011 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2012.
46. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2011.
47. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2010.
48. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2008 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2009.
49. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2007 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2008.
50. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2006 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2007.



51. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2005 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2006.

52. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год: стат. сборник. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2005.

53. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ [Электронный ресурс] // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10164504/>

54. Осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и других согласованных на международном уровне целей в области развития в интересах инвалидов: доклад Генерального секретаря на 66 сессии Генеральной Ассамблеи ООН / ООН. Генеральная Ассамблея. – Женева, 2011. – 24 с.

55. Отчет о выполнении основных мероприятий долгосрочной целевой программы «Безбарьерная среда» на 2010–2014 годы за 2013 год [Электронный ресурс] // Государственная программа «Доступная среда». Вологодская область. Новости проекта. – Режим доступа: [http://socium-map35.ru/userfiles/doc/Otchet\\_DCP\\_BS2013.doc](http://socium-map35.ru/userfiles/doc/Otchet_DCP_BS2013.doc)

56. О Федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы»: Постановление Правительства РФ от 29.12.2005 г. № 832 // Консультант Плюс. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=101909>

57. Показатели дифференциации доходов населения Вологодской области и соседних регионов в 2013 году [Текст] : стат. бюллетень. – Вологда: Вологдастат, 2014. – 12 с.

58. Предприятия инвалидов Вологодской области, единственными учредителями которых являются Всероссийские общественные организации инвалидов [Электронный ресурс] // Департамент социальной защиты населения Вологодской области. – Режим доступа: [http://www.socium35.ru/sector/soc/invalid/?ELEMENT\\_ID=1142](http://www.socium35.ru/sector/soc/invalid/?ELEMENT_ID=1142)

59. Публичный доклад о результатах деятельности Департамента социальной защиты населения Вологодской области за 2013 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.socium35.ru/sector/info/Doklad\\_2013.pdf](http://www.socium35.ru/sector/info/Doklad_2013.pdf)

60. Регионы России. Социально-экономические показатели.2013: стат. сборник [Текст] // Росстат. – М., 2013. – 990 с.

61. Романов, П.В. Инвалиды и общество: 20 лет спустя / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2010. – № 9. – С. 50-58.

62. Савашинский, С.И. Принятие управленческих решений в организации лечебно-диагностического комплекса [Текст] / С.И. Савашинский // Проблемы территориального здравоохранения : сб. науч. трудов. – М.: ФГБУ ЦНИИО-ИЗ Росздрава, 2005. – С. 13-19.

63. Социально-экономические аспекты инвалидности [Текст] / под ред. Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 136 с.
64. Социально-экономические аспекты проблемы инвалидности: анализ трендов на основе данных статистики и социологических опросов [Текст] : отчёт о НИР / исполн. А.А. Шабунова, Н.А. Кондакова, Л.Н. Фахрадова, Ю.Е. Шматова. – Вологда, 2014. – 132 с.
65. Социально-экономическое положение Вологодской области в 2013 году [Текст] : доклад. – Вологда: Вологдастат, 2014. – 137 с.
66. Социологическое исследование проблем инвалидности и реабилитации инвалидов в Российской Федерации [Текст] / П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова, С. Вайтфилд, С. Келли. – М., 2009. – 60 с.
67. Статистика в сфере труда и занятости инвалидов [Электронный ресурс] / Департамент труда и занятости населения Вологодской области. – Режим доступа: <http://vologda.regiontrud.ru/home/invalid/trudvsemin/statistika.aspx>
68. Сухих, В.Г. Особые потребности семей с детьми-инвалидами (по результатам мониторинга в Красноярском крае) / В.Г. Сухих, С.В. Чеха // Социологические исследования. – 2011. – № 2. – С. 140-143.
69. Тихомирова, В.В. Адресная социальная помощь в системе социальной защиты населения [Текст] / В.В. Тихомирова; под ред. к.э.н. Ю.А. Гаджиева. – Сыктывкар: НЦ УрО РАН, 2013. – 138 с.
70. Топилин, К. Инвалиды на рынке труда: региональный аспект / К. Топилин // Человек и труд. – 2011. – № 8. – С. 27-32.
71. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>
72. Федоренко, Н.С. Реабилитация инвалидов в Автономном учреждении социального обслуживания Вологодской области «Вологодский психоневрологический интернат № 1» [Электронный ресурс] / Н.С. Федоренко // Межрегиональная научно-практическая конференция «Совершенствование комплексной реабилитации инвалидов с интеллектуальной недостаточностью в учреждениях социального обслуживания». – Режим доступа: [http://yargeront.narod.ru/conference\\_2010/medic\\_konf\\_2010\\_13.html](http://yargeront.narod.ru/conference_2010/medic_konf_2010_13.html)
73. Худоренко, Е.А. Лица с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы образования и инклюзии / Е.А. Худоренко // Социологические исследования. – 2010. – № 9. – С. 65-70.
74. Шабунова, А.А. Здоровье населения в крупных городах: тенденции и особенности [Текст] : препринт / А.А. Шабунова, Н.А. Маланичева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 96 с.
75. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография [Текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
76. Ярская, В.Н. Социальная политика, социальное государство и социальный менеджмент // Журнал исследований социальной политики. – 2003. – Т. 1(1). – С. 11-28.



77. Ярская-Смирнова, Е.Р. Женщины и инвалидность: испытание на прочность / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина // Социологические исследования. – 2009. – № 5. – С. 70-76.

78. International Classification of Functioning, Disability and Health, Short Version. – Geneva: World Health Organization, 2001. – URL: <http://icd-11.ru/icf/>

79. Watson L.D. Stages of stroke: a model for stroke rehabilitation (problems prostate) [Текст] / L.D. Watson // Br. J. Nurs. – 1998. – №11. – P. 631-640.

При подготовке монографии были использованы иллюстрации, опубликованные на сайтах сети Интернет:

<http://www.yeisk.info/images/anton/invalid.jpg>

[http://ex.by/uploads/posts/2012-09/13484444171\\_crazy\\_construction\\_ideas\\_part\\_2\\_640\\_15.jpg](http://ex.by/uploads/posts/2012-09/13484444171_crazy_construction_ideas_part_2_640_15.jpg)

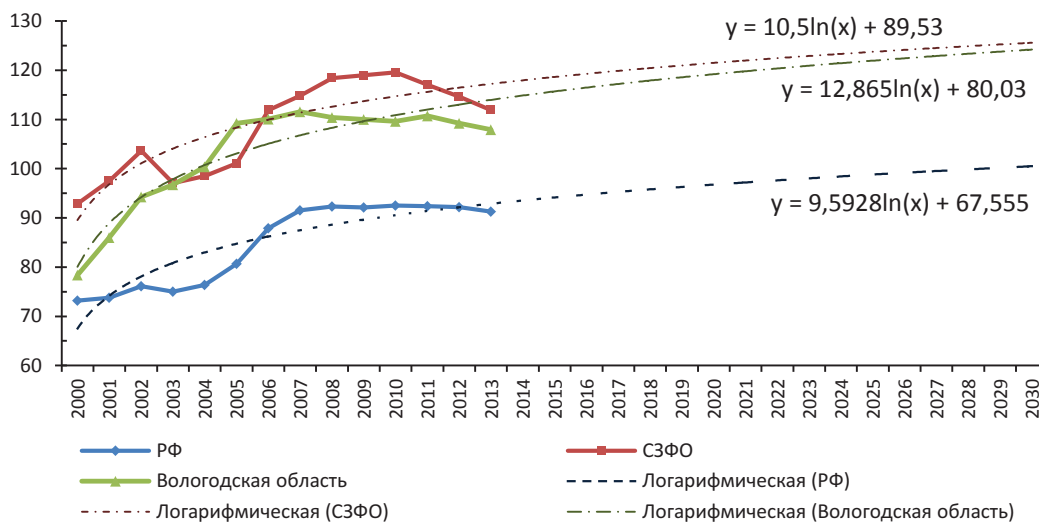
<http://gornovosti.ru/static/images/text/23949/tiflo-11.jpg>

[http://www.rostov.ru/people/comments/2011/09/28/192645/invalid-MosaicaRU-28\\_09\\_11.jpg](http://www.rostov.ru/people/comments/2011/09/28/192645/invalid-MosaicaRU-28_09_11.jpg)

[http://www.laiki.lv/Pavilostas/ImageHandler.ashx?UploadedFile=true&pg=b0725b76-e399-4624-b9ec-c1870d3f0ef8&image=~/\\_App\\_Data/UserImages/Image/universalsdizpavilosta.jpg](http://www.laiki.lv/Pavilostas/ImageHandler.ashx?UploadedFile=true&pg=b0725b76-e399-4624-b9ec-c1870d3f0ef8&image=~/_App_Data/UserImages/Image/universalsdizpavilosta.jpg)

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

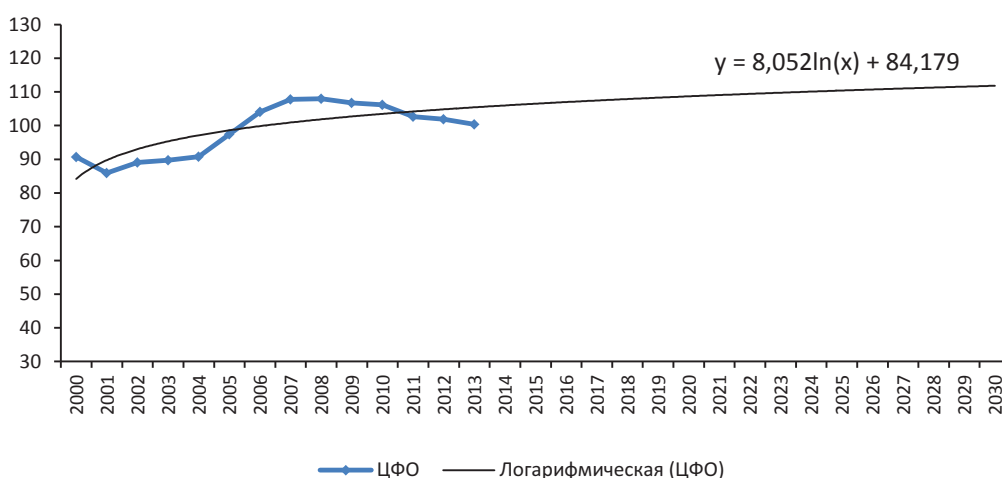
**Численность инвалидов в расчёте на 1000 чел. населения:  
факт и прогноз для Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа  
и Вологодской области на период до 2030 года**



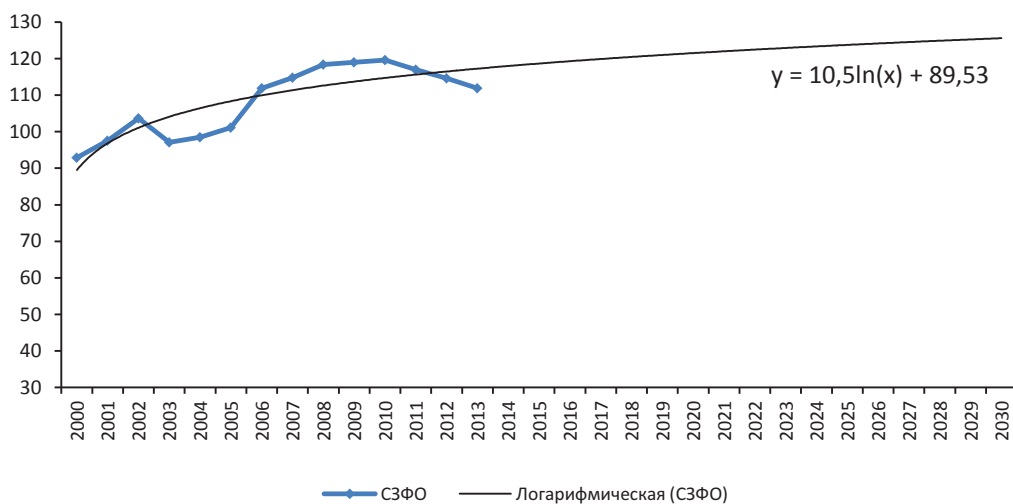
Источник (здесь и далее): Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>.

Примечание: РФ – Российская Федерация, СЗФО – Северо-Западный федеральный округ. Логарифмические тренды построены с использованием программы Microsoft Excel.

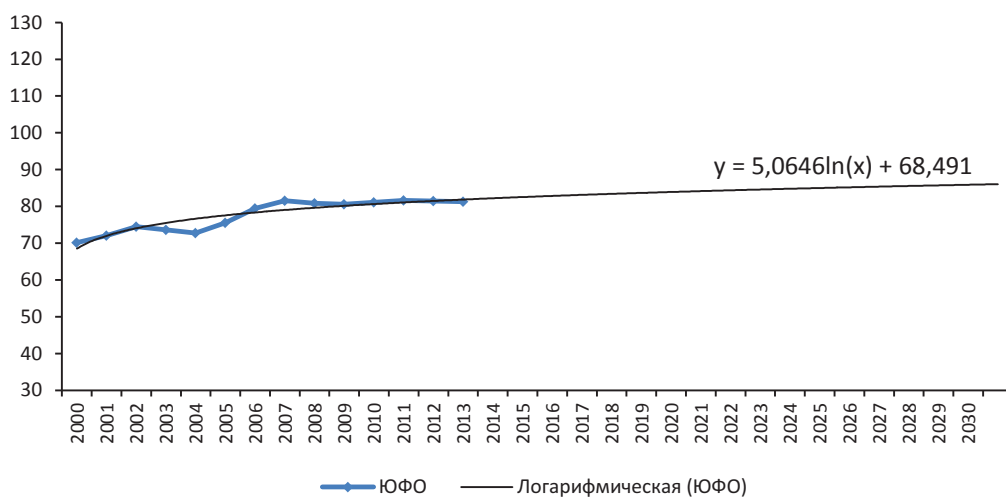
**Численность инвалидов в расчёте на 1000 чел. населения:  
факт и прогноз для федеральных округов на период до 2030 года**



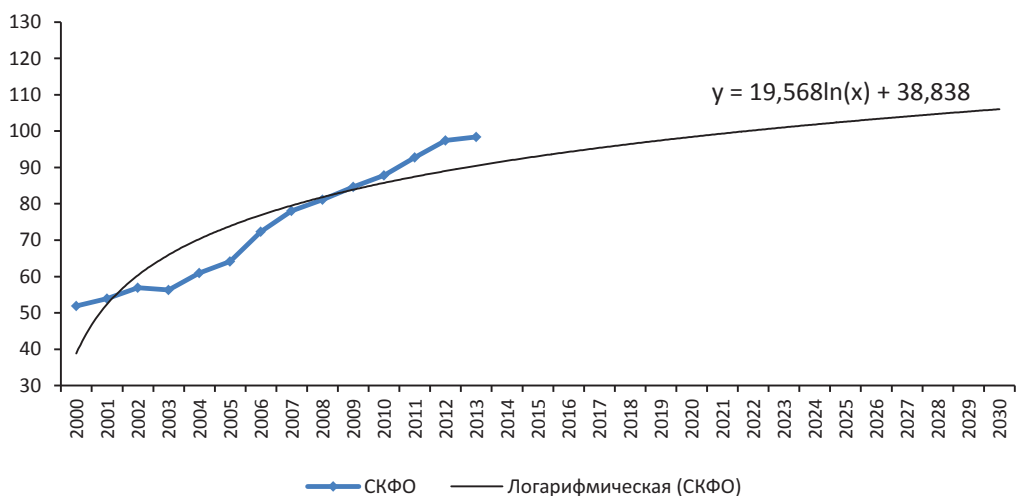
Примечание: ЦФО – Центральный федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



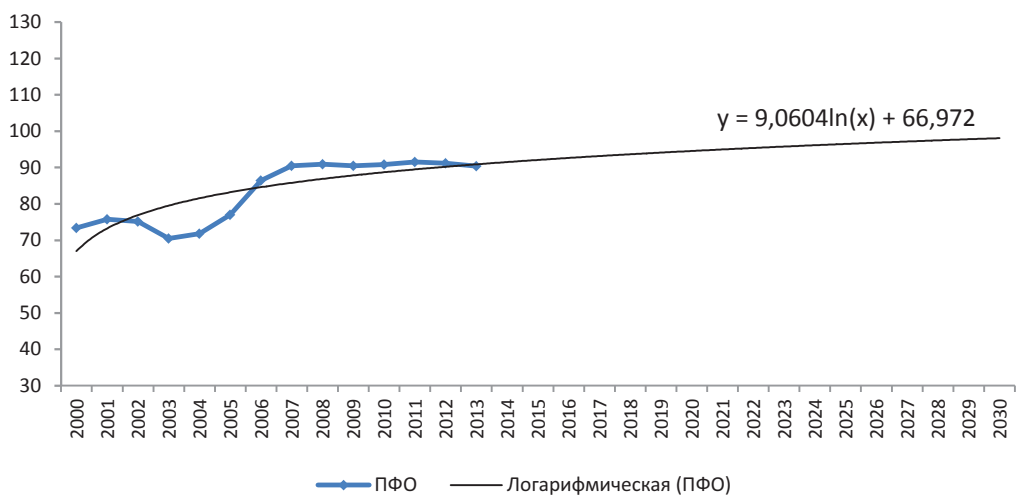
Примечание: СЗФО – Северо-Западный федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



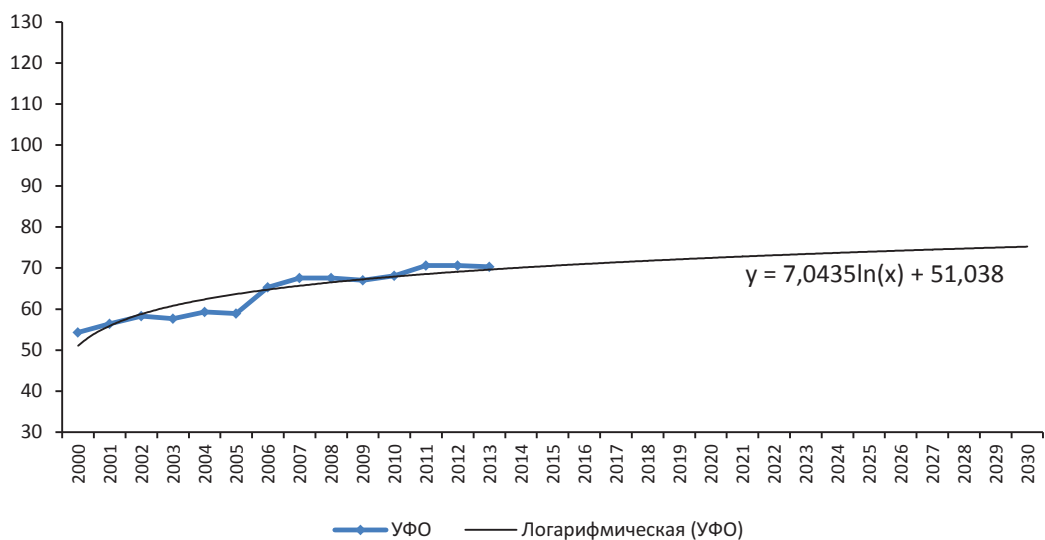
Примечание: ЮФО – Южный федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel. Показатели численности за период 2000 – 2010 гг. рассчитаны авторами.



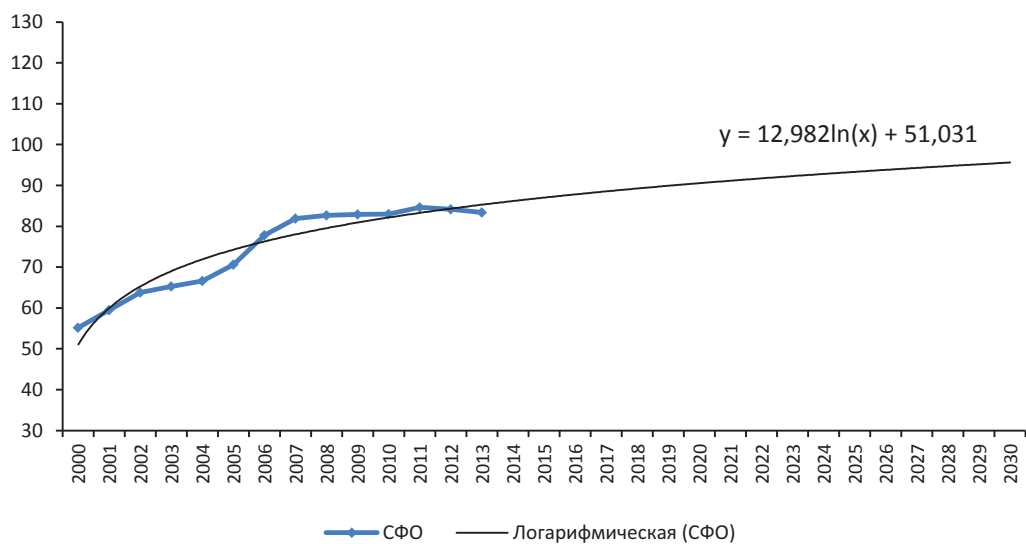
Примечание: СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel. Показатели численности за период 2000 – 2010 гг. рассчитаны авторами.



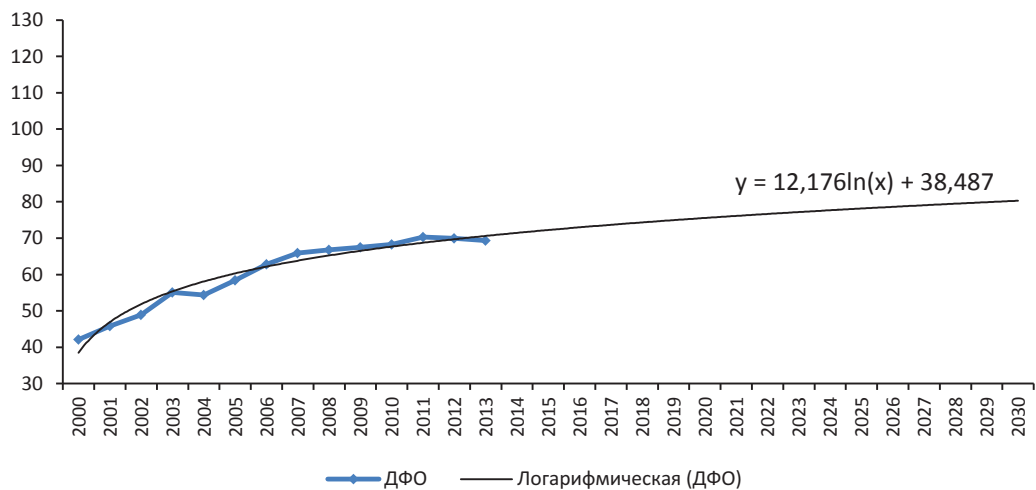
Примечание: ПФО – Приволжский федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



Примечание: УФО – Уральский федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



Примечание: СФО – Сибирский федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



Примечание: ДФО – Дальневосточный федеральный округ. Логарифмический тренд построен с использованием программы Microsoft Excel.



**Характеристики выборки при проведении социологического опроса на тему «Отношение населения к проблемам инвалидов. Изучение мнения инвалидов о доступности объектов и услуг»**

1. Выборочный социологический опрос среди населения Вологодской области старше 18 лет (города Вологда, Череповец, Сокол и Великий Устюг).

Метод опроса – анкетирование по месту нахождения респондентов в строгом соответствии с анкетой.

Объем выборочной совокупности: 1200 человек; в г. Вологде – 409 чел., в г. Череповце – 398 чел., в г. Соколе – 194 чел., в г. Великом Устюге – 199 чел. Половозрастные характеристики респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Половозрастные характеристики респондентов

Территория	Мужчины				Женщины				Всего опрошено
	До 30 лет	30–60 лет	Старше 60 лет	Всего	До 30 лет	30–55 лет	Старше 55 лет	Всего	
Вологда	48	97	26	171	62	101	75	238	<b>409</b>
Череповец	49	94	31	174	52	99	73	224	<b>398</b>
В.Устюг	25	50	13	88	24	46	41	111	<b>199</b>
Сокол	14	38	8	60	29	68	37	134	<b>194</b>
<b>Всего</b>	<b>136</b>	<b>279</b>	<b>78</b>	<b>493</b>	<b>167</b>	<b>314</b>	<b>226</b>	<b>707</b>	<b>1200</b>

2. Социологический опрос инвалидов четырех целевых групп в строгом соответствии с анкетой:

- 1) инвалиды по зрению (слабовидящие);
- 2) инвалиды по слуху (позднооглохшие, ранооглохшие, слабослышащие);
- 3) инвалиды, требующие помощи при передвижении;
- 4) инвалиды, требующие постоянного постороннего ухода.

**Объем выборки:** 134 человека, из них на территориях городов:

Вологды – 49 респондентов, Череповца – 41, Сокола – 20, Великого Устюга – 24 респондента. Структура выборки представлена в табл. 2 и 3.

Таблица 2. Структура выборки по виду ограничения жизнедеятельности

Территория	Основной вид ограничения жизнедеятельности				Всего опрошено
	Инвалид по зрению	Инвалид по слуху	Инвалид, требующий помощи при передвижении	Инвалид, требующий постоянного постороннего ухода	
Вологда	15	12	12	10	<b>49</b>
Череповец	10	11	10	10	<b>41</b>
Сокол	5	3	6	6	<b>20</b>
В.Устюг	9	5	5	5	<b>24</b>
<b>Всего</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	134

Таблица 3. Структура выборки по группе инвалидности

Территория	Группа инвалидности			Всего опрошено
	I	II	III	
Вологда	24	11	14	<b>49</b>
Череповец	17	14	10	<b>41</b>
Сокол	10	4	6	<b>20</b>
В.Устюг	11	10	3	<b>24</b>
<b>Всего</b>	<b>62</b>	<b>39</b>	<b>33</b>	134

## Реализуемые проекты социальных инноваций

Проект	Сфера реализации	Территориальный охват	Социальный и экономический эффект	Ссылки на интернет-ресурсы
«Наивно? Очень!»	Производство изделий декоративно-прикладного искусства	Центральный федеральный округ	Социальное предприятие создает рабочие места для людей с ограниченными возможностями, но имеющих способности и образование в сфере ДПИ.	<a href="http://www.naivno.com/">http://www.naivno.com/</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/464">http://www.social-idea.ru/ideas/464</a>
Карта доступности учреждений культуры «А мне туда можно?»	Социализация детей с ограниченными возможностями. Сфера услуг, новые сервисы для населения	Центральный федеральный округ	Благодаря данной карте и дети с ограниченными возможностями, и взрослые могут узнавать о местах и учреждениях культуры, подготовленных для посещения людьми с ограниченными возможностями, продумывать оптимальные маршруты для прогулок и посещения театров, музеев и пр. Проект открывает новые возможности социализации детей-инвалидов.	<a href="http://zhukovproject.ucoz.ru/index/0-2">http://zhukovproject.ucoz.ru/index/0-2</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/453">http://www.social-idea.ru/ideas/453</a>
Ресторан «В темноте»	Сфера услуг, новые сервисы для населения	Центральный федеральный округ	Трудоустройство слепых людей, предоставление им возможности строить свою жизнь самостоятельно.	<a href="http://v-temnote.ru/">http://v-temnote.ru/</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/452">http://www.social-idea.ru/ideas/452</a>
Сад природной терапии	Благоустройство населенных пунктов. Реабилитация больных детей, организация досуга детей и взрослых.	Центральный федеральный округ	В ландшафтах, разбиваемых Фондом садовой терапии, все большее внимание уделяется лечебной педагогике, в частности такому ее направлению, как сенсорная интеграция. Сенсорные сады разрабатываются с учетом индивидуальных особенностей, с учетом ландшафта для той или иной группы пациентов. Эти площадки обладают терапевтическим эффектом сами по себе, с одной стороны, а с другой стороны, есть возможность включать детей и инвалидов в процессы разработки площадок и их благоустройства.	<a href="http://www.nb-forum.ru/interesting/stories/sensornyy-sad.html">http://www.nb-forum.ru/interesting/stories/sensornyy-sad.html</a> <a href="https://www.facebook.com/sadvgorode">https://www.facebook.com/sadvgorode</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/444">http://www.social-idea.ru/ideas/444</a>
Служба «ИнваТакси» для инвалидов в Москве	Сфера услуг, новые сервисы для населения. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями.	г. Москва	Проект направлен на создание для людей с инвалидностью комфортной и доступной среды в условиях большого города.	<a href="http://www.invataxi.ru/">http://www.invataxi.ru/</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/430">http://www.social-idea.ru/ideas/430</a>

Проект	Сфера реализации	Территориальный охват	Социальный и экономический эффект	Ссылки на интернет-ресурсы
Конкурс одежды и аксессуаров для людей с ограниченной мобильностью «Bezgraniz Couture»	Сфера услуг, новые сервисы для населения. Поддержка инвалидов, изменение отношения общества к людям с инвалидностью	Международный проект	Создание предпосылок для серийного производства модной и функциональной адаптивной одежды, что поможет людям с разными видами инвалидности, а также людям с временными ограничениями мобильности приобрести соответствующую одежду, аксессуары и обувь и сделать это за разумную цену. Изменение отношения общества к людям с инвалидностью путём реализации медиапроектов и продуманных PR-акций.	<a href="http://www.bezgraniz-couture.com/?lang=ru">http://www.bezgraniz-couture.com/?lang=ru</a> <a href="http://acropolis-now.org/expo/">http://acropolis-now.org/expo/</a> <a href="http://www.mn.ru/society/20140313/371857618.html">http://www.mn.ru/society/20140313/371857618.html</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/416">http://www.social-idea.ru/ideas/416</a>
ООО «Артель Блаженных»	Социально ориентированные некоммерческие организации. Трудоустройство людей с инвалидностью	Центральный федеральный округ	Мастерская «Артель Блаженных» предоставляет людям с ментальной инвалидностью возможность заработка и реализации своего потенциала и способностей.	<a href="https://www.facebook.com/artelblazhennyh/info">https://www.facebook.com/artelblazhennyh/info</a>
Туристическая фирма для инвалидов «Либерти»	Туризм. Помощь в организации путешествий людям с инвалидностью	Северо-Западный федеральный округ	Фирма «Либерти» помогает инвалидам-колясочникам наиболее комфортно организовать путешествие по России и за границей, а также проводит исследование доступности городской среды.	<a href="http://www.libertytour.ru/">http://www.libertytour.ru/</a> <a href="http://vk.com/club5822629">http://vk.com/club5822629</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/409">http://www.social-idea.ru/ideas/409</a>
Клуб «ИНВА Плюс»	Социально ориентированные некоммерческие организации. Трудоустройство людей с инвалидностью, повышение качества жизни	Вся Россия	Клуб «Инва Плюс» предоставляет людям с инвалидностью возможность трудоустройства и открытия собственного бизнеса, помощь в развитии профессиональных навыков, а также помощь в создании семьи и реализации творческого потенциала. Проект направлен и на создание безбарьерной среды в городе и повышение качества жизни людей с инвалидностью. Социально ориентированная деятельность – бизнес, где будут заняты ИНВА – позволит смягчить социальную проблему – тесноту трудоустройства людей с ограниченными возможностями.	<a href="http://uhba.ucoz.ru/">http://uhba.ucoz.ru/</a> <a href="http://vk.com/club62800153">http://vk.com/club62800153</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/407">http://www.social-idea.ru/ideas/407</a>

Проект	Сфера реализации	Территориальный охват	Социальный и экономический эффект	Ссылки на интернет-ресурсы
Гаджеты для слепых	Сфера услуг, новые сервисы для населения. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья	г. Армавир	Упрощение ориентирования инвалидов по зрению в городской среде.	<a href="http://www.mn.ru/society/20140123/368178358.html">http://www.mn.ru/society/20140123/368178358.html</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/402">http://www.social-idea.ru/ideas/402</a>
Фитнес клуб «Нейроклиники»	Здравоохранение. Социализация или оздоровление детей	г. Хабаровск	Общение детей друг с другом (больных и здоровых). Изучение новых двигательных навыков, умение различать цвета, раскрытие творческих талантов у детей и взрослых.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/332">http://www.social-idea.ru/ideas/332</a>
«Теплый дом»	Производство товаров и услуг для детей	г. Хабаровск	Проект решает проблемы изоляции семей с детьми с ТМНР, помогает преодолевать трудности в овладении социально-бытовыми навыками, решает проблемы досуга и летнего отдыха детей.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/307">http://www.social-idea.ru/ideas/307</a>
Инватуризм с «Амадэль Тур»	Туризм. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями	Центральный федеральный округ	Реабилитация и социализация инвалидов, организация качественного и доступного отдыха для них.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/186">http://www.social-idea.ru/ideas/186</a>
Терапевтическая помощь собак людям Р.Е.Т	Помощь людям, находящимся в трудной жизненной ситуации	Центральный федеральный округ	Проект направлен на решение двух глобальных проблем российского общества, таких как жестокость по отношению к старикам, детям, больным, инвалидам и жестокость по отношению к животным.	<a href="http://www.pETFund.ru/">http://www.pETFund.ru/</a> <a href="https://www.facebook.com/PETInmoscow">https://www.facebook.com/PETInmoscow</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/442">http://www.social-idea.ru/ideas/442</a>
«Сладкая Эя» – благотворительный кондитерский проект	Производство, обработка и распространение продуктов питания. Помощь НКО	Вся Россия	Средства от продажи продукции проекта перечисляются в благотворительные фонды, а также на дорогостоящее лечение подопечного ребенка. Данный проект развивает идею благотворительности, привлекает большое количество людей.	<a href="http://mir24.tv/video_news/9680592/9639620">http://mir24.tv/video_news/9680592/9639620</a> <a href="https://www.facebook.com/bankofsocialentrepreneurs">https://www.facebook.com/bankofsocialentrepreneurs</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/427">http://www.social-idea.ru/ideas/427</a>

Проект	Сфера реализации	Территориальный охват	Социальный и экономический эффект	Ссылки на интернет-ресурсы
Научно-социальный центр «Эльфо»	Здравоохранение. Реабилитация детей с ограниченными возможностями	Уральский федеральный округ	Реализация проекта «Шагаем с радостью» поможет психологической и физической реабилитации детей с ограниченными возможностями по здоровью, создаст дополнительные возможности для их социализации, делает более доступными занятия верховой ездой для детей и взрослых Екатеринбурга.	<a href="http://centre-elfo.ru/">http://centre-elfo.ru/</a> <a href="http://www.social-idea.ru/ideas/424">http://www.social-idea.ru/ideas/424</a>
ООО «Плюс трейд» – круглосуточная дистанционная поддержка пожилых	Сфера услуг, новые сервисы для населения. Круглосуточная поддержка пожилых людей	Северо-Западный федеральный округ	Проект способствует решению сразу нескольких социальных проблем региона, а также оптимизации средств, выделяемых на социальную сферу. Пожилые люди получат качественные социально-медицинские и социально-бытовые услуги и круглосуточную дистанционную поддержку и сохранят при этом комфортный и привычный образ жизни. Люди с ограниченными возможностями будут обеспечены надомной работой.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/423">http://www.social-idea.ru/ideas/423</a>
Проект «Огоньки надежды», г. Брянск	Народные промыслы, ремесла, ДПИ. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями	Центральный федеральный округ	Трудовая реабилитация и обеспечение дополнительным заработком инвалидов; привлечение внимания общественности к их проблемам (специальная маркировка продукции: «Покупая этот товар, вы помогаете людям с ограниченными возможностями»), дополнительное финансирование социального детского центра.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/194">http://www.social-idea.ru/ideas/194</a>
Салон-парикмахерская «MADIN», г. Москва	Обучение и трудоустройство инвалидов. Социальная и трудовая реабилитация инвалидов по слуху	Центральный федеральный округ	Помощь инвалидам по слуху, имеющим диплом о парикмахерском мастерстве, интегрироваться на рынок труда и тем самым повысить свой социальный статус в обществе.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/193">http://www.social-idea.ru/ideas/193</a>

Проект	Сфера реализации	Территориальный охват	Социальный и экономический эффект	Ссылки на интернет-ресурсы
Организация работы с детьми с особенностями в развитии в ЦСП «Амст»	Производство товаров и услуг для детей. Реабилитация больных детей, организация досуга детей и взрослых	г. Муром	Помощь семье в социальной адаптации ребенка с особенностями психического развития, создание условий для сохранения семьи, предоставление площадки для взаимной поддержки родителей и обмена опытом, повышение доступности консультативной помощи специалистов для детей разных возрастов и взрослых.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/237">http://www.social-idea.ru/ideas/237</a>
Фотолаборатория с привлечением труда инвалидов, г. Новосибирск	Сфера услуг, новые сервисы для населения. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями	Сибирский федеральный округ	Обработка и печать фотографий – несложная и перспективная работа для инвалидов, в ряде случаев это можно делать и на дому. Знакомство с компьютерными технологиями дает возможность способным молодым людям осваивать смежные компьютерные специальности (ремонт, программирование, дизайн), которые смогут «кормить» их в будущем.	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/189">http://www.social-idea.ru/ideas/189</a>
Интеграционные мастерские для инвалидов детства	Народные промыслы, ремесла, ДПИ. Повышение качества жизни людей с ограниченными возможностями	г. Новосибирск	Трудоустройство инвалидов	<a href="http://www.social-idea.ru/ideas/180">http://www.social-idea.ru/ideas/180</a>



**Численность инвалидов по субъектам Российской Федерации**  
(чел. на 1000 чел. населения, ‰)

2000 год



**Расшифровка цифровых обозначений карт:**

1	Калининградская обл.	16	Рязанская обл.	31	Респ. Адыгея
2	Ленинградская обл.	17	Нижегородская обл.	32	Карачаево-Черкесская Респ.
3	Псковская обл.	18	Белгородская обл.	33	Ставропольский край
4	Новгородская обл.	19	Липецкая обл.	34	Респ. Калмыкия
5	Смоленская обл.	20	Воронежская обл.	35	Астраханская обл.
6	Московская обл.	21	Тамбовская обл.	36	Кабардино-Балкарская Респ.
7	Ярославская обл.	22	Респ. Мордовия	37	Респ. Северная Осетия (Алания)
8	Брянская обл.	23	Респ. Чувашия	38	Респ. Ингушетия
9	Калужская обл.	24	Респ. Марий-Эл	39	Чеченская Респ.
10	Владимирская обл.	25	Пензенская обл.	40	Респ. Дагестан
11	Ивановская обл.	26	Ульяновская обл.	41	Челябинская обл.
12	Костромская обл.	27	Респ. Татарстан	42	Курганская обл.
13	Курская обл.	28	Респ. Удмуртия	43	Респ. Хакасия
14	Орловская обл.	29	Самарская обл.	44	Еврейская автономная область
15	Тульская обл.	30	Краснодарский край		

2013 год



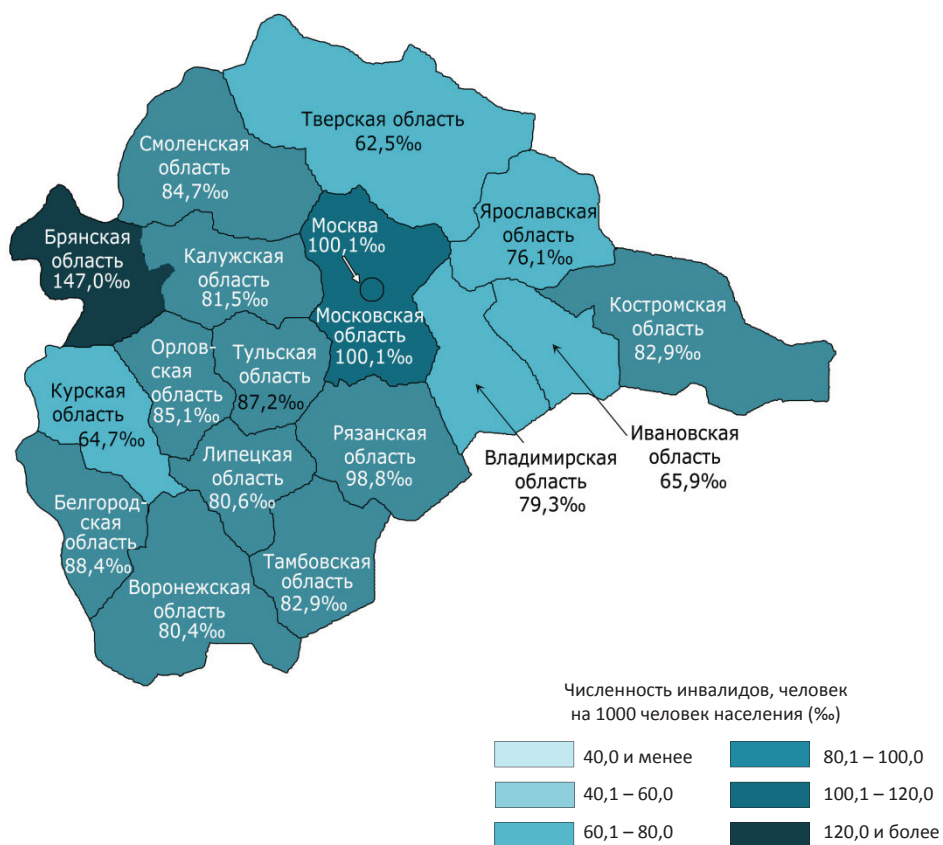
Федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (%)		Изменение (+/-), в %
	2000	2013	
Северо-Кавказский	51,9	98,7	46,8
Дальневосточный	42,1	69,3	27,2
Уральский	54,3	70,3	16,0
Сибирский	55,2	83,4	28,2
Южный	70,1	81,4	11,3
Приволжский	73,4	90,4	17,0
Центральный	90,7	100,4	9,7
Северо-Западный	92,9	111,9	19,0
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>
ЕС*	55,9	59,3	3,4
Норвегия*	62,5	61,7	-0,8
Республика Беларусь*	41,3	55,2	14,0

\* Число получателей пособия по инвалидности в расчёте на 1000 населения; данные приведены за 2000 и 2012 гг.  
 Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех». – URL: [http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html)  
 Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

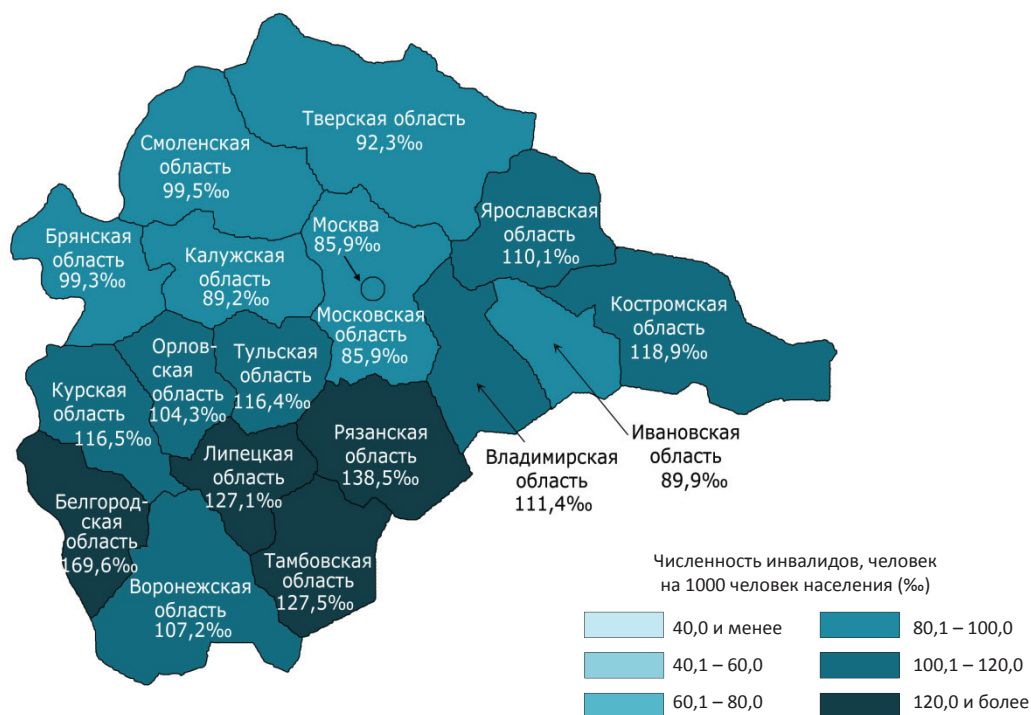
## Инвалидизация населения по субъектам Российской Федерации

### Центральный федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год

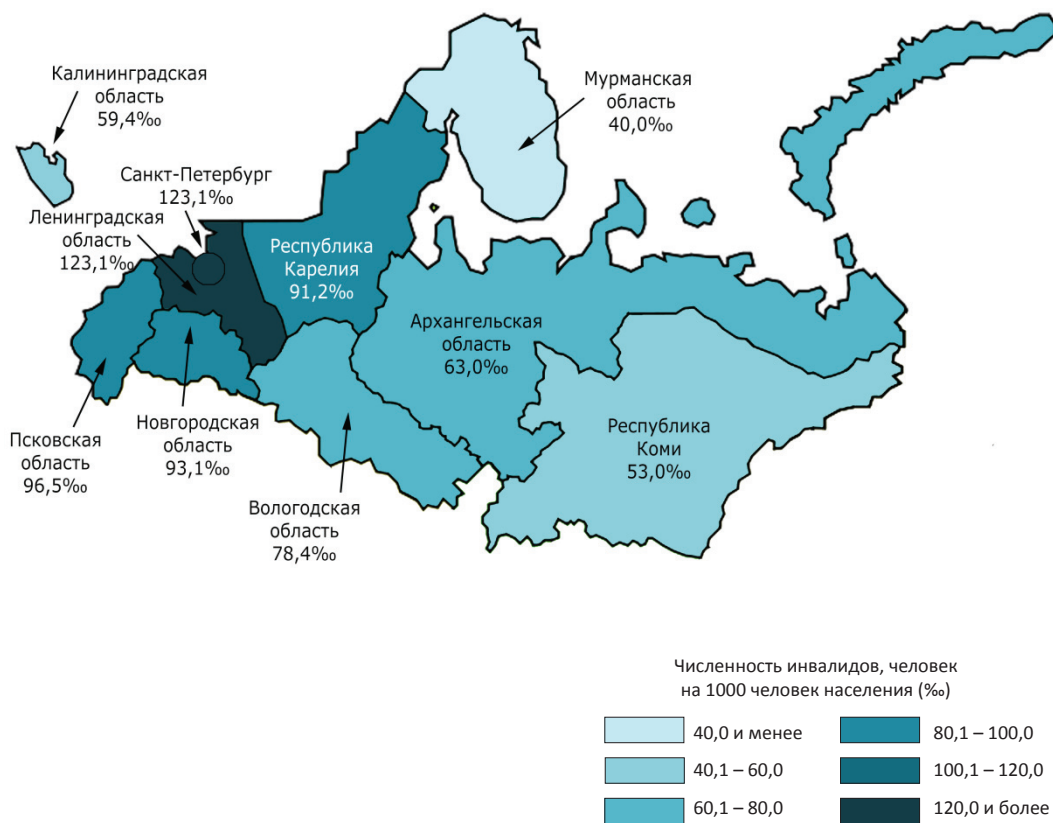


Центральный федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
г. Москва и Московская область	100,1	85,9	-14,2
Калужская область	81,5	89,2	7,7
Ивановская область	65,9	89,9	24,0
Тверская область	62,5	92,3	29,8
Брянская область	147,0	99,3	-47,7
Смоленская область	84,7	99,5	14,8
Орловская область	85,1	104,3	19,2
Воронежская область	80,4	107,2	26,8
Ярославская область	76,1	110,1	34,0
Владимирская область	79,3	111,4	32,1
Тульская область	87,2	116,4	29,2
Курская область	64,7	116,5	51,8
Костромская область	82,9	118,9	36,0
Липецкая область	80,6	127,1	46,5
Тамбовская область	82,9	127,5	44,6
Рязанская область	98,2	138,5	40,3
Белгородская область	88,4	169,6	81,2
<b>ЦФО в целом</b>	<b>90,7</b>	<b>100,4</b>	<b>9,7</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

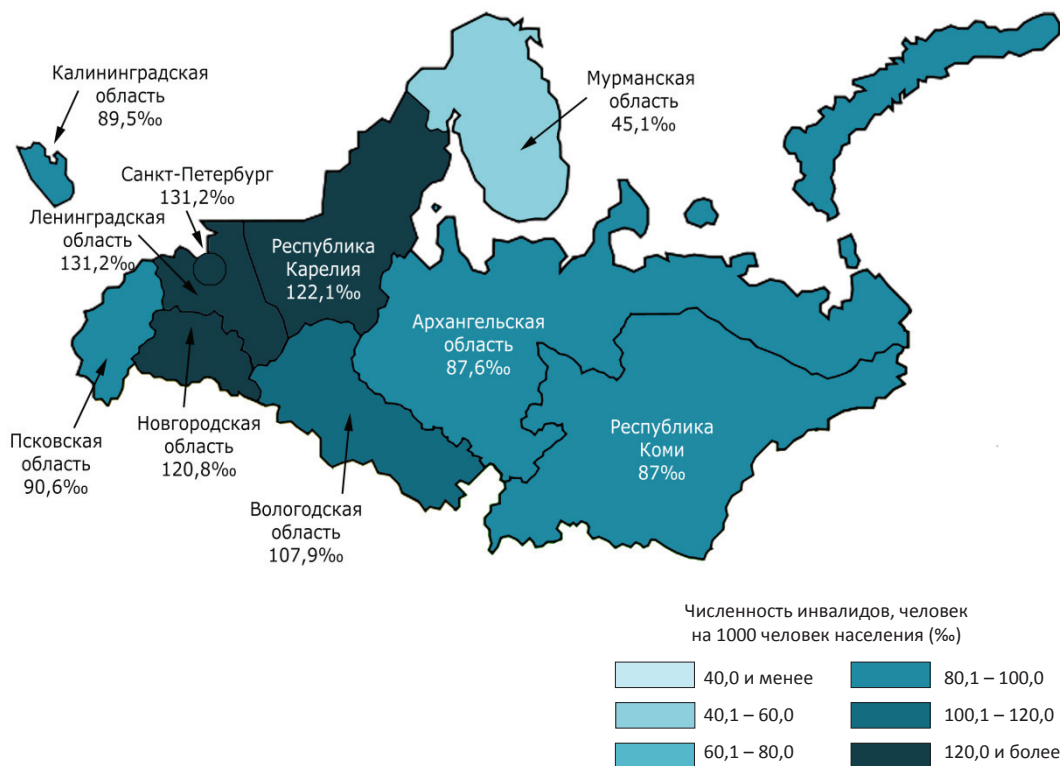
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

## Северо-Западный федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год

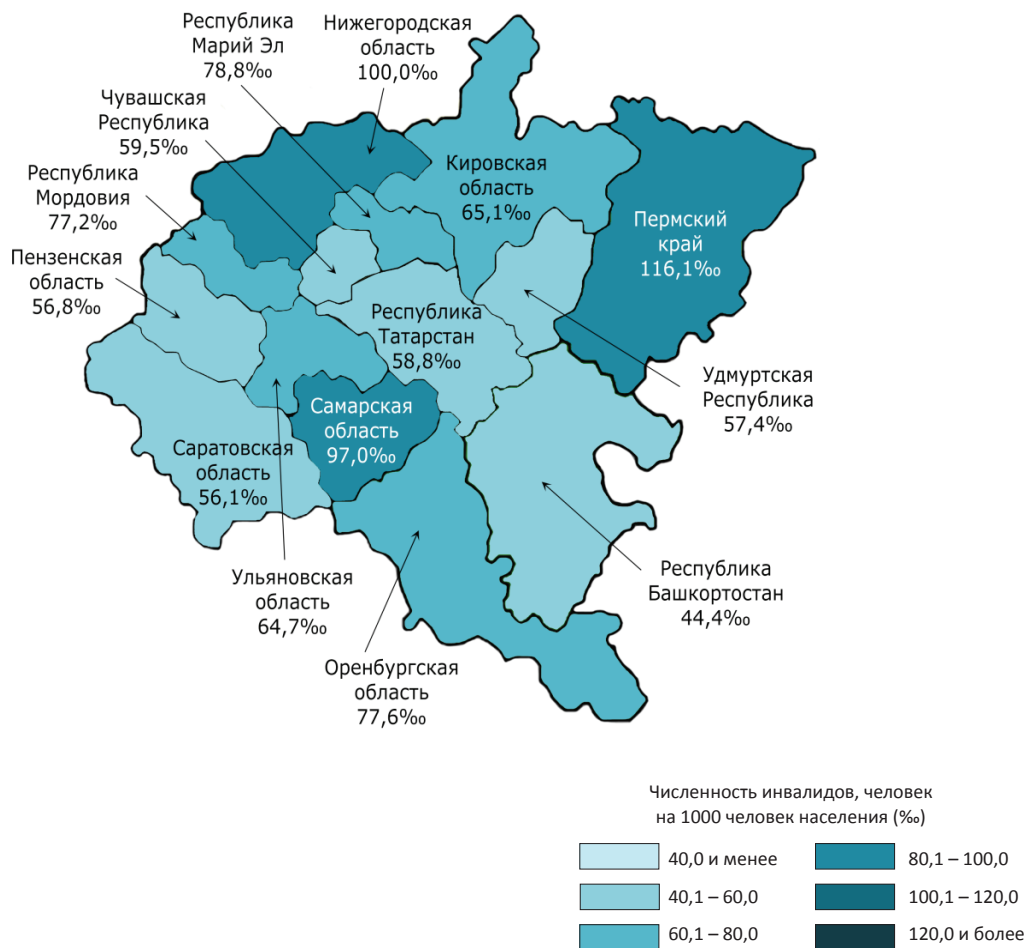


Северо-Западный федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Мурманская область	40	45,1	5,1
Республика Коми	53,0	87	34
Архангельская область	63,0	87,6	24,6
Калининградская область	59,4	89,5	30,1
Вологодская область	78,4	107,9	29,5
Новгородская область	93,1	120,8	27,7
Республика Карелия	91,2	122,1	30,9
Псковская область	96,5	90,6	-5,9
г. Санкт-Петербург и Ленинградская область	123,1	131,2	8,1
<b>СЗФО в целом</b>	<b>92,9</b>	<b>111,9</b>	<b>19,0</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

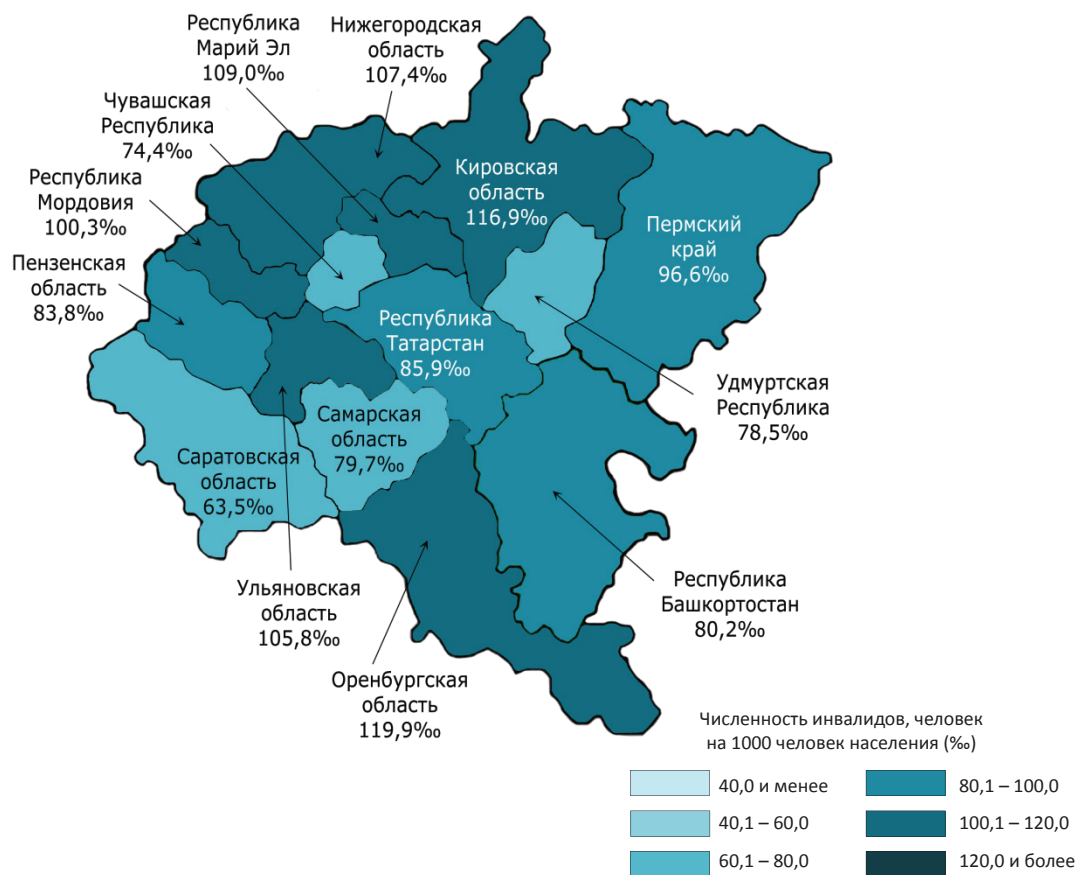
## Приволжский федеральный округ

Состояние на 2000 год





## Состояние на 2013 год

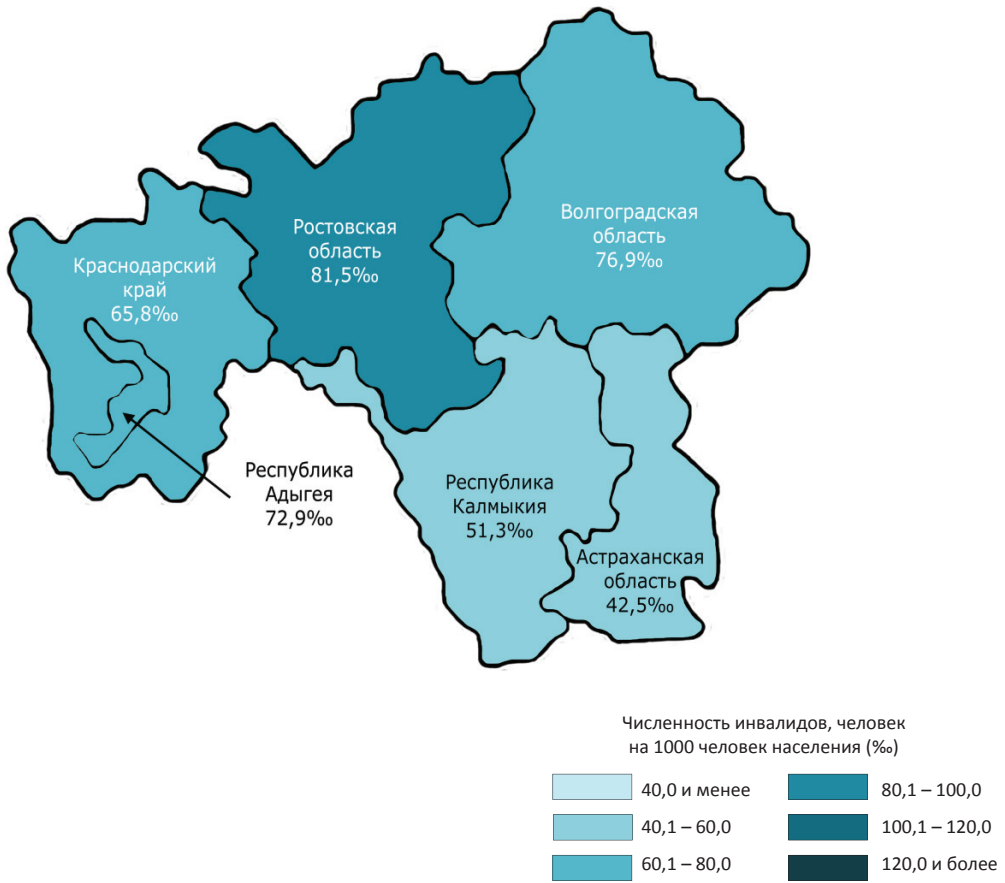


Приволжский федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Саратовская область	56,1	63,5	7,4
Чувашская Республика	59,5	74,4	14,9
Удмуртская Республика	57,4	78,5	21,1
Самарская область	97,0	79,7	-17,3
Республика Башкортостан	44,4	80,2	35,8
Пензенская область	56,8	83,8	27,0
Республика Татарстан	58,8	85,9	27,1
Пермский край	116,1	96,6	-19,5
Республика Мордовия	77,2	100,3	23,1
Ульяновская область	64,7	105,8	41,1
Нижегородская область	100,0	107,4	7,4
Республика Марий Эл	78,8	109	30,2
Кировская область	65,1	116,9	51,8
Оренбургская область	77,6	119,9	42,3
<b>ПФО в целом</b>	<b>73,4</b>	<b>90,4</b>	<b>17,0</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

## Южный федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год



Численность инвалидов, человек  
на 1000 человек населения (‰)

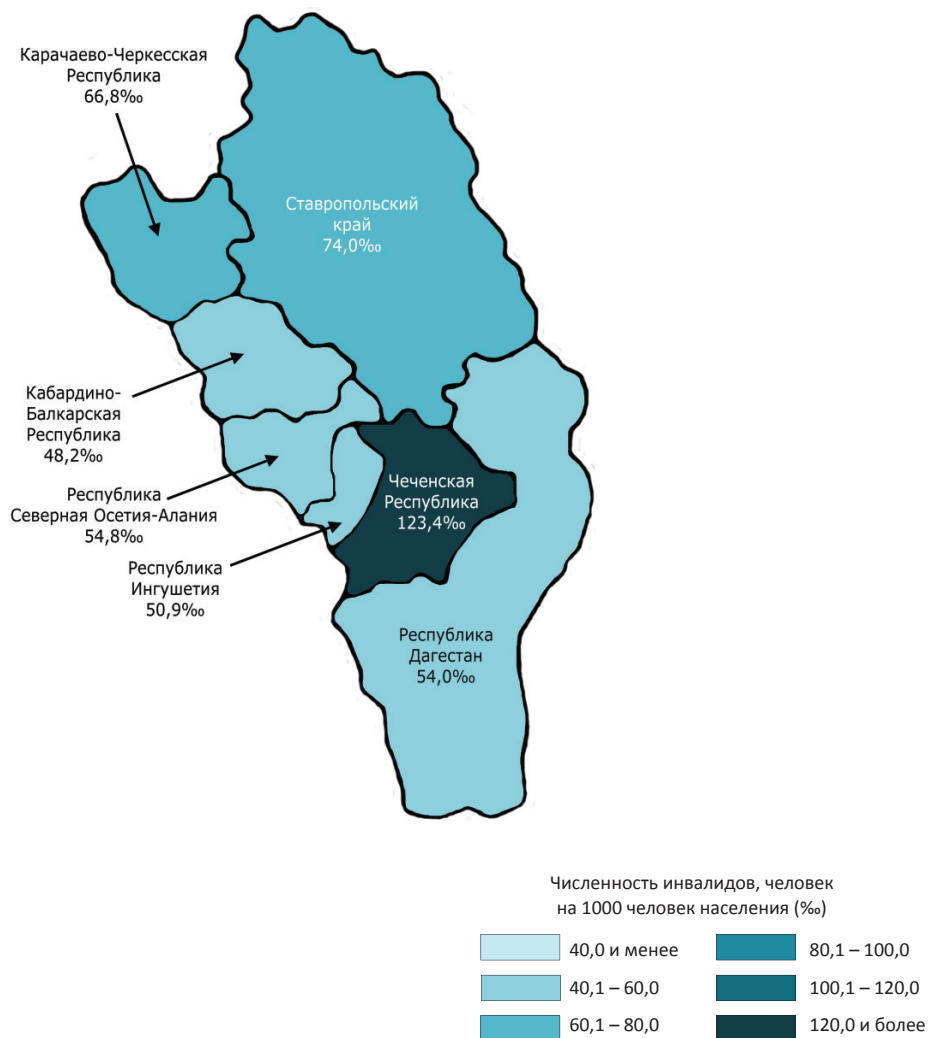


Южный федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Астраханская область	42,5	52,4	9,9
Волгоградская область	76,9	79,8	2,9
Краснодарский край	65,8	82,2	16,4
Республика Адыгея	72,9	85,7	12,8
Ростовская область	81,5	87,4	5,9
Республика Калмыкия	51,3	89,2	37,9
<b>ЮФО в целом</b>	<b>70,1</b>	<b>81,4</b>	<b>11,3</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

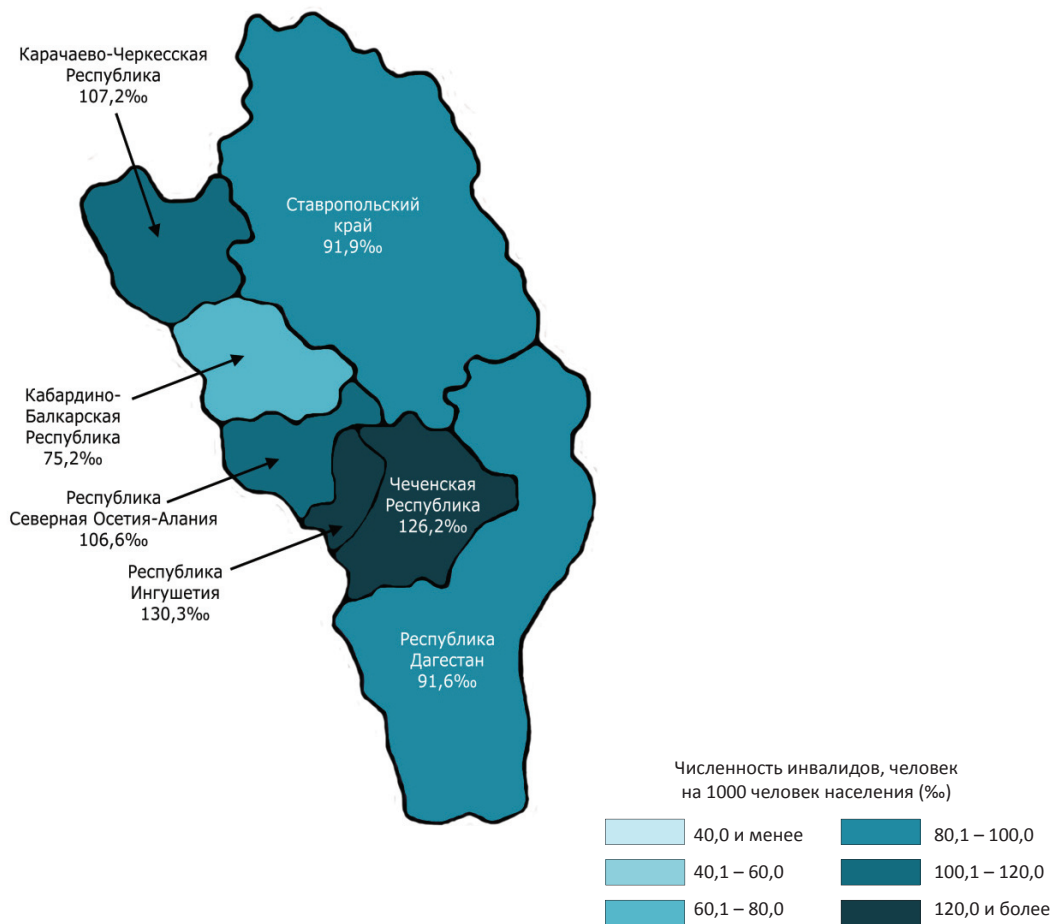
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

# Северо-Кавказский федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год

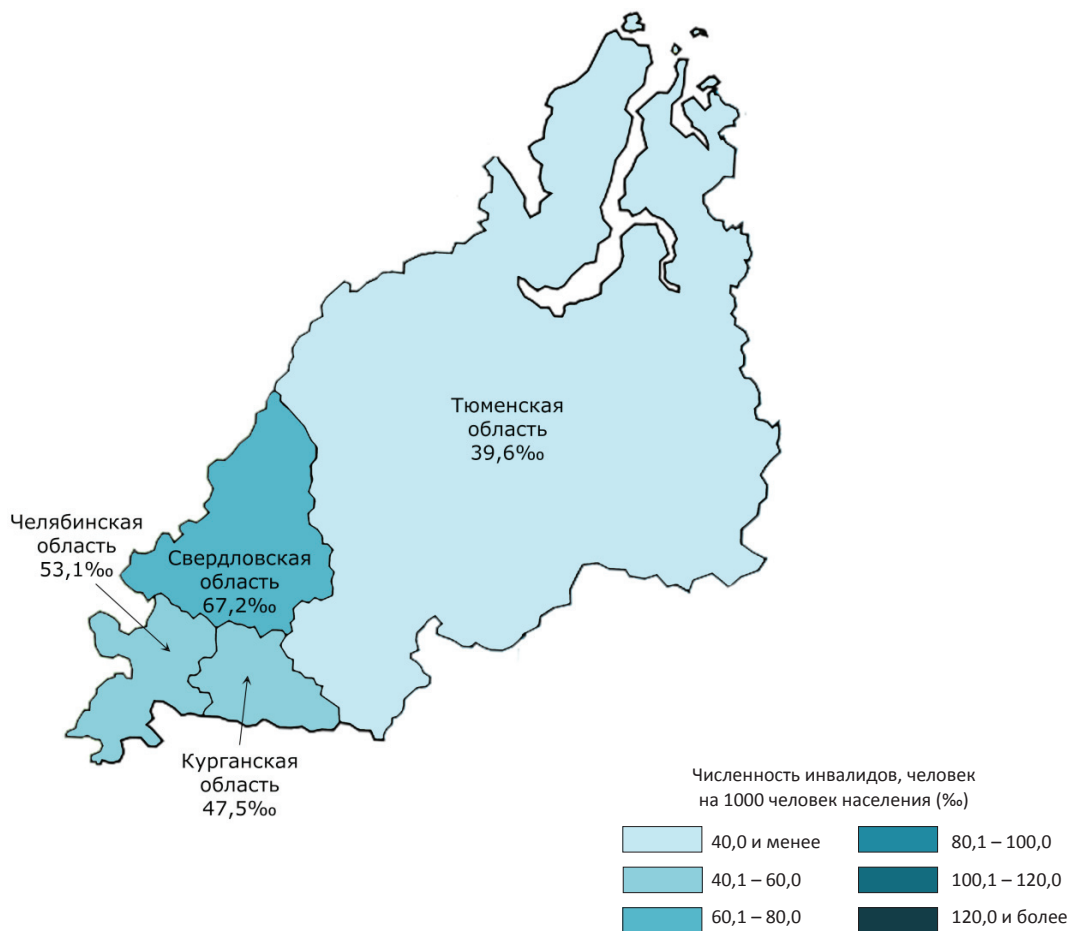


Северо-Кавказский федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Кабардино-Балкарская Республика	48,2	75,2	27
Республика Дагестан	54	91,6	37,6
Ставропольский край	74	91,9	17,9
Республика Северная Осетия-Алания	54,8	106,6	51,8
Карачаево-Черкесская Республика	66,8	107,2	40,4
Чеченская Республика	123,4	126,2	2,8
Республика Ингушетия	50,9	130,3	79,4
<b>СКФО в целом</b>	<b>51,9</b>	<b>98,7</b>	<b>46,8</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

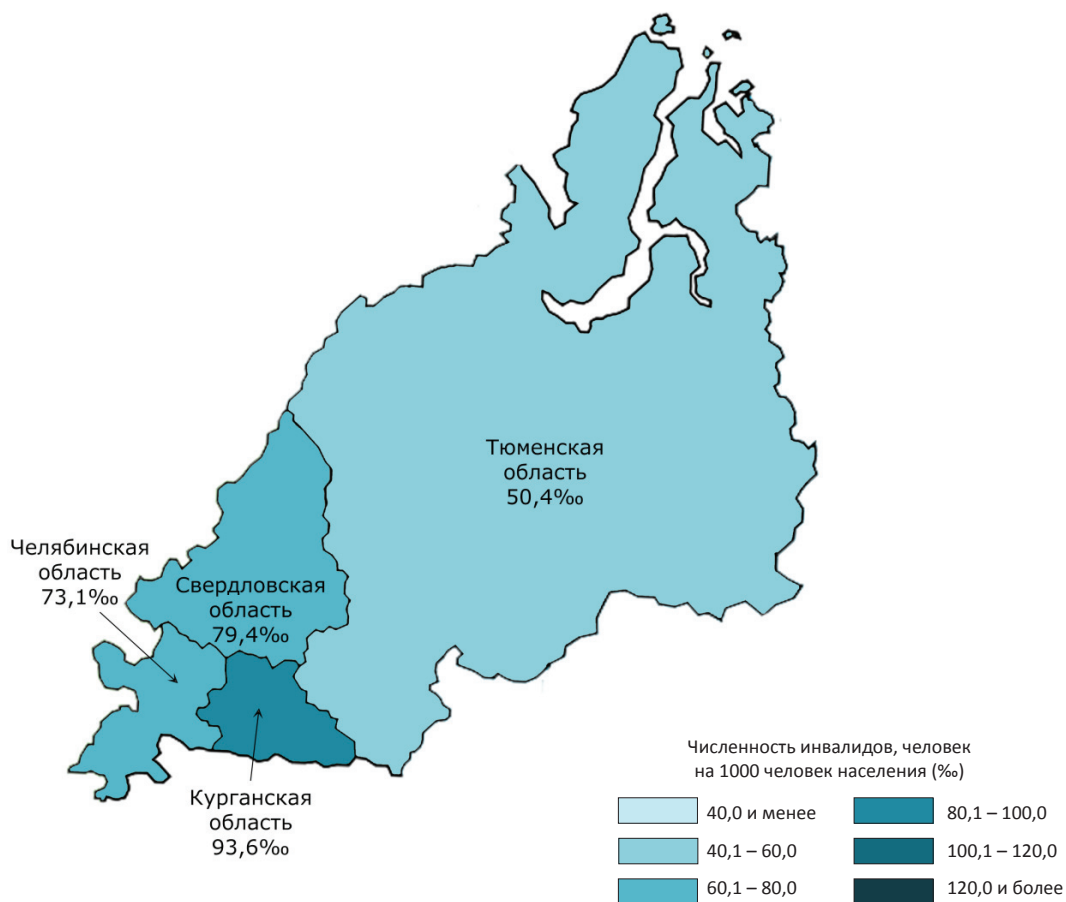
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

## Уральский федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год



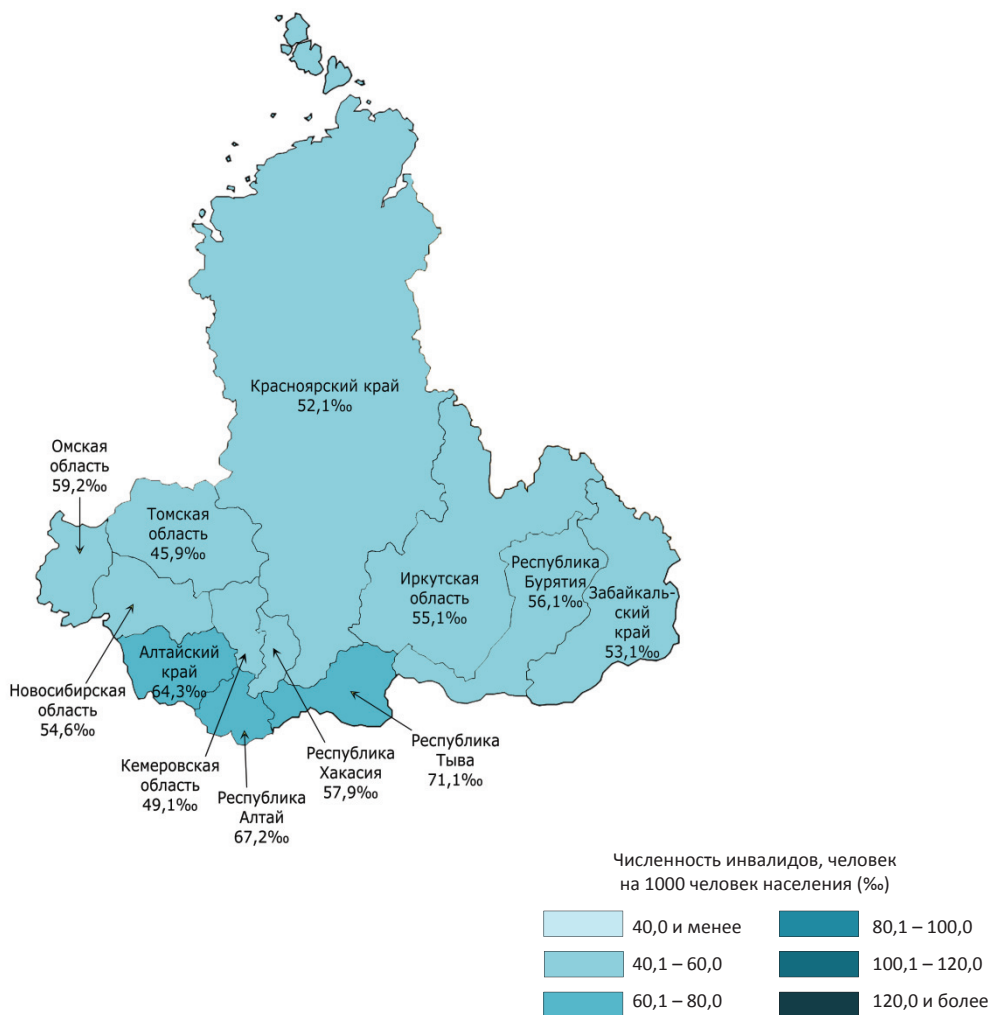
Уральский федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Тюменская область	39,6	50,4	10,8
Челябинская область	53,1	73,1	20,0
Свердловская область	67,2	79,4	12,2
Курганская область	47,5	93,6	46,1
<b>УФО в целом</b>	<b>54,3</b>	<b>70,3</b>	<b>16,0</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

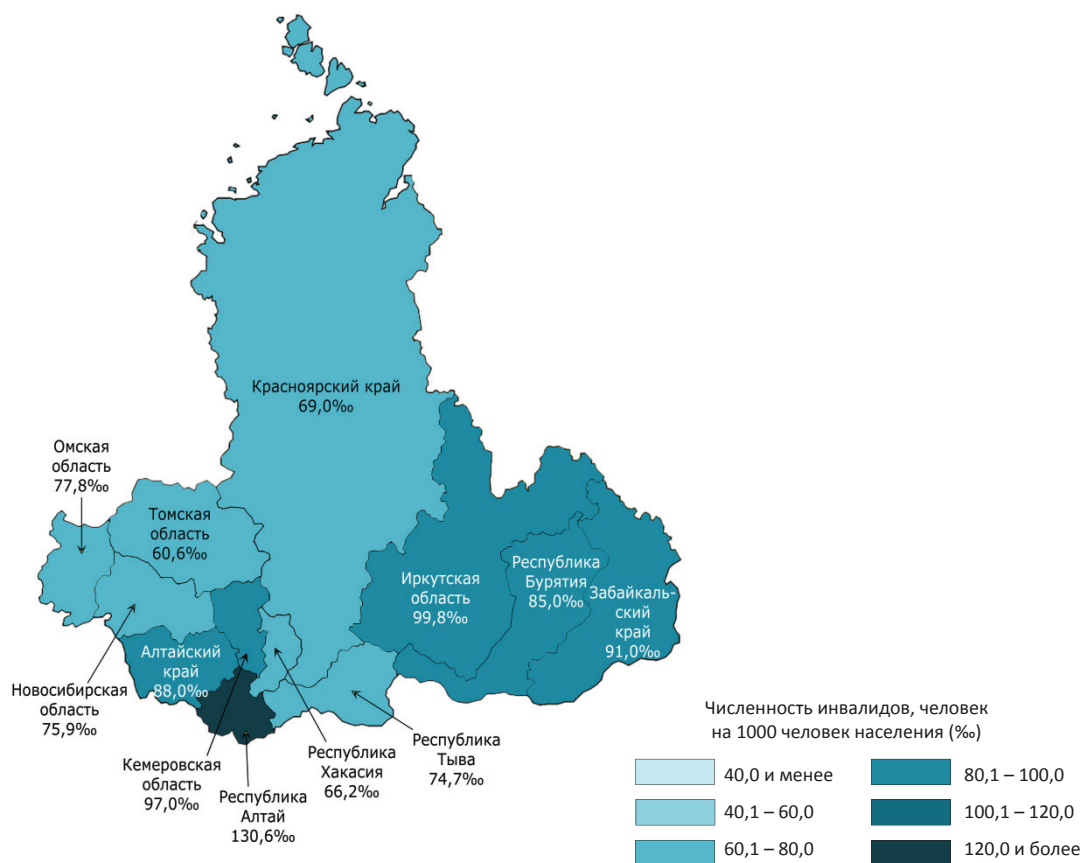


# Сибирский федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год

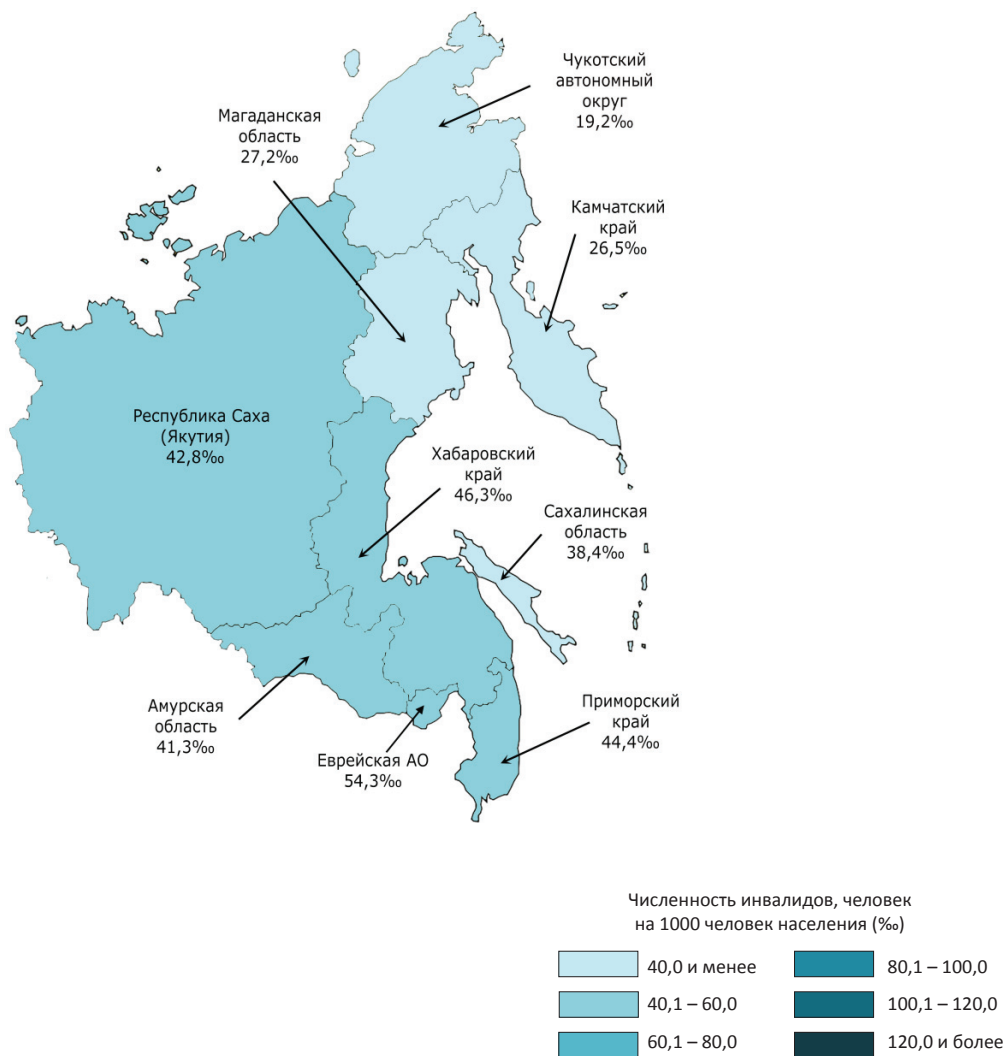


Сибирский федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в ‰
	2000	2013	
Томская область	45,9	60,6	14,7
Республика Хакасия	57,9	66,2	8,3
Красноярский край	52,1	69,0	16,9
Республика Тыва	71,1	74,7	3,6
Новосибирская область	54,6	75,9	21,3
Омская область	59,2	77,8	18,6
Республика Бурятия	56,1	85,0	28,9
Алтайский край	64,3	88,0	23,7
Забайкальский край	53,1	91,0	37,9
Кемеровская область	49,1	97,0	47,9
Иркутская область	55,1	99,8	44,7
Республика Алтай	67,2	130,6	63,4
<b>СФО в целом</b>	<b>55,2</b>	<b>83,4</b>	<b>28,2</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

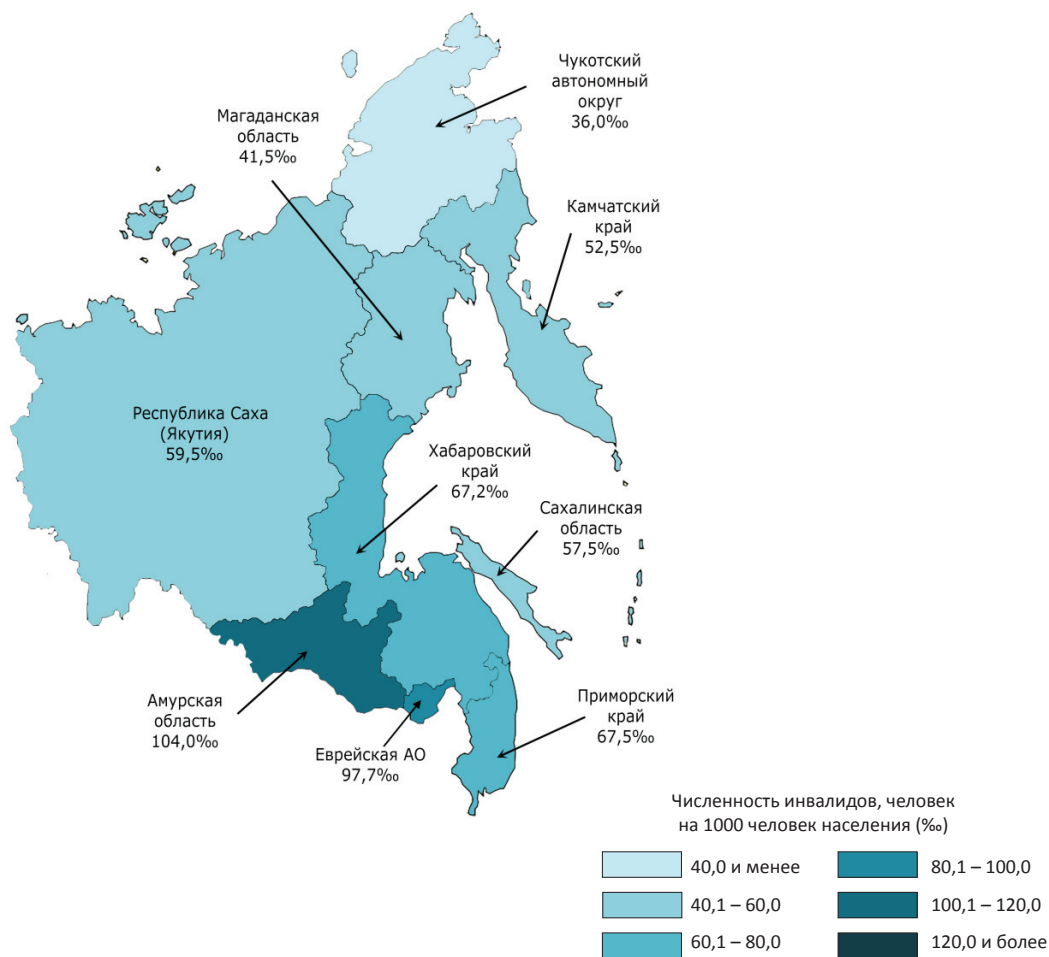
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

## Дальневосточный федеральный округ

Состояние на 2000 год



## Состояние на 2013 год



Дальневосточный федеральный округ	Численность инвалидов на 1000 населения – промилле (‰)		Изменение (+/-), в %
	2000	2013	
Чукотский АО	19,2	36,0	16,8
Магаданская область	27,2	41,5	14,3
Камчатский край	26,5	52,5	26,0
Сахалинская область	38,4	57,5	19,1
Республика Саха (Якутия)	42,8	59,5	16,7
Хабаровский край	46,3	67,2	20,9
Приморский край	44,4	67,5	23,1
Еврейская АО	54,3	97,7	43,4
Амурская область	41,3	104,0	62,7
<b>ДФО в целом</b>	<b>42,1</b>	<b>69,3</b>	<b>27,2</b>
<b>РФ</b>	<b>72,5</b>	<b>91,3</b>	<b>18,8</b>

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/>

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
<b>ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ИНВАЛИДНОСТИ .....</b>	<b>10</b>
1.1. Концептуальные основы формирования социального статуса инвалидов и проводимой в отношении их государственной политики .....	10
1.2. Методология исследования .....	18
<b>ГЛАВА 2. ИНВАЛИДИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: МАСШТАБЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ .....</b>	<b>26</b>
2.1. Распространённость инвалидности: статистический анализ.....	26
2.2. Экономические потери вследствие инвалидности .....	35
<b>ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМА ИНВАЛИДНОСТИ В ЗЕРКАЛЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ .....</b>	<b>46</b>
3.1. Отношение общества к людям с ограниченными возможностями здоровья .....	46
3.2. Проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья .....	58
<b>ГЛАВА 4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ИНКЛЮЗИИ ИНВАЛИДОВ В СОЦИУМ .....</b>	<b>74</b>
4.1. Повышение эффективности интеграции в социум людей с ограничениями здоровья .....	74
4.2. Оценка окупаемости создания доступной среды .....	81
Заключение.....	89
Список источников .....	94
Приложения .....	101

*Научное издание*

**Коллектив авторов:**

Шабунова Александра Анатольевна (руководитель),  
Калачикова Ольга Николаевна, Кондакова Наталья Александровна,  
Морев Михаил Владимирович, Фахрадова Лейла Натиговна,  
Шматова Юлия Евгеньевна

**ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ КОНСОЛИДАЦИИ:  
ИНВАЛИДЫ В РЕГИОНАЛЬНОМ СООБЩЕСТВЕ**

**Монография**

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Технический редактор, верстка	Т.В. Попова
Корректор	Н.С. Киселева

---

Подписано в печать 19.12.2014.  
Формат 70×108/<sub>16</sub>. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 11,7. Тираж 500 экз. Заказ № 366.

---

Институт социально-экономического развития территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а  
Телефон: 59-78-03, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-275-3



9 785932 992753