



НЕЗАВИСИМЫЙ ИНСТИТУТ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

Заключительный аналитический отчет по проекту:

**Адресная социальная политика
в отношении инвалидов:
перспективы и направления реформирования**

Номер соглашения о гранте: 008 /4-03

Директор проекта: Малева Татьяна Михайловна

Срок исполнения проекта: с 01 сентября 2003 г. по 30 апреля 2004 г.

Отчетный период: с 01 сентября 2003 г. по 30 апреля 2004 г.

Дата составления отчета: 27 апреля 2003 г.

**Москва
2004**

Авторский коллектив

- Малева Татьяна Михайловна** — руководитель проекта, к.э.н, директор
Независимого института социальной политики
- Синявская Оксана Вячеславовна** – к.э.н., заместитель директора Независимого института
социальной политики, директор программы по
международному сотрудничеству
- Шаталова Елена Юрьевна** - директор грантовой программы Независимого
института социальной политики
- Пишняк Алина Игоревна** – координатор Научных программ Независимого
института социальной политики
- Васин Сергей Алексеевич** - старший научный сотрудник Центра демографии и
экологии человека Института народнохозяйственного
прогнозирования РАН

"Поддержка данного проекта была осуществлена Московским общественным научным фондом за счет средств, предоставленных Агентством по Международному Развитию Соединенных Штатов Америки (USAID). Точка зрения, отраженная в данном документе и самим автором, может не совпадать с точкой зрения Агентства по Международному Развитию или Московского Общественного Научного Фонда".

“Законодательство об инвалидах должно базироваться, в первую очередь, на социо-политических реалиях, а не на сентиментальном желании делать добро” (Материалы 52-ой Ассамблеи ООН по социальному развитию, 1996)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Основные научные результаты	
Раздел 1. Современная социальная политика в отношении инвалидов	6
1. Мировой опыт: принципы, программы, рекомендации	6
1.1 Новые подходы к обеспечению занятости инвалидов.....	6
1.2 Принципы обеспечения равенства инвалидов в образовании.....	7
2. Принципы российской социальной политики в отношении инвалидов	7
2.1 Российская СПОИ: намерения и реалии.....	7
2.2 Политика занятости в отношении инвалидов в России.....	9
2.3 Образование инвалидов в России.....	10
3. Молодые инвалиды: векторы и результаты социальной политики	12
3.1 Молодые люди с инвалидностью: специфика социальной группы и меры социальной политики.....	12
3.2 Российские молодые инвалиды: социальный портрет и политика.....	13
Раздел 2. Инвалидность в России: демографический и социо-экономический анализ	15
4. Демография российской инвалидности	15
4.1 Динамика численности инвалидов.....	15
4.2 Источники изменения численности инвалидов.....	15
4.3 Динамика первичной инвалидности взрослых.....	19
4.4 Различия в размере пенсии как стимул миграции пенсий.....	21
4.5 Переходы с пенсии по инвалидности на пенсию по старости.....	22
4.6 Смертность и уровень выбытия пенсий.....	24
5. Социально-экономическое положение инвалидов	28
5.1 Образование.....	29
5.2 Занятость.....	30
5.3 Заработная плата.....	33
5.4 Доходы домохозяйств.....	35
5.5 Заключение.....	35

ВВЕДЕНИЕ

Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство в зависимости от своих социально-экономических приоритетов формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов. Однако возможности общества в борьбе с инвалидностью определяются не только степенью понимания самой проблемы, но и существующими экономическими ресурсами. Масштаб инвалидности зависит от множества факторов, как-то: состояние здоровья нации, развитие системы здравоохранения, социально-экономическое развитие и объемы финансовых ресурсов, состояние экологической среды, исторические и политические причины, в частности, участие в войнах и военных конфликтах, и пр. В России все из перечисленных факторов имеют ярко выраженную негативную направленность, которая предопределяет значительное распространение инвалидности в обществе. За последнее десятилетие численность инвалидов более чем удвоилась и сейчас приближается к 11 млн. чел. (7,5% населения). Особенно рост численности инвалидов значителен за последние 7 лет и не будет, пожалуй, преувеличением утверждение, что в случае продолжения этой тенденции России грозит “инвалидизация всей страны”, во всяком случае, всего ее населения в пенсионных возрастах. Очевидно, что при таких масштабах и трендах игнорировать проблему инвалидности российское государство позволить себе не может.

Сегодня остро ощущается потребность в том, чтобы перевести общегуманитарные и теоретические рассуждения в экономические категории.

В течение долгого времени и до сих пор инвалидность рассматривалась преимущественно в медицинском контексте. В социальной политике преобладал компенсаторный подход, то есть формирование большого пакета льгот и привилегий инвалидам как материальная или моральная компенсация по случаю утраты трудоспособности, в то время как абсолютное большинство этих льгот никак не было связано со спецификой самой инвалидности. После введения в 1995 г. в действие Закона “О социальной защите инвалидов” получило развитие направление, связанное с социальной реабилитацией инвалидов. Между тем эта парадигма в настоящее время не получила эффективного развития. Причина в том, что современным социальным законодательством и соответствующими программами инвалиды рассматриваются как единая группа, дифференцированная по медицинским основаниям (группа инвалидности, медицинские причины и тяжесть и пр.), в то время как в реальности – это неоднородные группы, которые обладают различными социальными потребностями, с одной стороны, и трудовыми и экономическими возможностями, с другой.

В настоящем исследовании предпринимается попытка системного междисциплинарного анализа проблемы инвалидности и инвалидов – экономического, социологического, демографического и медицинского аспектов, имеющая своей целью четкую структуризацию этой социальной группы и формирование подходов к адресной социальной политике по отношению к различным группам в зависимости от специфики их социально-экономического положения и возможностей.

Сегодня упускается из внимания тот факт, что часто (в зависимости от тяжести инвалидности) наличие в домохозяйстве инвалида ограничивает трудовую активность других членов домохозяйств, что сказывается на размере доходов семьи и в конечном итоге на экономическом положении самого инвалида. Эта проблема была впервые поднята и исследована в рамках настоящего проекта.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

I. СОВРЕМЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ

1. Мировой опыт: принципы, программы, рекомендации

Современная СПОИ базируется на новом подходе к инвалидности на основе прав человека, новом определении социальной уязвимости и выработанным на их основе определениям доступности и доступа. Одним из самых важных источников и проявлений уязвимости выступает отсутствие твердых доходов, бедность, включая отсутствие доступа к приносящему доход занятию.

Остановимся подробнее на современных подходах к обеспечению занятости инвалидов и доступа к образованию этой категории населения.

1.1 Новые подходы к обеспечению занятости инвалидов

Поскольку отсутствие возможности получить оплачиваемую работу выступает одним из основных источников социальной уязвимости, устранение барьеров на пути к занятости является приоритетным направлением политики социальной интеграции инвалидов.

В практику уже давно введены квотирование рабочих мест для инвалидов и обеспечение занятости инвалидов на специальных рабочих местах или специализированных предприятиях. Однако данные меры оказываются неэффективны: при низких санкциях за невыполнение квот некоторые предприятия находят более выгодным платить штрафы, нежели брать на работу инвалидов; работа на *специализированных предприятиях* усиливает социальную изоляцию инвалидов и т.д.

Целью новой политики занятости в отношении инвалидов выступает их интеграция в открытый рынок труда, для чего необходимо устранение основных причин неравенства на рабочем месте.

В тех случаях, когда трудоустройство через открытый рынок труда невозможно вследствие тяжелой формы инвалидности, вступает в силу принцип *«поддерживающей» («суппортивной») занятости* – создаются специальные рабочие места на обычных предприятиях (США, Австралия, Канада, Великобритания). *Социальные предприятия* – другая форма интегрированной занятости инвалидов – представляют собой некоммерческие предприятия негосударственного сектора, управляемые на основе демократических принципов, участники (члены, работники) которых имеют равные права, а прибыль направляется на развитие самого предприятия, улучшения качества услуг, предоставляемых сотрудникам и обществу в целом.

Надо заметить, что работодатели, предоставляющие рабочие места инвалидам, получают такие преимущества, как: гранты, освобождение от уплаты взносов на социальное страхование, налоговые кредиты и льготы, дотации на заработную плату инвалидов, финансирование обустройства рабочих мест, а также прямую помощь предприятиям в обеспечении инструментами, оборудованием и т.д.

А инвалиды, пытающиеся удержаться на рынке труда получают *поощрительные компенсации (от* выплат по реабилитации и пособий по безработице до налоговых льгот и микрокредитования).

Заметим, из статистических данных следует, что между занятостью инвалидов и не инвалидов имеется теснейшая зависимость. То есть, общие силы, влияющие на рынок труда, оказывают сильное воздействие и на занятость инвалидов, а это значит, что общая

политика, содействующая занятости, поощряет занятость специальных групп, в том числе молодежи и инвалидов. Следовательно, успех или неудача политики занятости инвалидов зависят от эффективности общей программы занятости.

1.2 Принципы обеспечения равенства инвалидов в образовании

Занятость, безусловно, ключевой вопрос успешной интеграции инвалидов в общество, однако предпосылка для достижения этой цели – образование и профессиональная подготовка инвалидов.

Реализация целостного подхода к интеграции инвалидов в общество и его базового принципа доступности в сфере образования выразилась в принятии в рамках Дакарского Плана Действий (2000 г.) Всемирной декларации *Образование для Всех (ОДВ)* и в его ведущей концепции *инклюзивного образования (ИО)*, главнейший принцип которого: все люди должны иметь возможность *учиться вместе*, независимо ни от чего. Соответственно, инвалиды попадают в число адресатов ИО.

Несмотря на обилие исследований, посвященных ИО, и признанию эффективности этой концепции, в контексте ОДВ инклюзивное образование остается очень сложной проблемой, и пока нет логически последовательной концепции ее реализации (Peters, 2003). Во-первых, потому что инвалидность – это сгусток проблем, относящихся к здоровью, образованию, социальному обеспечению, рынку труда и пр. Во-вторых, ИО может осуществляться на разных уровнях, преследовать различные цели и т.д. Любой вариант, состоящих из этих различных целей, уровней, мотивов может называться инклюзивным образованием.

В основе всех инклюзивных школ лежит использование *Индивидуальных Программ Обучения (ИПО)*, которые позволяют учесть *потребности в особом обучении (ПОО)*. При составлении ИПО учитываются сильные стороны инвалида и оцениваются его особые потребности. На базе этих двух параметров для него адаптируется учебный план и составляется список необходимых приспособлений.

Однако существует целый ряд проблем, связанных с функционированием ИО, основными из которых являются: 1) предпочтение родителями инвалидов специализированных школ; 2) нехватка квалифицированных учителей, способных нивелировать разрыва в уровне достижений учеников с ПОО и остальных учеников; 3) неэффективное финансирование.

Другая проблема связана с профессиональным обучением инвалидов. Переход от учебы к работе – самый сложный участок вовлечения инвалидов в трудовую деятельность.

Одним из способов улучшения вхождения инвалида в трудовую деятельность является обучение на рабочем месте, которое позволяет познакомить работодателя с будущим работником, повышая шансы на его трудоустройство.

Другой путь - создание специальных центров обучения при службах занятости, задачами которых, по декларации МОТ (1996), должна быть правильная оценка профессиональной пригодности инвалида, определяемая специалистами по труду и профессиональному обучению, психологами и т.д. Инвалиду должны помочь выбрать специальность, спланировать курс индивидуальной подготовки в соответствии с его потребностями и привыкнуть к новой работе после его обучения. Помимо государственных служб занятости к этой деятельности полезно привлекать неправительственные и частные организации.

2. Принципы российской социальной политики в отношении инвалидов¹

2.1 Российская СПОИ: намерения и реалии

В СССР политика инвалидности в значительной мере определялась исходя из представления об «обществе трудящихся». Основанием для установления группы инвалидности являлось стойкое нарушение трудоспособности, которое приводило к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или значительных изменений условий труда. Существовала централизованная и хорошо развитая социальная политика поддержки инвалидов, в основе которой лежал принцип материального обеспечения (денежные выплаты, а также льготы и привилегии, соответствующие заслугам инвалида).

Централизация помощи инвалидам привела к формированию устойчивого стереотипа «общества без инвалидов», на фоне которого вовлечение инвалидов в обычную среду создает психологический барьер между ними и здоровыми людьми.

Несмотря на значительные изменения, произошедшие в законодательной сфере в постсоветский период, социальная политика в отношении инвалидов – особенно ее практическое воплощение – все еще сохраняет многие черты действовавшей в СССР системы.

Закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995) определяет целью государственной политики в области социальной защиты инвалидов – обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. В соответствии с Законом инвалидность определяется не только по ограничению в трудоспособности, но и во всех других сферах жизнедеятельности человека, а центр тяжести социальной политики в отношении инвалидов переносится с пассивных форм поддержки на реабилитацию и интеграцию инвалидов в общество.

Формально российская политика вполне отвечает критериям, которые выработало мировое сообщество к середине 1990-х годов, и по которым оценивается политика государств в отношении инвалидов: наличие официально признанной политики в отношении инвалидов и специального антидискриминационного законодательства. Однако на практике между объявленными целями и механизмом реализации политики есть противоречия. Так, финансовое обеспечение политики в отношении инвалидов отражает несоответствие поставленных задач и (а) реальных потребностей тех, кого мы считаем инвалидами; (б) возможностей бюджета по реализации объявленной политики. По-прежнему, финансируются главным образом пассивные формы материальной поддержки инвалидов, поддерживается сложная и неэффективная (а зачастую невыполнимая) система льгот и бенефиций, в отношении которой сохраняется стратификация инвалидов. Напротив, в сфере активных форм СПОИ практически нет изменений. Индивидуальные программы реабилитации, на которые возлагались главные надежды по адаптации инвалидов, дают небольшую отдачу. В целом, ничего не изменилось и по адаптации физической среды к потребностям инвалидов – она по-прежнему им недоступна. В результате внедрения новых принципов, не подкрепленных реальными механизмами, политика адаптации инвалидов к существующим социальным и экономическим структурам, которую провозглашает Закон 1995 г., практически не достигла своих целей.

¹ Анализ развития законодательства в отношении инвалидов, а также перечень предусмотренных для инвалидов социальных льгот и компенсаций см. в ПРИЛОЖЕНИИ 1-3.

2.2 Политика занятости в отношении инвалидов в России

Рамки реализации политики занятости и профессиональной подготовки в отношении инвалидов определяются в России следующими основными документами: законами «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О занятости населения в Российской Федерации», «Об образовании», Трудовым и Налоговым кодексом, а также Федеральными целевыми программами «Социальная защита инвалидов на 2000-2005 годы», «Развитие единой образовательной информационной среды (2001-2005)», федеральной программой развития образования и др. До сих пор самым узким местом социальной политики при этом остается ее разрозненность и отсутствие единой стратегии. Фактически мы имеем дело с отдельными социальными мерами, а не с комплексной системной концепцией.

Одним из основных направлений поддержки инвалидов и повышения их конкурентоспособности на рынке труда является профессиональная реабилитация. В соответствии с законом о занятости реализация государственной политики содействия занятости инвалидов, а также программ профессиональной подготовки, повышения квалификации и переподготовки безработных инвалидов возложена на государственные службы занятости при Минтруда России. Формы содействия занятости инвалидов включают: целевые программы содействия занятости, создание дополнительных рабочих мест и специализированных организаций (включая организации для труда инвалидов), установление квоты для приема на работу инвалидов, предоставление услуг по профессиональной ориентации, а также обучение по специальным программам. Таким образом, политика занятости в основном находится в русле концепции создания специальных условий, а не разработки антидискриминационного законодательства.

На протяжении многих лет доля трудоустроенных инвалидов составляла примерно 2% от среднесписочной численности работающих. Теперь эта цифра колеблется в пределах 10-11%, учитывая, что трудоустройство бывает формальным. Особенно тяжелое положение складывается с занятостью инвалидов I и II групп, среди которых удельный вес работающих - менее 8 %. Общий процент трудоустроенных инвалидов (свыше 40%) от числа обратившихся инвалидов свидетельствует о том, что инвалиды еще являются достаточно конкурентоспособными на рынке труда.

Вместе с тем, доля трудоустроенных инвалидов после завершения профессионального обучения по направлению службы занятости, начиная с 1998 года, составляет всего несколько процентов от всех закончивших такое обучение (3,6% в 2001 году). Таким образом, профподготовка и профобразование через службы занятости, оторванные от реально существующего спроса на региональных рынках труда, не являются определяющими в последующем трудоустройстве инвалидов.

Обеспечение занятости инвалидов невозможно без создания системы учета рабочих мест, предназначенных для их трудоустройства. Однако в настоящее время в большинстве регионов страны такой учет отсутствует, причем, как и методика в соответствии с которой он должен осуществляться.

В большинстве случаев для работника-инвалида единственную реальную возможность получить оплачиваемую работу представляет специализированное рабочее место. Однако сокращение финансирования мероприятий активной политики занятости, проводимых службой занятости, привело к сокращению финансовой помощи работодателям, создающим новые специализированные рабочие места для инвалидов и, как следствие, снижение масштабов их создания.

Закон о социальной защите инвалидов 1995 года послужил отправной точкой для развития идеи и реализации квотирования рабочих мест. Но трудоустройство инвалидов на квотируемые рабочие места сдерживается, помимо прочего, все теми же «типичными» обстоятельствами: несоответствием рабочих мест, условий работы, специальности,

требованиям индивидуальной программы реабилитации, режима работы предприятия, местоположением предприятия.

Важное значение для профессиональной реабилитации и трудоустройства имеет деятельность общественных организаций инвалидов, которые детально представляют себе потребности определенных категорий инвалидов, привлекают средства сторонних инвесторов и организуют различные формы занятости для инвалидов. Поэтому государственные органы власти используют возможности помощи общественным организациям, что создает дополнительный мультипликативный эффект. Через общественные организации инвалидов в российскую СПОИ проникают идеи интегрированных подходов к занятости и образованию. Пример такой деятельности – проект «Трудоустройство инвалидов: интегрированный подход», реализуемый РООИ «Перспектива» совместно с организациями инвалидов из четырех российских городов (Самара, Нижний Новгород, Тольятти и Ростов-на-Дону) при финансовой поддержке Фонда Форда.

2.3 Образование инвалидов в России

Политика в области образования инвалидов регулируется законом «О социальной защите инвалидов», «Об образовании», ФЦП «Социальная поддержка инвалидов на 2000-2005 гг.», федеральной программой развития образования, президентской программой «Дети России» (подпрограммы «Дети-инвалиды»), ФЦП «Развитие единой образовательной информационной среды (2001-2005)», Государственной научной программой «Университеты России», ФЦП «Национальная технологическая база» (базовая технологическая программа «Технологии подготовки кадров для национальной технологической базы»). На протяжении нескольких лет обсуждается, но пока не принят ФЗ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями (специальном образовании)».

Тем не менее, неравенство в образовании, начинающееся еще на уровне школы, остается важным источником уязвимости российских инвалидов. У современных российских детей существуют следующие возможности получения школьного образования: обучение в специализированном классе обычной школы, обучение на дому, дистанционное обучение или обучение в специализированных школах. По данным Минздрава России, которые приводятся в отчете о Международном круглом столе «Образование – право для всех» (27.10.2003, отчет – на сайте Перспективы), в стране насчитывается более 620 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет², из которых в 2002/2003 году менее 150 тыс. обучались в общеобразовательных и средних специальных учебных заведениях. Остальные получали образование в специализированных учреждениях. Минобразования России приводит на своем сайте такие цифры: в настоящее время 1,6 млн. детей (4,5 % от их общего числа) нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, но только 45 % из них интегрированы в образовательную среду. Среди обучающихся в системе специального образования 56,2 тыс. – это дети-инвалиды.

Основным препятствием для интеграции инвалидов в общество остается непригодность окружающей среды (отсутствие пандусов, специальных дверей и т.д.), в результате, обучение в основном реализуется в специализированных учреждениях или на дому, а качество такого образования, по оценкам экспертов, существенно ниже обычного школьного. В рамках же среднего специального и высшего образования инвалиды как особая социальная категория вообще пропадает.

Вместе с тем, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14.01.2000 № 36 «О федеральной целевой программе «Социальная

² По данным Госкомстата, численность детей-инвалидов до 18 лет составляла в 2001 году 658 тыс. чел.

поддержка инвалидов на 2000-2005 годы», осуществляется создание и оснащение 5 модельных центров среднего и высшего профессионального образования и другие меры по профессиональной реабилитации инвалидов. Формы получения высшего профессионального образования инвалидами включают: специальные отделения в вузах, специализированные вузы для инвалидов, Центры подготовки инвалидов для поступления в вуз, Центры психолого-педагогической помощи инвалидам, обучающимся в вузах. В 2001 году в 299 вузах системы Минобразования РФ обучались 11073 студента-инвалида. При этом в период с 1996 до 2003 удельный вес инвалидов среди студенчества увеличился с 0.08 до 0.4%. Число обучающихся студентов распределено по вузам неравномерно.

В 2000 году специализированные (сегрегированные) программы для инвалидов реализовывались при государственной поддержке в трех вузах: Московский институт-интернат для инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы, Государственный специализированный институт искусств (Москва) и Институт социальной реабилитации Новосибирского государственного технического университета (Новосибирск). Отдельные группы с частичной интеграцией действуют в Московском государственном техническом университете имени Н.Э.Баумана (Москва), Российском государственном педагогическом университете имени А.И.Герцена (Санкт-Петербург) и Московский педагогический государственный университет (Москва)³.

Однако, как отмечают эксперты, большинство вузов России не обеспечены даже минимальными условиями, необходимыми для обучения в них инвалидов. Эти условия касаются архитектуры зданий и аудиторий, дверных проемов и лестниц, мебели и оборудования, обустроенности столовых, библиотек и туалетов, отсутствия комнат отдыха и стульев в коридорах, медицинских кабинетов необходимых для повседневных нужд некоторых студентов-инвалидов⁴.

Специальные учебные заведения не обеспечивают подготовки инвалидов на уровне, гарантирующем их конкурентоспособность, а некоторые из них готовят специалистов, которые заведомо оказываются невостребованными. В значительной мере это обусловлено следующими причинами:

- специалисты МСЭК, которые сегодня осуществляют профессиональную ориентацию инвалидов, не владеют информацией о показаниях и противопоказаниях к приему в высшие и другие образовательные учреждения, ориентируясь на пожелания самих инвалидов;
- инвалиды не имеют доступа к информации о показаниях и противопоказаниях к приему в образовательные учреждения;
- 68% инвалидов считают специальные образовательные учреждения системы социальной защиты населения непрестижными и не дающими перспектив для последующего трудоустройства;
- образовательные учреждения не приспособлены для инвалидов, чьи психосоматические возможности требуют особой инфраструктуры помещений, специального оборудования учебных мест и специальной методики обучения. Ввиду этого круг профессий, которым могут быть обучены инвалиды, сужается и субъективно формируются противопоказания для приема в образовательные учреждения;

³ Ярская-Смирнова, Е.Р., Доступность высшего образования для инвалидов. Тезисы выступления на конференции в НИСП, октябрь 2003.

⁴ она же; а также - Социальные и экономические права в России: сборник докладов российских неправительственных организаций за 2001 год. М., 2002. С. 143

- неразвитость региональной сети профессиональных образовательных учреждений (в России функционирует 30 таких учреждений). В результате обучение в них связано для инвалида с переездом из места постоянного жительства, что не всегда приемлемо.

Объемы профессионального обучения безработных инвалидов *при посредничестве службы занятости* снижаются. Служба занятости проводит профессиональное обучение инвалидов в учебно-курсовых комбинатах, учреждениях начального и среднего профессионального образования, в специализированных учебных заведениях. Профессиональное обучение осуществляется преимущественно по профессиям (специальностям), требующимся на рынке труда и под конкретные рабочие места. Очевидна узость профилей профессиональной подготовки инвалидов. Среди специальностей отсутствуют относительно престижные для молодежи профессии, доступные для большей части инвалидов.

При обучении инвалидов в неспециализированных учебных заведениях чаще всего используется индивидуальный метод обучения. Что касается обучения инвалидов 1-й и 2-й групп, то оно преимущественно проводится специализированными учебными и учебно-производственными учреждениями.

3. Молодые инвалиды: векторы и результаты социальной политики

3.1 Молодые люди с инвалидностью: специфика социальной группы и меры социальной политики

Молодые люди с инвалидностью (МЛИ) представляют собой социальную группу, о которой известно меньше всего. Между тем, *положение дел именно этой возрастной группы инвалидов может стать одним из индикаторов успеха СПОИ: возможность для молодого человека с инвалидностью нормально развиваться, получать образование, трудоустроиться – это ли не свидетельство грамотной реализации политики в отношении уязвимой группы населения? Именно это, на наш взгляд, дает основания для включения в работу отдельных параграфов, описывающих положение молодых инвалидов в современном обществе.*

Большинство национальных программ в отношении инвалидов адресованы либо детям-инвалидам, либо взрослым инвалидам и, таким образом, игнорируют уникальные социальные, психологические, образовательные и экономические потребности МЛИ. Одновременно МЛИ редко попадают в поле зрения национальных программ, адресованных молодежи⁵. Даже внутри ООН, признание или защита молодых людей с инвалидностью долгое время недооценивались. Например, Стандартные Правила, перечисляя группы инвалидов, находящиеся в наиболее уязвимом положении, упоминают детей, членов этнических общин и других меньшинств, взрослых женщин, но не включают в этот список подростков и молодых людей⁶.

Только 12% всех экспертов и организаций по проблемам инвалидов, участвовавших в международном проекте UNICEF, смогли указать специальные программы, адресованные молодым людям с инвалидностью как особой социальной группе. Почти все они были очень не большими, обслуживающими менее 100 молодых людей в странах, где миллионы людей – инвалиды. Кроме того, большинство программ были адресованы городскому населению и наиболее обеспеченным молодым людям. Таким образом, речь может идти не столько о масштабных программах, сколько о

⁵ Groce N. E. Adolescents and Youth with Disability: Issues and Challenges. International Policy and Program Review with Recommendations. Washington, The World Bank. September 22, 2003

⁶ Ibid.: 11

моделях⁷. Но даже в существующих программах, адресованных МЛИ, слабым звеном остается переход от профессиональной подготовки к занятости.

Развитие новых технологий способствуют улучшению положения МЛИ на рынке труда. Молодые люди в целом легче осваивают компьютер и электронные средства связи. Оснащение компьютеров такими специальными возможностями, как строка Брайля или устройство конвертации текста в звуки и обратно, а также специальные режимы контрастности и крупных шрифтов для слабовидящих людей, расширяет возможности использования компьютеров инвалидами. Электронные средства связи сделали возможной работу дома, что снижает барьеры, вызванные недоступностью физической среды, для занятости. Возможность установления контактов между МЛИ через Интернет, позволяющая им обмениваться опытом, информацией и другими ресурсами, включая те, что относятся к переходу к взрослой жизни, получает все большее признание (Finguerias, 2001 / cit.by Groce, 2003: 25).

UNICEF выделяет следующие критерии эффективных программ в отношении МЛИ:

- (1) независимо от того, адресованы ли такие программы исключительно МЛИ или им наравне с молодыми людьми не инвалидами, они должны поощрять МЛИ участвовать в таких видах деятельности, которые формируют умения, навыки и уверенность, необходимые для того, чтобы эффективно функционировать в обществе;
- (2) такие программы хорошо проработаны с точки зрения ожидаемых результатов, необходимой организационной структуры и финансирования активной поддержки;
- (3) они включают компоненту оценки, гарантирующую, что программы и предоставляемые услуги отвечают реальным потребностям МЛИ, а также их долгосрочным целям;
- (4) они будут особенно эффективны, если МЛИ сами будут участвовать в разработке таких программ, контроле над их реализацией и оценке их эффективности; если они будут способствовать развитию навыков лидерства, защиты и самодостаточности у МЛИ⁸.

3.2 Российские молодые инвалиды: социальный портрет и политика

Молодые люди с инвалидностью не выделяются как особый объект социальной политики ни в сфере занятости, ни образования, ни в молодежной политике в целом, ни даже в статистике.

Уровень образования молодых людей-инвалидов гораздо ниже, чем у не инвалидов. Практически все, кто имеет начальное образование в возрастах старше 20 лет, – это инвалиды. Наоборот, доля молодых людей с высшим образованием среди инвалидов в 2 раза ниже. Даже доля, окончивших ПТУ, среди 20-летних инвалидов ниже. Положение в сфере образования не изменилось с 1994 г. по 2001 г.

Вдвое меньше и денежные доходы МЛИ по сравнению с их сверстниками не инвалидами (по данным микропереписи 1994 г.), что является прямым следствием барьеров в доступе к приносящей доход деятельности, в том числе к хорошо оплачиваемой занятости.

⁷ Ibid.: 22

⁸ Реализуемые на основе таких принципов, программы в отношении МЛИ могут быть частью так называемых программ реабилитации инвалидов на базе общин (community-based rehabilitation).

По данным установочного этапа обследования НОБУС, уровень занятости МЛИ в возрасте 15-24 лет оказался весной 2002 года равен 8,8% против 29,3% в группе здоровых сверстников⁹.

Формирование брака – огромная проблема для многих МЛИ¹⁰. Среди них в 2-3 раза больше холостых и вдвое меньше состоящих в браке. Одинок проживающих (отдельно от родителей или других родственников) среди них также вдвое меньше. Это говорит об их значительной несамостоятельности и зависимости от опеки родных. Неудивительно поэтому, что домохозяйства, в которых проживают инвалиды отличаются большим размером и сложным составом (наличием нескольких поколений и/или родственников по боковой линии).

Вышеозначенное указывают на то, что МЛИ в России – это совершенно специфическая группа не только в населении, но и среди взрослых инвалидов, ибо в более старших поколениях социальные различия между инвалидами и не инвалидами сглаживаются и даже исчезают. Из этого краткого анализа можно сделать следующие выводы относительно построения эффективной политики социальной интеграции МЛИ:

1. Признаки социальной дискриминации особенно ярко проявляются в отношении молодых людей-инвалидов. Возраст должен учитываться как одно из самых важных измерений при выработке стратегии, направленной на равные возможности инвалидов.
2. Не столько социальные институты, сколько домохозяйство является реальной опорой для инвалидов. В то время как, домохозяйство полностью выпадает как объект ныне действующей социальной политики в отношении инвалидов, индивидуальный подход к определению адресной социальной поддержки инвалида должен учитывать его микросоциальную среду - семью и домохозяйство.
3. Низкий образовательный и профессиональный статус таких инвалидов требует специальных программ профессиональной подготовки и переподготовки, а также по повышению их образования и квалификации.
4. Значительная (свыше четверти) доля инвалидов первой, самой тяжелой, группы, а также крайне высокая среди МЛИ смертность (превышающая в 3 и более раз смертность не инвалидов в этих возрастах) требует специальной медицинской программы реабилитации.

Положение молодых инвалидов усугубляется тем, что в государстве отсутствует целостная политика их образования и занятости. Федеральная целевая программа «Молодежь России (2001-2005 гг.)» не выделяет молодых инвалидов как социальную группу, требующую особого внимания. Реализация же образовательной политики, политики занятости и социальной защиты молодых инвалидов, регулируемая различными документами и ведомствами, для того, чтобы быть успешной, предъявляет высокие требования к ее координации, что создают барьеры для эффективного включения российских МЛИ в общество.

⁹ Данные НОБУСа о занятости могут быть использованы только для сравнения инвалидов – не инвалидов, так как методология определения занятости в этом обследовании отличается от принятого в обследованиях населения по проблемам занятости. В частности, занятыми здесь считаются лица, указавшие, что на протяжении 3 месяцев (13 недель), предшествовавших проведению обследования, они работали не меньше 7 недель.

¹⁰ Васин С.А., Боговяленский Д.Д., Сороко Е.Л. Социально-демографические характеристики инвалидности (по данным микропереписи 1994г.). // Всероссийская конференция: «Равные возможности для инвалидов: проблемы и государственная стратегия», 3-4 октября 2000г., Москва – М., ВОИ, 2000г. С.73-86

II. ИНВАЛИДНОСТЬ В РОССИИ: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ И СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

4. Демография российской инвалидности

4.1 Динамика численности инвалидов

За 10 лет с 1993 по 2002 гг. численность инвалидов в России выросла с 4,8 млн. чел. до 10,8 млн. (около 8% всего населения страны). Собственно этот рост, а также тот факт, что каждый год на протяжении 1990-х более 1 млн. чел. становились инвалидами и привлек внимание политиков к проблемам инвалидности.

Значительную роль в росте численности инвалидов сыграло вовлечение в официальную статистику инвалидности, ранее скрытых от нее контингентов. Скачки в численности контингента инвалидов совпадали с введением новых рубрик в государственной отчетности по пенсиям (стали учитываться участники Великой отечественной войны и инвалиды - получатели пенсии по старости), благодаря чему, по нашей оценке, численность инвалидов возросла примерно на 4 млн. чел.

С начала 1990-х годов быстрыми темпами росла численность детей-инвалидов до 16 лет (с 285 тыс. до 541 тыс. за период с 1992-1998 гг.), но в последние 5 лет темпы роста детской инвалидности резко замедлились.

По нашей оценке, численность инвалидов трудоспособного возраста с 1992 по 2000 год увеличилась с 2,5 до 4 млн. чел. и составляет в настоящее время около 40% всей численности инвалидов.

Но первые признаки нормализации динамики численности инвалидов возникли в 1997-1998 гг. и подтвердились в 1999-2001 гг.

В противоположность официальной, сопоставимая численность инвалидов за все 10 лет не испытывала сильных колебаний, а с 1997 г. стабилизировалась на уровне 6,5-6,6 млн. человек.

Динамика другого растущего сегмента – социальных пенсий, кажется, говорит о том, что потенциал роста исчерпан или близок к тому. Колебания в численности детей-инвалидов и инвалидов с детства в 1999-2001 гг. обусловлены повышением границы «детства» с 16 до 18 лет, которое произошло в 2000 г. При прочих равных условиях, в ближайшие несколько лет рост численности инвалидов с детства должен продолжиться, благодаря быстрому росту контингента детей-инвалидов в недавнем прошлом, поскольку по достижению детьми-инвалидами рубежа взрослости они должны получить статус инвалида с детства.

Однако определяющую роль в стабилизации сопоставимой численности инвалидов сыграло прекращение (с 1998 г.) роста самого многочисленного контингента – инвалидов труда вследствие общего заболевания.

В целом, отмеченные изменения вполне согласуются с выдвинутой ранее гипотезой о конъюнктурном характере роста сопоставимой численности инвалидов, в основе которого лежало расширение определения понятия инвалидности.

4.2 Источники изменения численности инвалидов

На Рисунке 1, наглядно видно возвращение ситуации к ее дореформенному состоянию: кривая прироста сопоставимой численности инвалидов устремляются к нулю при сохранении «новых» пенсий на уровне 650 тысяч в год. Это нормально, так как помимо прибытия (входного потока) в виде пенсий по инвалидности, назначенных в текущем году, есть и отток (смертность, реабилитация и переход с пенсии по инвалидности на пенсию по другому основанию, чаще всего по старости).

Рисунок 1. "Сопоставимые" категории инвалидов: прирост численности и число "новых" пенсий, тысяч человек

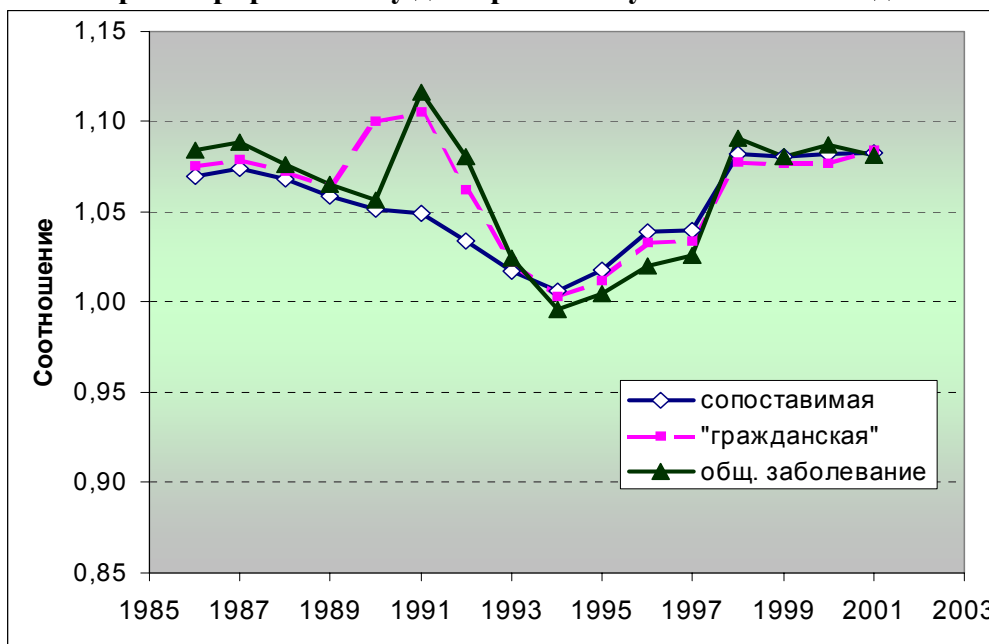


Поясним, что «пенсии, назначенные в текущем году» (формулировка из формы 94 собес) относятся только к тем пенсиям реципиенты которых не были в списке получателей каких-либо пенсий на начало текущего года, и по сути эквивалентны понятию «новых» пенсий.

На Рисунке 1 в 1989 г. кривая прироста устремляется вверх к кривой новых пенсий, приближается к ней вплотную (1994 г.), а затем падает. Учитывая, что смертность взрослого населения России также начала расти с 1989 г., причем особенно быстро в 1992-1994 гг., а с 1995 г. стала падать, синхронное поведение динамики смертности и прироста числа инвалидов можно было бы трактовать как звенья одного процесса – ухудшения здоровья населения. Однако ухудшение здоровья населения должно было бы привести к росту числа новых пенсий и одновременно к снижению прироста числа инвалидов вследствие повышения их смертности. Между тем, динамика новых пенсий не совпадает с трендом смертности, а динамика прироста – противоположна ему.

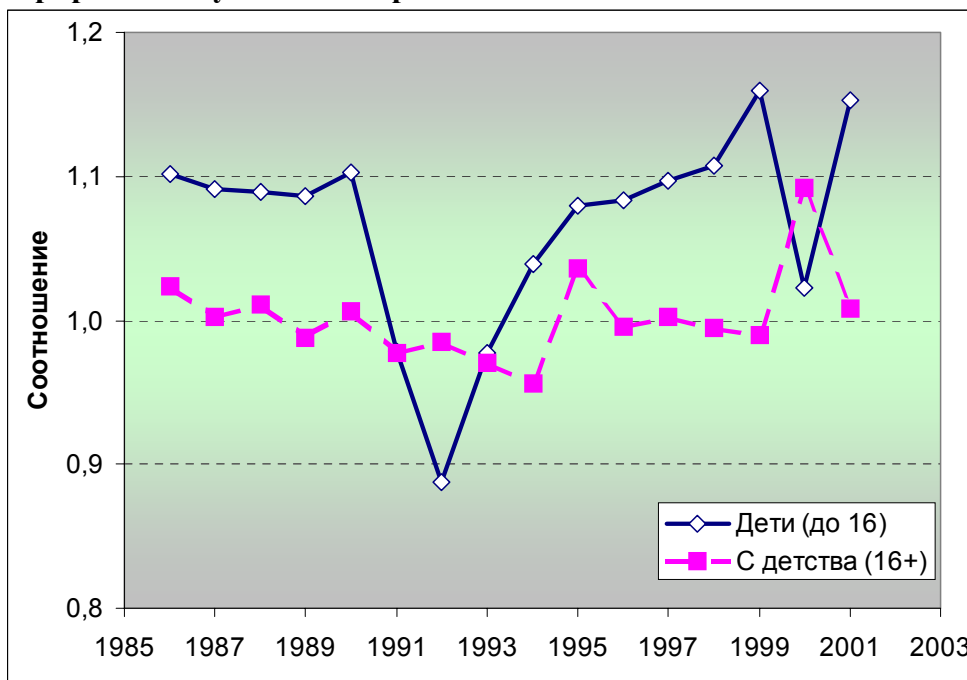
Рост численности инвалидов в конце 1980-х – в первой половине 1990-х годов иллюстрирует процесс «подстраивания» под новые условия. Упав до 1 в 1994 г., балансовое соотношение сопоставимой совокупности (Рисунок 2) вернулось и даже превзошло в 1998 г. уровень 1986-1988 гг. Сопоставимая совокупность инвалидов закрыта к «миграции» с одной пенсии по инвалидности на другую. «Гражданская» - нет, так как из нее исключены инвалиды вследствие военной травмы (но не военнослужащие), и еще более открыта совокупность инвалидов труда по общему заболеванию. Сравнение баланса совокупностей разной степени «закрытости» позволяет судить о сальдо нерегистрируемых в форме 94 собес переходов. Отклонение балансов двух открытых совокупностей в 1990-1992 гг. от баланса сопоставимой указывает, что внутри это совокупности происходил активный миграционный процесс.

Рисунок 2. Балансовое соотношение «ожидаемого» числа инвалидов к зарегистрированному для трех совокупностей инвалидов



Ежегодно при достижении границы взрослости детьми-инвалидами, многие из них приобретают статус инвалида с детства (Рисунок 3). Это проливает свет на низкий уровень балансового соотношения у инвалидов с детства, означающий, что туда направлен внешний нерегистрируемый статисткой поток других пенсионеров, и на высокий уровень выбытия из категории детей-инвалидов, балансовое соотношение для которой в нормальные периоды находилось на уровне 1,1.

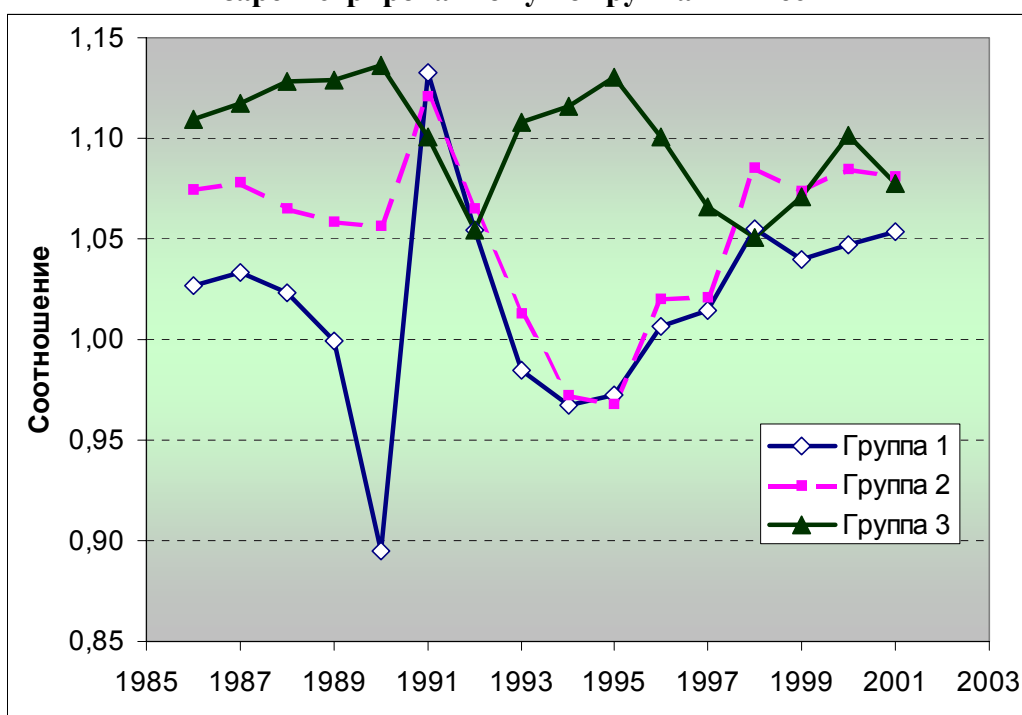
Рисунок 3. Балансовое соотношение «ожидаемого» числа инвалидов к зарегистрированному для категорий: «дети-инвалиды» и «инвалиды с детства»



Достигнутый в 1998 г. и сохраняющийся до 2001 г. уровень балансового соотношения (1,08) ниже и в сравнении с оценкой, сделанной нами для 1994 г. (1,10), и в сравнении с 1986-1988 гг.

Как показывает динамика балансового соотношения по группам тяжести (Рисунок 3) для «гражданской» совокупности инвалидов, уровень выбытия для 1-й группы тяжести выше, чем в середине 1980-х, на два процентных пункта. Однако, приведенная динамика свидетельствует как о том, что приток может быть высок, так и о том, что не всегда высокие значения баланса отражают смертность инвалидов этой группы: хотя в 1991 г. балансовое соотношение для 1-й группы достигло необычно высокого уровня 1,13, это нельзя приписать только влиянию смертности. В значительной степени это обусловлено перетоком в категорию «военная травма», для которой структура по степени тяжести не публикуется, и которая поэтому является «внешней» по отношению к совокупности «гражданских» инвалидов 1-й группы пенсионной категорией.

Рисунок 3. Балансовое соотношение «ожидаемого» числа инвалидов к зарегистрированному по группам тяжести



Все же впервые с середины 1980-х изменение численности сопоставимой совокупности инвалидов и балансового соотношения приобрели устойчивость и логичность, и ни в 2000 г., ни в его окрестностях не отмечалось каких-либо «юбилейных» эффектов. Достигнуто новое равновесие. Согласно гипотезе о конъюнктурно-мотивационном характере роста инвалидности в конце прошлого века, это и должно было произойти. Вопрос заключается в том, действительно ли исчерпаны резервы мотивационного потенциала, включающие в частности и такой аспект как информированность населения о возможностях получения статуса инвалида и доступность для него учреждений МСЭК, или же инвалидность потеряла свою привлекательность? Иначе почему снизился приток в контингент инвалидов?

Чтобы немного прояснить ситуацию обратимся к сравнению размера пенсии инвалидов и других пенсионеров – одному из параметров привлекательности инвалидности.

4.3 Динамика первичной инвалидности взрослых¹¹

4.3.1 Динамика общего уровня (все причины)

С 1997 г. по 2002 г. общий уровень первичной инвалидности взрослых увеличился на 6% и достиг рекордной для не юбилейных лет отметки в 10,6 промилле. Как обычно, рост обеспечивался притоком лиц пенсионного возраста. Почти прежним остался уровень в предпенсионных возрастах. Впервые в истории современной России снизился уровень первичной инвалидности в самых молодых рабочих возрастах.

Рассматривая годовые изменения за 1997-2002 гг., нельзя не отметить, что только в молодых возрастах уровень менялся достаточно плавно: после некоторого увеличения в 1998 г. в течение 1998-2001 гг. он медленно падал и только в 2002 г. падение стало заметным. Полная противоположность – пенсионные возраста, где быстрое уменьшение уровня сменилось после 1999 г. таким же резким ростом в 2000-2001 гг. Подъем-спад-подъем и снова спад – столько изменений за 5 лет претерпел уровень первичной инвалидности в промежуточной возрастной группе. Контур этих изломов в 1998-2002 гг. совпадает с изломами кривой пенсионеров, как бы намекая на действие общих факторов. Синхронность изменений в общем уровне первичной инвалидности этих двух групп прежде не отмечалась.

Основные итоги анализа инвалидности по возрастам:

- Общий уровень первичной инвалидности взрослых незначительно увеличился.
- Динамика общего уровня первичной инвалидности по-прежнему определяются процессами в пенсионном возрасте.
- Снова имеется поворотная точка в динамике показателя: слом тенденции приходится на 2000 г.
- Впервые снизилась инвалидность в молодом сегменте трудоспособного возраста.
- Впервые динамика в предпенсионном возрасте совпадает с динамикой в пенсионном.

4.3.2 Динамика по возрасту и группам инвалидности

За увеличение общего показателя первичной инвалидности взрослых с 1997 по 2002 целиком ответственен рост инвалидности в 1-й и в 3-ей группах, причем вклад последней имел решающее значение.

Молодые возраста. Снижение уровня первичной инвалидности в возрастах до 44/49 лет обусловлено резким падением показателя во второй группе, динамика которой уникальна среди всех групп и возрастов. Пятилетка роста (1993-1998) сменилась пятилеткой падения, в результате которого достигнут самый низкий уровень за весь период наблюдения. То же самое произошло и в первой группе, с той лишь разницей, что уровень инвалидности здесь почти в 8 раз ниже, чем во второй группе, и что в 2002 г. он чуть вырос. Напротив, инвалидность в третьей группе, которая вплоть до 1999 г. росла с быстрее, чем во второй, в 1999-2001 гг. резко притормозила и только в 2002 г. впервые за 10-летие снизилась (на 6%). Возможно, это симптом, свидетельствующий о возникновении ниспадающей тенденции и в этой группе инвалидности.

Предпенсионные возраста. По форме аналогичные только что описанным изменения произошли в третьей группе инвалидности предпенсионных возрастов, но здесь снижение в 2002 г. наступило внезапно – после довольно быстрого роста в предшествующие два года. Во второй группе тяжести в целом продолжилось падение уровня первичной инвалидности, но оно носило неустойчивый характер: после 1999 г., снижение застопорилось. Тем не менее, уровень в 2002 г. близок абсолютному минимуму, достигнутому в 1999 г. (7,2 промилле). Тенденция первичной инвалидности в 1-й группе – уникальна тем, что ни разу не менялась на протяжении всего десятилетия. Не изменилась

¹¹ Некоторые методические вопросы измерения и анализа первичной инвалидности см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4

даже скорость снижения ее уровня: в 1997 г. величина показателя составляла 90% от уровня 1992 г., а в 2002 г. сократилась еще на 10 пунктов.

Таким образом, показатели по каждой из групп демонстрируют разные тенденции. Уровень первичной инвалидности в третьей группе рос, как в молодых возрастах; во второй – в целом снизился, но характер изменений был схож с теми, что наблюдались в пенсионных возрастах, в третьей – равномерно убывал и тем ни на что не похож.

Пенсионные возраста. В отличие от предыдущих возрастов, уровень первичной инвалидности среди пенсионеров всех групп тяжести испытал резкий подъем в 1995 г. и резкое падение в 1996 г. Начиная с 1998 г. тенденции по группам расходятся. Инвалидность крайних степеней тяжести растет, а средней тяжести два года продолжала падение, после которого в 2000-2001 гг. увеличилась более чем на треть и вновь упала в 2002 г. Темпы двух летнего роста в 2000-2001 гг. сопоставимы с однолетним взлетом показателя в 1995 г. (39%), а начало роста совпадает с годом 55-летия Победы в Великой Отечественной войне. Случайно? Происшедшее нельзя объяснить случайными колебаниями, так как ежегодно в результате первичного освидетельствования вторую группу инвалидности получают примерно полмиллиона лиц пенсионного возраста.

Основные итоги по возрастам и группам инвалидности:

- Для 1997-2002 гг. характерна следующая особенность: инвалидность тяжелой степени снижается в допенсионных возрастах и растет в пенсионных.
- В до пенсионных возрастах достигнуты минимальные за 10-летие уровни первичной инвалидности в 1-й и 2-й группах тяжести.
- Рост 3-ей группы во всех возрастах, причем чрезвычайно быстрый в пенсионных, а самый медленный в молодых. Удвоение уровня первичной инвалидности 3-й группы в пенсионных возрастах.
- Единственная сохранившая неколебимость на протяжении всего 10-летнего периода тенденция – тенденция к понижению инвалидности 1-й группы тяжести. За пятилетие с 1997 по 2002 гг. такая же стабильность тенденции, но на этот раз к росту, отмечалась в уровне первичной инвалидности в пенсионных возрастах.
- Впервые произошла синхронизация между предпенсионными и пенсионными возрастами (по второй группе) и асинхронизация внутри пенсионного возраста по группам: 1 и 3 против 2-й.
- Внутри каждого возрастного сегмента изменение первичной инвалидности по группам тяжести не имеет общего направления. Естественное, с точки зрения здравого смысла, предположение о синхронном изменении первичной инвалидности разных групп в одном возрасте не подтверждается.
- Резкий перелом тренда пенсионной инвалидности во второй группе тяжести совпал с годом 55-летия празднования Победы в Великой Отечественной войне.
- Резкие изменения в динамике отмечаются в самых массовых совокупностях: вторая группа в пенсионных возрастах, вторая и третья – в предпенсионных. Тогда как ежегодные изменения в малочисленных совокупностях, динамика которых должна быть более подвержена случайным отклонениям, демонстрируют устойчивость и плавность.

4.3.3 Заключение

В диверсификации трендов в период после 1997 г. особая роль принадлежит 1999 г. и 2000 г. В 1999 г. был достигнут абсолютный минимум интенсивности первичной инвалидности в результате падения первичной инвалидности 2 группы тяжести в старших возрастах, начиная с предпенсионных. Ни в 1-й, ни в 3-ей группе во всех возрастах подобного не происходило, а в основных трудоспособных возрастах преобладали вообще другие тенденции. В 2000 г. начался резкий подъем первичной инвалидности.

Опираясь на «эвристическую» классификацию первичной инвалидности на относительно «истинную» (устойчивую, плавную) и «реактивную» по возрастам и группам тяжести. К первому виду относятся показатели в возрастах до 44/49 лет и 1-я, 3-я группы во всех возрастах, за исключением самых старших. Реактивность – это резкий поворот и откат. Так было в 1994-1996 гг., и что-то похожее случилось в конце 1990-х: падение уровня в 1999 г., затем - бурный рост в 2000-2001 гг., и - снова снижение или стагнация. Изменения 1999-2002 гг. в интенсивности инвалидности 2-й группы пенсионных возрастов выглядят как конъюнктурные. Понижение после 1995 г. уровня первичной инвалидности отражает спад «ажиотажа» первой половины 1990-х, и 1999 г. вписывается в эту закономерность. Условия не меняются, никаких значительных нововведений, так или иначе касающихся социального обеспечения инвалидности, не отмечается, и потенциальные претенденты на статус инвалида, доступность которого расширила практика проведения социальной политики в отношении инвалидов начала-середины 1990-х, его уже получили. Но что-то случается в 2000 г., что снова расширяет круг «потенциальных инвалидов», которые, на этот раз в течение всего двух лет, «впитываются» социальной системой, и в 2002 г. уровень реактивных показателей возвращается к периоду до этого гипотетического воздействия. Тогда как неактивные продолжают расти (первичная инвалидность лиц пенсионного возраста в группах 1 и 3). Развивая этот взгляд, к числу реактивных придется отнести показатели первичной инвалидности в предпенсионных возрастах, а к числу «неактивных» - показатели 1-й и 3-й групп инвалидности в пенсионных возрастах, для которых, резких колебаний с 1997 г. не отмечено.

Однако анализ по отдельным причинам первичной инвалидности не позволяет ни подтвердить, ни опровергнуть данное размышление. Седловина 1999 г. присутствует в трендах практически всех причин, упомянутых возрастов и групп, независимо от того относятся ли они к реактивным или нет. Среди неактивных причин есть и такие что имеют отмеченные особенности (болезни эндокринной системы, несчастные случаи, отравления и травмы), и такие что не имеют (злокачественные новообразования, психические расстройства). Аналогичная ситуация наблюдается среди реактивных причин.

Возможно, что имело место два разных воздействия. Ситуация 1999 г. может быть связана с перестройкой работы МСЭК, как из-за перехода на новую ревизию МКБ, так и в связи с утверждением новых критериев признания инвалидности. Тогда как ускоренный рост в 2000 г. мог быть стимулирован изменениями в нормативно-правовой базе, связанными или несвязанными с празднованием 55-летия Победы в ВОВ. В отличие от 1995 г. в 2000 г. оказались затронуты показатели инвалидности не только в пенсионных, но и в предпенсионных возрастах, что свидетельствует о более системном характере события. Известно, что, начиная с 2000 г. активно дорабатывался закон «О Ветеранах»¹².

4.4 Различия в размере пенсии как стимул миграции пенсий

В отсутствии лиц с особыми заслугами перед страной (космонавты, депутаты, чемпионы и др.) список инвалидов с максимальными пенсиями возглавляют инвалиды - получатели двух пенсий. К элите принадлежат также инвалиды 1 группы по профзаболеваниям и только 3 (из 13) категории пенсионеров – не инвалидов. Инвалиды по общему заболеванию, получающие социальную пенсию, находятся на другом полюсе. Размер их пенсии составляет всего десятую часть средней по стране пенсии. Среди

¹² 12 января 1995 года № 5-ФЗ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О ВЕТЕРАНАХ», (в ред. Федеральных законов от 02.01.2000 № 40-ФЗ, от 04.05.2000 № 57-ФЗ, от 08.08.2001 № 124-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 27.11.2002 № 158-ФЗ, от 06.05.2003 № 52-ФЗ). Принят Государственной Думой 16 декабря 1994 года.

минимальных оказываются пенсии инвалидов 3 группы всех категорий. Фактически, поляризация пенсионеров по величине пенсии – это прежде всего поляризация инвалидов (Таблица 1, ПРИЛОЖЕНИЕ 5).

Полностью утратила свою элитарность пенсия по инвалидности для военнослужащих, и существенно потеряла ее пенсия для инвалидов вследствие радиационных аварий и катастроф. Снижение относительного уровня пенсий по инвалидности – общий процесс.

Ввиду огромной разницы в величине денежных выплат между 1-й и 3-й группой инвалидности, дифференциация по размеру пенсии по категориям инвалидности отражает также различия в структуре этих категорий по группам тяжести. В то же время, не меньшие различия в размере пенсий, существующие между категориями инвалидов, приводят к тому, что динамика среднего размера пенсии по группам тяжести инвалидности зависит от изменения доли инвалидов разных категорий (Таблица 2, ПРИЛОЖЕНИЕ 5).

Относительный уровень пенсии 3-ей группы за минувшее десятилетие упал больше, чем во 2-й и в 1-й группах, причем особенно сильное падение произошло в 1999-2001 гг. Однако введение в 1997 г. компенсационных выплат значительно смягчает потери, понесенные категориями с самыми низкими пенсиями. Причем, дифференциация снизилась и по категориям, и по группам инвалидности. Это могло способствовать снижению числа переходов в 1998-2001 гг., но разрыв как между группами, так и между категорией социальных пенсий по инвалидности и остальными категориями пенсий по инвалидности еще достаточно велик, чтобы не стимулировать переходы.

Основными направлениями потоков, на наш взгляд, остаются:

- из социальных пенсий – в трудовые по общему заболеванию (при условии выработки необходимого стажа);
- из инвалидов труда по общему заболеванию – на пенсию по старости (пенсия таких инвалидов значительно выше средней пенсии по старости, но равна или ниже, чем у инвалидов 1 группы по зрению и у инвалидов вследствие трудового увечья или радиации);
- отовсюду, но более вероятно, из инвалидов труда вследствие общего заболевания, как это уже было в 1998 г., – в инвалиды 1 группы по зрению, высокой пенсией которых, скорее всего, и объясняется значительный внешний приток в эту категорию на протяжении 1992-2001 гг.

В качестве резерва для пополнения рядов пенсионеров по инвалидности можно рассматривать всех пенсионеров, имеющих пенсию ниже, чем в «обще доступных» категориях инвалидности.

4.5 Переходы с пенсии по инвалидности на пенсию по старости

Обследования позволяют выделить отдельно тех, кто получает пенсию по инвалидности, и тех, кто имеет инвалидность, но получает другую пенсию. Сравнение возрастных распределений этих двух совокупностей показывает, что значительная часть пенсионеров по инвалидности переходит на другую пенсию. Кривые на Рисунках 4-5 почти зеркально симметричны. Ровно в возрасте выхода на пенсию – они устремляются навстречу друг другу и в возрасте 57 лет у женщин и 62 лет у мужчин, т.е. спустя 2 года после пенсионного рубежа, пересекаются и расходятся, образуя «миграционный» крест.

Рисунок 4. Доля инвалидов по возрасту: (1) всех; (2) с пенсией по инвалидности и (3) с другой пенсией. Мужчины, 2-я группа инвалидности (на 1000)

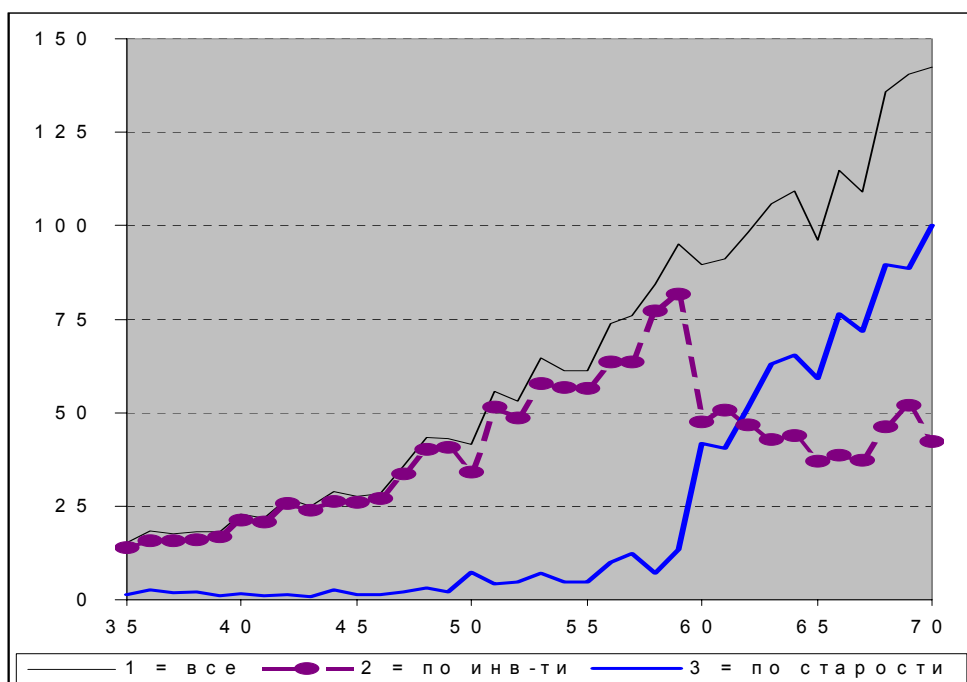
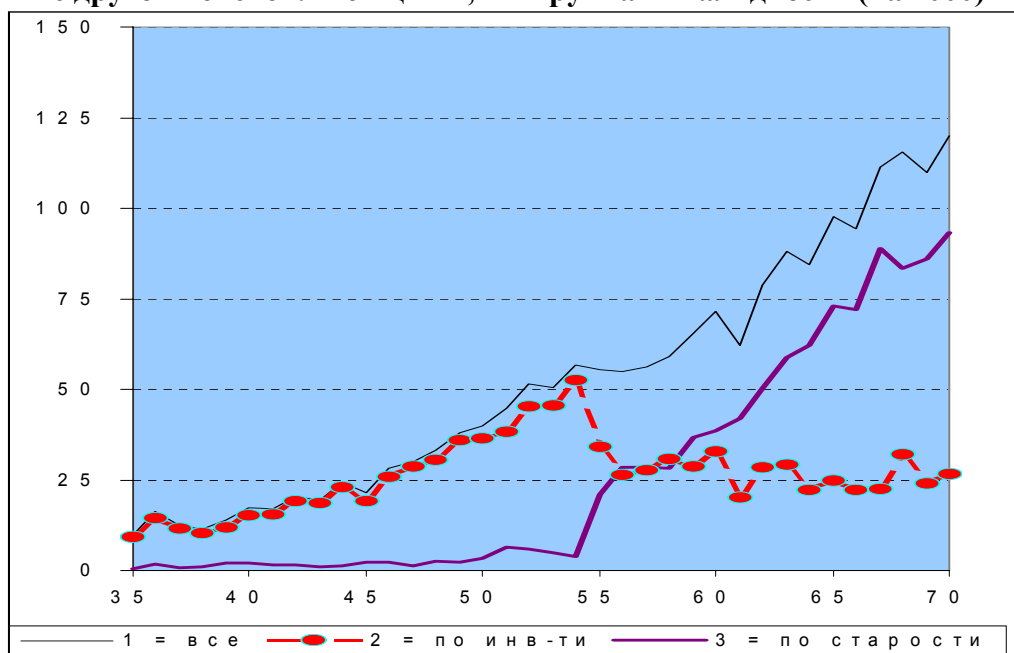


Рисунок 5. Доля инвалидов по возрасту: (1) всех; (2) с пенсией по инвалидности и (3) с другой пенсией. Женщины, 2-я группа инвалидности (на 1000)



Мы использовали эту информацию, чтобы оценить число коэффициент миграции с пенсии по инвалидности на пенсию по старости, опираясь на 1-летние сглаженные возрастные коэффициенты инвалидности. Результаты собраны в Таблице 3, ПРИЛОЖЕНИЯ 5. В таблицу попали далеко не все категории пенсий по инвалидности. Так, у инвалидности 1-й группы тяжести «миграционный крест» заметен, но относительно малая численность этой совокупности и крайняя нерегулярность возрастных коэффициентов не позволяют провести оценку.

Максимальная оценка показателей миграции выведена с помощью сглаживания исходных данных, при котором учитывалось ускорение роста инвалидности с возрастом в

предпенсионных возрастах и игнорировался «провал» в после пенсионных. Минимальная оценка – это доли «переходов», случившихся в возрасте выхода на пенсию, то есть гипотеза о том, что переходы происходят и после достижения пенсионной границе здесь отметалась. У женщин неопределенность в оценке очень велика, а уровень минимальной оценки в 2 раза ниже, чем у мужчин. Причиной тому – разница в возрасте выхода на пенсию. Если бы и мужчины уходили на пенсию по старости в 55 лет, их пенсионная миграция не достигала бы таких масштабов.

Поскольку львиная доля переходов концентрируется в одном возрастном интервале, а возрастная пирамида населения России сильно изрезана, то даже при неизменной интенсивности миграции пенсий общий коэффициент (на все или на все взрослое население) будет меняться год от года в зависимости от величины поколения проходящего этот возраст.

Полученные значения эмиграции пенсий по инвалидности в 2 раза ниже тех, что были сделаны нами ранее на материалах микропереписи 1994 года. Но и эти величины серьезно влияют на баланс движения контингента инвалидов, особенно в спокойные годы, когда балансовое соотношение близко к своему реальному уровню.

Движущий мотив «мигрантов» очевиден. Но отчасти, пенсионные миграции – один из способов досрочного выхода с рынка труда через пенсии по инвалидности.

4.6Смертность и уровень выбытия пенсий

Из совокупности инвалидов на начало 1994 г. выбыло в течение года около 10% инвалидов, причем половина потерь приходилась на смертность, то есть общий коэффициент смертности инвалидов, по оценке составил 5%. К сожалению, подобная оценка для других лет невозможна из-за отсутствия нужной информации. Остается другой – довольно косвенный – подход, основанный на сравнении выбытия инвалидов с выбытием пенсионеров.

Поскольку общая численность пенсионеров полностью закрыта к внутренним переходам с пенсии на пенсию, ее баланс должен формироваться только под влиянием естественных (не мотивационных) факторов, таких как смертность.

Действительно, динамика балансового соотношения пенсионеров совершенно непохожа на ту, что наблюдается у сопоставимой совокупности инвалидов, на фоне которой она почти линейна, а его значения очень близки к уровню смертности в старших возрастах (Рисунки 6-7).

На Рисунке 7 значения выбытия не просто близки уровню смертности в возрасте 55 лет и старше, но на участке 1996-2000 гг. повторяют изменения смертности. Как и должно было быть, фактически, они отражают смертность пенсионеров.

Рисунок 6. Балансовое соотношение: (1) Инвалиды - сопоставимая численность, (2) ВСЕ пенсионеры, (3) ВСЕ пенсионеры без детей получателей пенсии по случаю потери кормильца (СПК)

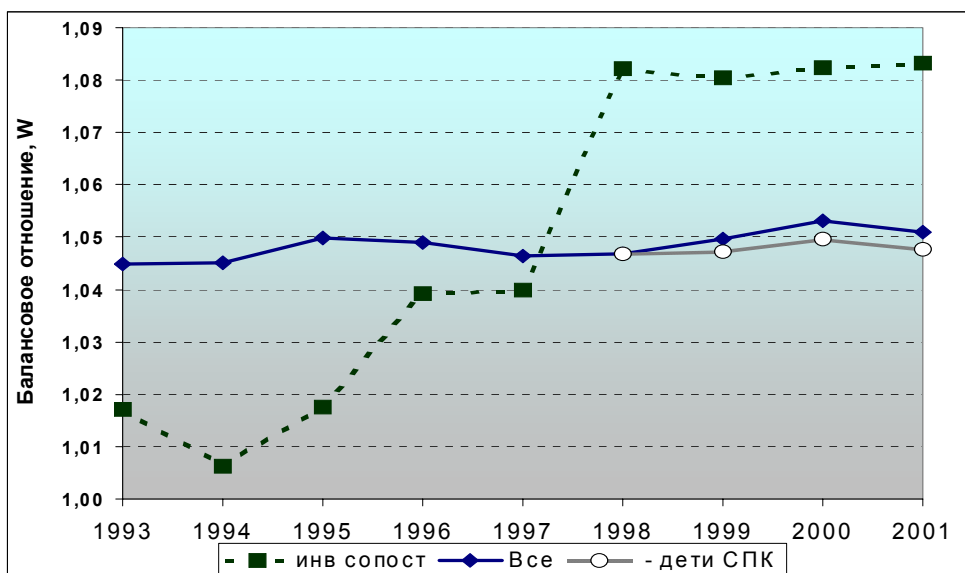
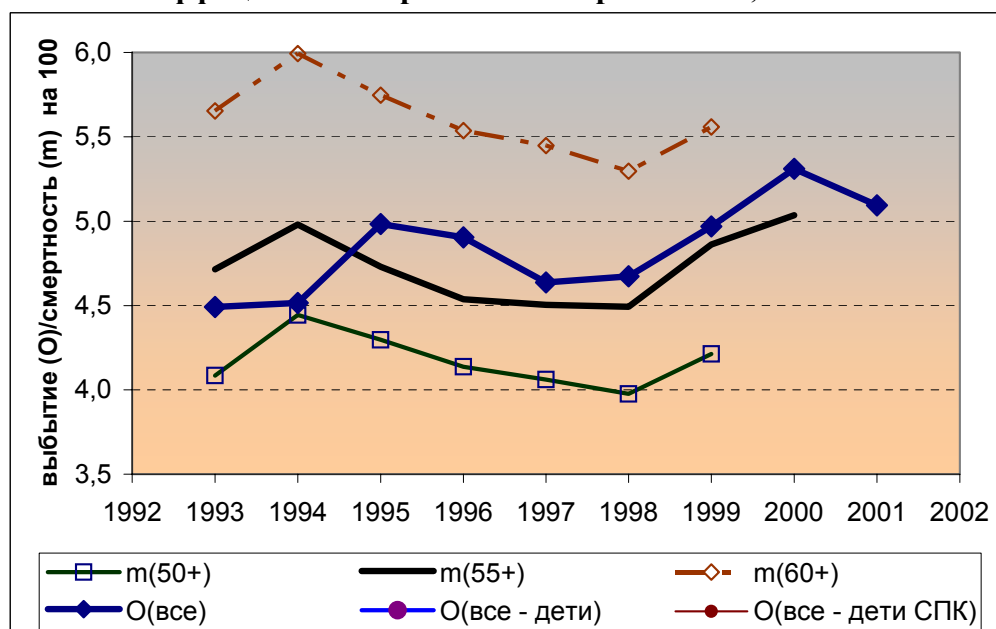


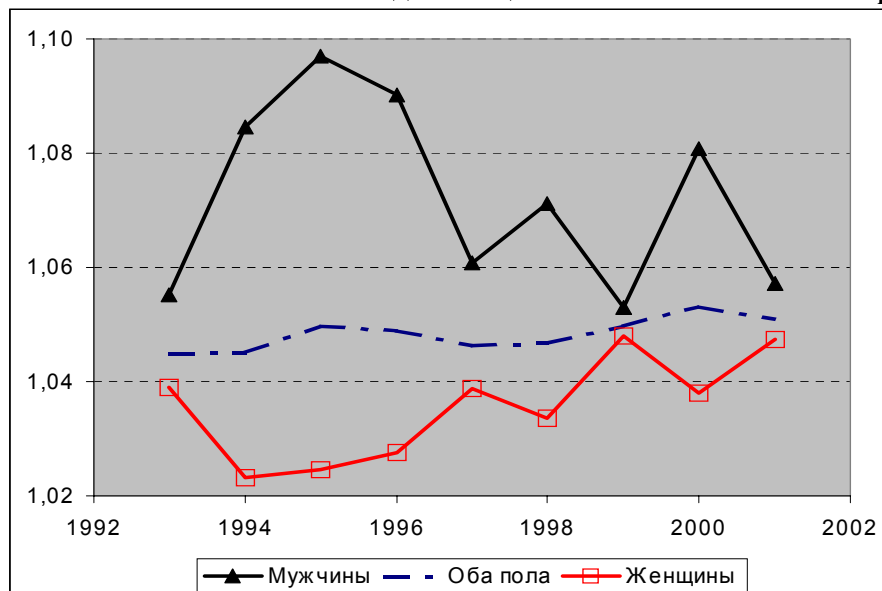
Рисунок 7. Уровень выбытия ($O = W - 1$) из общей совокупности пенсионеров и коэффициенты смертности в возрастах 50+, 55+ и 60+



Полностью отождествить этот показатель с показателями смертности мешает то, что (а) совокупность всех пенсионеров меняется вместе с пенсионным законодательством, и (б) она включает в себя такие совокупности пенсионеров, которые выбывают по другим причинам. Эффект полной реабилитации, вследствие которой инвалиды выбывают из совокупности пенсионеров, достаточно мал, чтобы существенно повлиять на уровень выбытия из общей совокупности пенсионеров. Более важное другое: с 1995 г. были введены многие категории пенсий по случаю потери кормильца (СПК), среди которых – дети до 18 лет (+1,76 млн. в 1995 г.), а с 1997 г. и учащиеся очных учебных заведений в возрасте до 23 лет (+0,2 млн.). Такого рода пенсионеры выбывают по мере взросления, окончания учебных заведений и появлению нового кормильца. Учитывая также, что смертность в детских возрастах значительно ниже, чем после 50 лет, на рисунке 6 для

1998-2001 гг.¹³ приведены также значения выбытия пенсионеров за вычетом детей, что, практически, дает чистый уровень смертности¹⁴ оставшихся пенсионеров. Он стал ниже, потому что вычтенная совокупность детей по СПК обладает высоким уровнем выбытия (примерно 10%). Возможно, возникновение новых категорий пенсионеров привело к полному несоответствию поведения показателя выбытия с поведением коэффициентов смертности в 1993-1995 гг.

Рисунок 8. Балансовое соотношение для общей численности пенсионеров по полу



Другая возможная причина – плохой учет пенсионеров в те годы. Оснований для таких подозрений немало. Например, если из общей совокупности пенсионеров выделить женщин, то соответствие между показателями смертности и выбытия сразу разрушится (Рисунок 8). Мало того, что выбытие меняется гигантскими скачками, просвечивающая сквозь зигзаги тенденция полностью противоречит тенденциям смертности. Минимум достигнут в год максимальной смертности (1994 г.), а затем выбытие растет вопреки снижению смертности. Но общая численность пенсионеров-женщин – такая же закрытая к миграции совокупность, как и общая численность пенсионеров обоих полов, следовательно, единственная причина ненормальности женского баланса – дефекты статистического учета.

Если предположить, что уровень смертности инвалидов примерно равен уровню смертности всех пенсионеров, то становится очевидным, насколько велик был приток в категории пенсий по инвалидности, входящих в сопоставимую совокупность, до 1998 г. Для 2001 гг. можно оценить уровень смертности этой совокупности, используя данные НОБУС. Общий уровень выбытия равен для сопоставимой совокупности 8%, из них около четверть приходится на переходы с пенсий по инвалидности на пенсию по старости, а остальные – на полную реабилитацию и смертность, а фактически на смертности. Если

¹³ Хотя открытие этой категории пенсии в разделе трудовых пенсий произошло в 1995 г., на следующий год данных по этим категориям не было, и следовательно, их баланс невозможно оценить до 1998 г.

¹⁴ В отличие от детей-инвалидов, большинство из которых меняют свой статус на статус «инвалид с детства», дети по СПК не имеют готового варианта перехода на другую пенсию, а просто теряют статус пенсионера. Это означает, что при вычитании детей по СПК из общей численности пенсионеров, совокупность оставшихся пенсионеров сохраняет свое свойство закрытости к внутренним переходам.

оценка уровня миграций (2%) точна, то общий коэффициент смертности составляет около 6%, что соответствует смертности инвалидов-мужчин в возрасте 45 лет и старше или смертности инвалидов 2 группы в возрастах 50 лет и старше или инвалидов 3-ей группы в возрастах 60 лет и старше (Таблица 1).

Таблица 1. Коэффициенты смертности инвалидов и не инвалидов в возрастах старше 39, 44, 54, 59 лет на 100 лиц, соответствующего возраста, Москва, 1995-1996 гг.

Совокупность	Смертность в возрастах старше:				
	39 лет	44 лет	49 лет	54 лет	59 лет
группа 1	9,1	11,8	14,3	16,7	20,0
группа 2	4,8	5,3	5,9	6,7	7,1
группа 3	3,4	4,0	4,5	5,3	5,9
инвалиды, мужчины	5,0	5,9	6,4	7,1	8,0
инвалиды, женщины	3,5	3,7	4,1	4,6	5,3
не инвалиды	2,6	2,9	3,3	3,8	4,5

Источник: Страхование от несчастных случаев на производстве: актуарные расчеты. Под общей редакцией В.Н.Баскакова. Academia, 2001, с.58-59, рис. 3.7 и 3.8 - Расчеты (грубые) на основе указанных диаграмм.

Заметим, что 6% - это минимальная оценка смертности, так как в каком-то объеме приток в пенсии по инвалидности, надо думать, продолжается. Однако, эта минимальная оценка смертности выше, чем уровень выбытия инвалидов из 1 группы, равный 5%. Поскольку 2/3 сопоставимой составляют инвалиды 2 группы, то ее оценка выглядит достаточно разумна, а вот выбытие из 1 группы - неразумно низко (

Таблица). Если ориентироваться на данные из

Таблица, смертность инвалидов 1-й группы должна быть не менее 10%, то есть на 5 пунктов выше уровня, полученного из балансового соотношения. Как известно, 1 группа инвалидности самая малочисленная (700 тыс. или 13%) в сопоставимой совокупности, достаточно 35 тысяч переходов или 1% пенсий по инвалидности из 2-й группы, что вполне правдоподобно.

Таким образом, анализ показывает, что уровень балансового соотношения, характерный для 1999-2001 гг., действительно находится в «нормальной» зоне, что закончился этап бурного реструктурирования контингента инвалидов, и если не произойдет что-нибудь экстраординарное, то следует ожидать, что численность инвалидов стабилизируется.

5. Социально-экономическое положение инвалидов

В данной части работы мы обратимся к результатам расчетов, основанных на базе данных обследования НОБУС (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 6), с целью проведения анализа образования, занятости, доходов инвалидов и сравнения социально-экономического положения инвалидов и неинвалидов, а так же домохозяйств с инвалидами и без. Следует отметить так же, что авторы сочли целесообразным отдельно рассмотреть группу респондентов, не являющихся инвалидами, но проживающих в домохозяйствах с инвалидами. Это связано с тем, что с самого начала в числе главных гипотез исследования конфигурировало следующее предположение: наличие инвалида в домохозяйстве приводит к ограничению трудовой, экономической и социальной активности других членов этого домохозяйства в сравнении с членами аналогичных по типу домохозяйствами, но без инвалидов.

Прежде чем перейти к описанию результатов, несколько слов о том, как идентифицировались инвалиды по базе данных НОБУС. В целом, было найдено два пути выявления респондентов-инвалидов: по видам пенсий, назначенных опрошенным, и по категориям льготополучателей, к которым опрошенные были отнесены. Соответственно, в число инвалидов попали те, чьи ответы хотя бы по одному из двух блоков вопросов позволяли идентифицировать их как инвалидов.

Итак, численность респондентов-инвалидов, неинвалидов из домохозяйств с инвалидами и неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов, по базе обследования НОБУС оценивается так:

<i>Доля респондентов-инвалидов</i>	<i>6,4%</i>
<i>Доля респондентов, не являющихся инвалидами</i>	<i>93,6%</i>
<i>в том числе:</i>	
<i>проживающие в д/х с инвалидами</i>	<i>8,6%</i>
<i>проживающие в д/х без инвалидов</i>	<i>85,0%</i>

При переходе на уровень домохозяйств, получаем следующие цифры:

<i>Доля домохозяйств с инвалидами</i>	<i>15,0%</i>
<i>Доля домохозяйств без инвалидов</i>	<i>85,0%</i>

5.1 Образование

Начнем описание результатов расчетов, проделанных на базе данных обследования НОБУС, с анализа образования респондентов инвалидов, неинвалидов из домохозяйств с инвалидами, и неинвалидов, проживающих в семьях без инвалидов.

Хотя логика обследования НОБУС предполагает, что на вопрос об образовании отвечают все респонденты в возрасте от 6 лет, мы будем говорить в этой части работы об опрошенных старше 21 года. Это обосновано желанием получить представление о том, с каким багажом выходят респонденты инвалиды и неинвалиды на рынок труда в возрасте, к которому, как правило, уже приобретает высшее образование, при условии наличия стремления и возможности его получить.

Итак, большинство опрошенных, независимо от того, к какой из перечисленных категорий респондентов они относятся, указывают на наличие среднего профессионального (среднего специального) образования: среди инвалидов доля таковых - 22,6%, среди неинвалидов из семей с инвалидами – 26,8%, а в числе неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов – 28,9% (Таблица 1, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Если рассматривать неинвалидов, то за получившими среднее специальное образование следуют респонденты, имеющие среднее образование – 20,3% неинвалидов из семей с инвалидами и 19,1% неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов.

Вторая по численности группа среди инвалидов, составляющая 19%, – получившие неполное среднее образование. Всего 0,1% уступают им респонденты-инвалиды со средним образованием.

Надо заметить, что респондентов, не имеющих среднего образования, среди инвалидов в 1,6 раза больше, чем среди неинвалидов, являющихся членами семей с инвалидами, и почти вдвое больше, нежели среди неинвалидов из домохозяйств без инвалидов.

Напротив, в 1,5 -2 раза меньше, по сравнению с неинвалидами, респондентов-инвалидов, получивших высшее образование: 10,4% против 15,4% неинвалидов из домохозяйств с инвалидами и 17,7% неинвалидов, проживающих в семьях без инвалидов.

Общая численность имеющих не только высшее, но и послевузовское образование невелика, и среди инвалидов таких респондентов ничтожно мало – менее 0,1%.

В целом, можно заключить, что респонденты-инвалиды обладают меньшими возможностями получения образования выше среднего, нежели остальные респонденты, а в числе неинвалидов дискриминированными оказываются проживающие в домохозяйствах с инвалидами.

Отдельно рассмотрим инвалидов 1-й группы (3-й степени), как респондентов с наиболее тяжелыми заболеваниями, которые, по всей видимости, должны оказаться более дискриминированными в отношении возможности получения образования, нежели другие категории респондентов. Действительно, среди инвалидов 1-й группы (3-й степени) доля не имеющих среднего образования несколько выше соответствующей доли по инвалидам в целом – почти 40%. Среднее образование получили 17,8%, а высшее – 8,9%, тогда как при учете всех инвалидов эти показатели составляют 18,9% и 10,4%. А респондентов, закончивших послевузовское образование в числе инвалидов 1-й группы (3-й степени) вообще нет (Таблица 2, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Как показывают результаты исследования, неинвалиды, являющиеся членами домохозяйств с инвалидами 1-й группы, оказываются дискриминированы более неинвалидов из семей с инвалидами других групп. Так, если среди последних не имеют среднего образования 24,5%, то среди членов семей инвалидов 1-й группы (3-й степени) таких – 28,8%. Доли получивших среднее образование отличаются незначительно – на 0,2%, но процент респондентов с высшим образованием ощутимо падает, если от

рассмотрения неинвалидов из домохозяйств с инвалидами всех групп перейти к массиву проживающих с инвалидами 1-й группы (3-й степени).

Для того, чтобы исключить ошибки связанные с недоучетом тех, кто на момент опроса продолжает учебу, были построены таблицы сопряженности по вопросам «Какое у Вас на данный момент имеется образование?» и «Учитесь ли Вы в настоящее время?». Среди респондентов старше 21 года продолжающих учебу оказалось 3,2%. Доля инвалидов, обучающихся в момент опроса составила 0,4%, неинвалидов, проживающих с инвалидами, - 3,3% (причем, если рассматривать респондентов из домохозяйств с инвалидами 1-й группы, этот показатель снижается до 3,0%) , а в числе неинвалидов из семей без инвалидов таковых оказалось – 3,4%.

5.2 Занятость

5.2.1 Общая характеристика занятости

Анализируя различия в занятости неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов, неинвалидов, являющихся членами домохозяйств с инвалидами, и самих инвалидов, можно отметить следующие немаловажные факты:

- доля занятых среди респондентов из домохозяйств без инвалидов выше не только относительно аналогичного показателя по инвалидам, но и относительно доли занятых респондентов, не являющихся инвалидами, но проживающих в семьях с инвалидами;
- еще более драматичный разрыв в долях занятых наблюдается при сравнении респондентов, не являющихся инвалидами и проживающих в домохозяйствах без инвалидов, с неинвалидами из семей инвалидов 1-й группы (3-й степени).

Остановимся на описании сложившейся ситуации подробнее.

Для определения статуса занятости были использованы переменные базы данных НОБУС, характеризующие трудовую активность респондентов за семидневный и трехмесячный периоды, предшествующие моменту опроса. Соответственно, отдельно были идентифицированы занятые по критерию работы в течение 7 последних дней и по критерию работы на протяжении 3-х месяцев, а также занятые по совокупности этих критериев.

Таким образом, были получены следующие данные. Среди респондентов из домохозяйств без инвалидов занятыми являются 46,2% (1,3% - идентифицируются только по критерию работы в течение 7 последних дней, 0,4% - только по работе за последние 3 месяца, 44,61% - по обоим критериям). Что превышает аналогичный показатель по неинвалидам из семей с инвалидами на 5%, а по инвалидам – почти на 30% (Таблица 3, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Что касается разницы в занятости неинвалидов и инвалидов, она представляется весьма предсказуемой. В тоже время, нельзя не обратить внимание на разрыв в долях работающих среди респондентов неинвалидов, принадлежащих к разным типам домохозяйств – с инвалидами и без – вопрос, требующий пристального изучения, которое ранее в других исследованиях отмечено не было.

Итак, сравнение процента занятых среди членов домохозяйств без инвалидов и с инвалидами – оказывается не в пользу последних: если среди респондентов из семей, не обремененных инвалидами 53,7% являются незанятыми, то в числе членов домохозяйств с инвалидами таких - 58,8%.

Однако при отдельном рассмотрении домохозяйств с инвалидами самой тяжелой категории заболеваний – инвалидами 1-й группы или 3-й степени – обнаруживается еще более значимая дискриминация в возможностях трудоустройства здоровых членов семей с инвалидами. Только 36,1% таких респондентов оказываются занятыми (1,5% - идентифицируются только по критерию работы в течение 7 последних дней, 0,2% - только по работе за последние 3 месяца, 34,4% - по обоим критериям) (Таблица 4, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Нельзя не обратить внимание на то, что показатель доли занятых инвалидов 1-й группы (3-й степени) несколько выше оценки, полученной для всей совокупности инвалидов -13,8% против 11,4 (Таблицы 3-4, ПРИЛОЖЕНИЕ 7). Четкого объяснения данному феномену найти не удастся, однако, вероятнее всего, мы имеем дело с искажением реальной картины за счет смещения выборки респондентов-инвалидов в сторону инвалидов 2-й группы (2-й степени) и недостаточного представительства инвалидов 1-й группы (3-й степени). Проверить достоверность этого предположения не представляется возможным, так как фактически ни одна из существующих баз данных не позволяет более детально изучить занятость инвалидов.

До этого момента мы рассматривали массив всех респондентов НОБУС, однако более корректно анализировать занятость, задав жесткие возрастные рамки.

Изучая ответы респондентов в возрасте 15-72 лет, находим подтверждение выводам сделанным выше: наименьшая доля занятых наблюдается среди инвалидов (15,1%), почти в 3,5 раза больше доля занятых среди неинвалидов, проживающих в семьях с инвалидами (52,7%), наконец, еще выше процент занятых среди респондентов из домохозяйств без инвалидов (59,6%) (Таблица 5, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Обращаясь к респондентам неинвалидам, снова находим подтверждение тому, что наибольшие шансы оказаться незанятыми наблюдаются у членов домохозяйств с инвалидами 1-й группы (3-й степени). Более половины этих респондентов (51,9%) не имеют работы: 2,0% могут считаться занятыми на основании критерия работы в течение последних 7-ми дней, 0,3% - только по критерию наличия работы за последние 3 месяца, 45,8% - причисляются к занятым в соответствии с обоими критериями. Таким образом, получаем оценку занятости респондентов неинвалидов в возрасте от 15 до 72 лет из домохозяйств с инвалидами 1-й группы равную – 48,1% (Таблица 6, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Еще более сузим возрастные рамки и обратимся к массиву респондентов трудоспособного возраста - мужчины от 16 до 59 лет и женщины от 16 до 54 лет.

Итак, уровень занятости респондентов, не являющихся инвалидами и проживающих в домохозяйствах без инвалидов, относящихся к данной возрастной категории, составляет без малого 71% (около 2% - идентифицируются только по критерию работы в течение 7 последних дней, 0,6% - только по работе за последние 3 месяца, 68,4% - по обоим критериям). Соответственно, как незанятые идентифицируются 29% таких респондентов.

Среди опрошенных относящихся к членам домохозяйств с инвалидами, но не являющихся инвалидами, доля незанятых - 36%, что превышает процент незанятых из числа семей без инвалидов в 1,2 раза. Оставшиеся 63,9% - респонденты признанные занятыми - идентифицировались следующим образом: 2,4% - только по критерию работы в течение 7 дней предшествовавших опросу, 0,7% - только в соответствии с критерием работы за 3 последних месяца, 60,8% - по обоим критериям - что в сумме дало означенную выше оценку занятости.

Что касается самих инвалидов, лишь 24,2% таких респондентов, находящихся в трудоспособном возрасте, относятся к занятым (1,1% - идентифицируются только по критерию работы в течение 7 последних дней, 0,3% - только по работе за последние 3 месяца, 22,8% - по обоим критериям) (Таблица 7, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

При обращении к массиву респондентов из домохозяйств с инвалидами 1-й группы (3-й степени), снова обнаруживается, что по сравнению с другими неинвалидами максимально рискуют оказаться незанятыми входящие именно в эту категорию. Порядка 40% респондентов трудоспособного возраста, проживающих в семьях с инвалидами 1-й группы (3-й степени), не попали в число занятых ни по одному из выбранных критериев.

Что касается занятых из рассматриваемой категории респондентов (т.е. 60% трудоспособных проживающих в семьях с инвалидами 1-й группы (3-й степени)), то 2,7% из их числа идентифицируются только на основе критерия работы в течение 7 дней,

предшествующих опросу, 0,5% - на базе критерия наличия работы за три месяца, 56,3% - по обоим критериям (Таблица 8, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Заметим, что отдельное рассмотрение занятости группы респондентов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов 1-й группы (3-й степени), не дало значимо отличных результатов от показателей, полученных для опрошенных, в чьих домохозяйствах нет инвалидов никакой группы: если не учитывать возраста респондентов, то доля занятых среди членов семей без инвалидов 1-й группы оценивается на уровне 56,0%, при рассмотрении возрастной группы 15-72 года – 41,8%, при обращении к трудоспособному возрасту – 31,4%. Однако, это ничуть не умоляет значимости данных результатов и позволяет утверждать, что необходимо исследовать не только инвалидов, но и изучать особенности, связанные с каждой из специфических групп инвалидности.

5.2.2 Распространенность множественной занятости

Помимо установления наличия/отсутствия занятости инвалидов и неинвалидов, немаловажным является также изучение распространенности множественной занятости среди респондентов каждой из выделенных категорий.

База данных НОБУС позволила выделить следующие типы занятости респондентов: основная работ, дополнительная работа, приработки. Соответственно, была получена возможность проанализировать масштабы распространенности множественной занятости у инвалидов, неинвалидов, проживающих в домохозяйствах с инвалидами, и неинвалидов, являющихся членами семей без инвалидов.

Респонденты каждой категории были разделены на группы по числу видов занятости: 1) имеющие только основную работу; 2) имеющие основную работу и дополнительную; 3) имеющие основную работу и приработки; 4) имеющие основную работу, дополнительную и приработки.

Подавляющее большинство респондентов – и инвалидов, и неинвалидов из семей с инвалидами, и неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов, - отметили, что заняты только на одной основной работе. В зависимости от рассматриваемой нами группы, доля таких респондентов колеблется в пределах 96-97% (Таблицы 9-12, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Не вошедшие в группу занятых на одной основной работе распределяются по остальным группам следующим образом. Трудящиеся на основной и дополнительной работе составляют примерно 2-3% от численности занятых в каждой из рассматриваемых нами категорий респондентов. Около 1% указывают, что имеют основную работу и приработки. Менее 0,5% отмечают, что трудятся на основной работе, дополнительной, а кроме этого занимаются приработками.

Здесь необходимо заметить, что среди инвалидов 1-й группы (3-й степени) не встречаются те, кто кроме основной работы занят на дополнительной и имеют вдобавок приработки, что представляется вполне логичным (Таблицы 10,12, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Более интересен факт наличия работы у 16,5% инвалидов 1-й группы (3-й степени) в возрасте 15-72 лет или 26,9% - трудоспособного возраста, т.е. у 95,9% или 96,8%, соответственно, занятых инвалидов этой категории, характеризующей респондентов с самыми серьезными заболеваниями.

Но не только респонденты-инвалиды 1-й группы (3-й степени) не попали в число занятых на основной, дополнительной работе и приработках. Опрошенные, проживающие в домохозяйствах с инвалидами 1-й группы (3-й степени) также оказались вычеркнуты из списка работников, имеющих все рассматриваемые виды занятости.

В целом же, наличие множественной занятости оказалось нехарактерным для всех рассматриваемых категорий респондентов.

5.2.3 Продолжительность рабочего времени

Есть основания полагать, что занятость инвалидов, а также членов домохозяйств с инвалидами отличается от занятости других респондентов не только по факту наличия/отсутствия работы, но и по продолжительности труда в день и по числу рабочих дней в неделю.

Для проверки данной гипотезы был проведен анализ длительности рабочего времени респондентов различных категорий. Анкета позволила рассмотреть среднее количество часов, отрабатываемых респондентами на основной работе в неделю, и фактическую продолжительность труда за последние семь дней. Так как при сравнении средней и фактической длительности рабочей недели было обнаружено, что определенное отклонение существует, но оно характерно для всех трех категорий респондентов, остановимся подробнее на рассмотрении только одного из показателей длительности рабочей недели. Обратимся к средней продолжительности работы респондентов, как к более объективной оценке недельной занятости.

Распределение респондентов по времени, затрачиваемому на основную работу в неделю, приведено в Таблицах 13-16, ПРИЛОЖЕНИЕ 7.

При сопоставлении длительности рабочей недели инвалидов и неинвалидов, можно отметить, что доля инвалидов, занятых менее 40 часов в неделю, превышает соответствующую долю неинвалидов. Однако большинство респондентов-инвалидов и респондентов, ими не являющихся, отводят для работы около 40 часов в неделю. Среди занятых инвалидов экономически активного возраста доля работающих от 31 до 40 часов еженедельно - 62,8%, среди неинвалидов - около 68% (Таблица 13, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Отдельно заметим, что значимой разницы между распределением неинвалидов, проживающих в домохозяйствах с инвалидами, и неинвалидов из семей с инвалидами по количеству рабочих часов в неделю не наблюдается. Причем разница эта оказывается еще менее выражена, если в фокусе внимания находятся респонденты трудоспособного возраста (Таблица 15, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

При обращении к иной классификации домохозяйств – домохозяйства с инвалидами 1-й группы (3-й степени) и без инвалидов 1-й группы (3-й степени) - обнаруживаем, что разница в долях занятых по 31-40 часов в неделю среди неинвалидов из разных типов домохозяйств несколько больше: если среди занятых из семей без инвалидов 1-й группы (3-й степени) таких – 68,1%, то среди проживающих в домохозяйстве с инвалидом 1-й группы (3-й степени) – 66%. А доля сверхзанятых выше среди последних: если рассматривать респондентов экономически активного возраста – 27,1% против 25,4% среди тех, кто является членом домохозяйства без инвалидов 1-й группы (3-й степени); если трудоспособного – 27,9% против 25,9% (Таблицы 14, 16, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Что касается самих инвалидов 1-й группы (3-й степени), то большинство из них, по аналогии с другими респондентами, трудятся по 31-40 часов в неделю – 65,4% занятых в возрасте 15-72 лет или 64,4% трудоспособного возраста. При этом, по доле сверхзанятых инвалиды 1-й группы лишь незначительно уступают другим респондентам-инвалидам – разница составляет менее 1%.

5.3 Заработная плата

В данной части работы рассмотрим средние доходы инвалидов, неинвалидов из домохозяйств с инвалидами и неинвалидов, проживающих в семьях без инвалидов, получаемые от основной, дополнительной работы, за счет приработков и в целом от всех видов трудовой деятельности.

Обратимся в первую очередь к результатам, полученным на основе анализа ответов респондентов в возрасте от 15 до 72 лет.

Сравнивая среднюю заработную плату инвалидов и неинвалидов на основном месте работы, обнаруживаем, что доход от основной занятости у инвалидов меньше, чем у других респондентов. Так, заработная плата неинвалидов из домохозяйств с инвалидами превышает заработную плату инвалидов почти в 1,3 раза, а заработная плата неинвалидов, являющихся членами семей без инвалидов – в 1,5 раза.

Напротив сравнение доходов от дополнительной занятости и приработков инвалидов и неинвалидов – не в пользу последних. Если инвалиды получают от дополнительной занятости в среднем около 2 028 рублей в месяц, а от приработков – 1 500 р., то неинвалиды из семей без инвалидов – 1976 рублей и 1473,2 рублей, соответственно.

Интересно, что если по заработной плате на основном месте работы лидируют респонденты из домохозяйств без инвалидов, а проигрывают – инвалиды, то по средним доходам от дополнительной работы и приработков отстают проживающие с инвалидами.

Однако при оценке средней суммарной заработной платы, наблюдается картина аналогичная той, что отмечается при рассмотрении доходов от основной работы: инвалиды в среднем зарабатывают меньше других респондентов (Таблица 17, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Рассматривая отдельно заработную плату инвалидов 1-й группы (3-й степени), можно отметить, что на основной работе они имеют возможность заработать незначительно больше чем другие инвалиды, но по заработной плате на дополнительном месте, как и по доходу от приработков значительно им проигрывают. Однако средние суммарные заработные платы фактически совпадают.

Дискриминированными по заработной плате по сравнению с другими неинвалидами оказываются те, кто проживают вместе с инвалидами 1-й степени (3-й группы). Лишь средние приработки этой категории респондентов оказываются немного выше приработков других неинвалидов (Таблица 18, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Несколько слов о результатах, полученных при работе с базой респондентов трудоспособного возраста. Сразу отметим, что они фактически не отличаются от описанных выше. В целом, отмечается лишь то, что средняя заработная плата респондентов всех категорий трудоспособного возраста незначительно превышает среднюю заработную плату опрошенных экономически активного возраста. Все соотношения величин заработной платы сохраняются: как при сопоставлении доходов от разных видов занятости, так и при сравнении заработков различных категорий респондентов (Таблица 19, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Пожалуй, единственным отличием является отсутствие среди опрошенных в возрасте 15-72 лет респондентов-инвалидов 1-й группы (3-й степени), имеющих такой вид трудового дохода как приработки (Таблица 20, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

Следует оговорить, что средняя заработная плата инвалидов оказывается ниже не потому, что эта группа респондентов трудиться менее других по времени. Такой вывод позволяют сделать данные о среднем заработке на основной работе респондентов, отрабатывающих 31-40 часов в неделю. Итак, если проживающие без инвалидов и занятые по 31-40 часов в неделю получают 3 688 рублей в месяц, то неинвалиды из семей с инвалидами – 3 074 рубля, а сами инвалиды – 2 438 рублей.

Еще одним доказательством того, что разница в заработных платах инвалидов и неинвалидов не обуславливается разницей в продолжительности рабочего времени, является сравнение почасовых нормативных ставок оплаты труда респондентов рассматриваемых категорий. Оценки, сделанные по массиву опрошенных экономически активного и трудоспособного возрастов фактически совпадают: средняя почасовая ставка работников-инвалидов в 1,2 раза ниже соответствующей ставки респондентов не являющихся инвалидами, но проживающих в семьях с ними, и в 1,4 раза проигрывает той, что отмечается у респондентов, являющихся членами домохозяйств без инвалидов (Таблица 21, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

5.4 Доходы домохозяйств

В заключение рассмотрим доходы домохозяйств с инвалидами и без инвалидов. Очевидно, инвалиды являются фактором дополнительной нагрузки на домохозяйство, так как в подавляющем большинстве случаев являются незанятыми, а, кроме того, нуждаются в помощи со стороны других членов домохозяйства, что вынуждает последних ограничивать рабочее время или выбирать дискриминационные формы занятости (например, с гибким графиком, но и с меньшей заработной платой).

Расчеты, проведенные по базе данных НОБУС, позволяют подтвердить сделанное предположение. Действительно, средний доход на человека в домохозяйствах без инвалидов в 1,25 раза превышает душевой доход домохозяйств с инвалидами. Так, если в среднем на проживающего с инвалидом приходится около 1 845 рублей в месяц, то на члена домохозяйства без инвалидов – 2 313 рублей.

Заметим, что значительной разницы между средними доходами на человека в домохозяйствах с инвалидами 1-й группы и в домохозяйствах с другими инвалидами не наблюдается (Таблица 22, ПРИЛОЖЕНИЕ 7).

5.5 Заключение

1. Рассматривая образование респондентов, обнаруживаем, что наибольшая группа инвалидов не имеет среднего образования, тогда как среди прочих опрошенных преобладают респонденты со средним специальным образованием.

При сравнении респондентов неинвалидов, проживающих в домохозяйствах без инвалидов, и, являющихся членами семей с инвалидами, фиксируется ущемленность последних в отношении возможности получения образования выше среднего.

Вывод:

В целом, инвалиды оказываются наиболее ограничены в доступе к образованию, причем максимально ущемленными являются инвалиды 1-й группы (3-й степени). Однако неинвалиды, проживающие в домохозяйствах с инвалидами, также дискриминированы в возможности получения образования по сравнению с неинвалидами, из семей без инвалидов.

2. Обращаясь к анализу занятости респондентов, приходим к заключению: подавляющее большинство инвалидов являются незанятыми – менее четверти инвалидов трудоспособного возраста удается найти работу.

Вероятность попасть в число занятых для неинвалидов из семей с инвалидами меньше, чем для прочих неинвалидов.

Наличие нескольких работ крайне нехарактерно для всех категорий респондентов, но инвалиды реже других респондентов демонстрируют практику множественной занятости.

При отсутствии значимой разницы в продолжительности трудовой недели инвалидов и неинвалидов, отмечается существенный разрыв в оплате труда различных категорий респондентов: суммарная заработная плата неинвалидов из домохозяйств без инвалидов оказывается больше не только заработной платы инвалидов, но и заработной платы неинвалидов, проживающих в семьях с инвалидами.

Вывод:

Ограничения в занятости и заработной плате существуют не только для инвалидов, но и для членов семей с инвалидами, что подтверждает гипотезу о дискриминационном положении как первой, так и второй из перечисленных категорий населения на рынке труда.

3. Результаты исследования доходов домохозяйств с инвалидами и без таковых позволяют утверждать, что в среднем доход на одного члена семьи с инвалидами в 1,3 раза меньше, душевого дохода в домохозяйствах без инвалидов.

Вывод:

Существующие на сегодняшний день пособия, дотации и льготы для инвалидов, не обеспечивают инвалидам и членам их домохозяйств уровень жизни сопоставимый с уровнем, достигаемым семьям без инвалидов.