

УДК 314.44

## **ИЗМЕРЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ И ПОЛОЖЕНИЕ ИНВАЛИДОВ: РОССИЙСКИЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПОДХОДЫ<sup>1</sup>**

**А.Я. Бурдяк, А.О. Тындик**

Российская академия народного хозяйства и государственной службы  
при Президенте Российской Федерации  
E-mail: aleksandra.burdyak@gmail.com; tyndik-ao@rane.ru

Социальное положение инвалидов в России рассмотрено в соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов. С помощью данных количественного социологического исследования проведено сравнение российского и международного подходов к определению инвалидности. Показано, что расширение понятия инвалидности увеличивает численность российских инвалидов в полтора раза и меняет половозрастную структуру данной группы населения. Положение инвалидов исследуется в контексте включенности в рынок труда. Изучены мнения о проблемах инфраструктуры и удовлетворенность государственной поддержкой инвалидов.

*Ключевые слова:* инвалидность, статистика инвалидности, Конвенция о правах инвалидов, положение инвалидов, социологические данные.

## **MEASUREMENT OF DISABILITY AND SOCIO-ECONOMIC STATUS OF DISABLED: THE RUSSIAN AND INTERNATIONAL APPROACHES**

**A. Ya. Burdyak, A. O. Tyndik**

Institute for Social Analysis and Prediction of Russian Presidential Academy  
of National Economy and Public Administration  
E-mail: aleksandra.burdyak@gmail.com; tyndik-ao@rane.ru

Socio-economic status of persons with disabilities in Russia is considered in accordance with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The comparative analysis of Russian and international definitions of disability is made by sociological survey method. It is shown that the extension of disability concept would increase number of disabled people by half. Gender-age structure of this group of population would be changed as well. Status of persons with disabilities is studied in the context of labour market participation. Their opinion on infrastructure issues and satisfaction by the state support are described.

*Keywords:* disability, disability statistics, Convention on the rights of persons with disabilities, status of persons with disabilities, sociological data.

## **ПРОБЛЕМА ИЗМЕРЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ**

Ратификация Российской Федерацией в 2012 году Конвенции о правах инвалидов [16, 34] накладывает на страну ряд международных обязательств, к числу которых относится регулярная подготовка докладов о социально-экономическом положении инвалидов. В основе любой программы дей-

---

<sup>1</sup> Проект выполнен в рамках Научно-исследовательской работы «Анализ социально-экономического положения инвалидов и семей с инвалидами с учетом региональных особенностей бюджетной обеспеченности социальной политики» ИНСАП РАНХиГС в 2015 г.

ствий по реализации прав инвалидов и улучшении их положения лежит надлежащее информационное обеспечение, фундаментом которого является система статистики инвалидности – сбор, разработка, анализ и распространение данных по инвалидности. Конвенция также обязывает страны-участницы создавать национальные системы мониторинга прав и положения инвалидов (ст. 31, 33 Конвенции). Сложившаяся к настоящему моменту система статистики инвалидности в России фрагментарна, противоречива и непрозрачна, а ее подходы к измерению инвалидности не соответствуют современным международным стандартам [5, 6, 12].

Национальная система мониторинга положения инвалидов должна базироваться на трех составляющих: данных государственного статистического наблюдения, оценках сплошных и выборочных наблюдений. Имеющиеся в России формы государственного статистического наблюдения (ПФР РФ и МСЭ) предназначены для решения узковедомственных задач, это же характерно в отношении отраслевых форм статистического наблюдения, именно которые являются основными источниками информации о численности и структуре контингента инвалидов в России [25]. Надежность оценок числа инвалидов переписями населения (2002, 2010 гг.) невысока, а ее расхождения с данными статистического учета огромны [15]. Крупномасштабные выборочные обследования последних лет (НОБУС, RLMS, РидМиЖ, КОУЖ) не ставили своей целью исследование положения инвалидов, поэтому они оценивают численность только тех, кто официально оформил инвалидность. Помимо этого при опросе всего населения даже в крупные выборки попадает небольшое число лиц с инвалидностью, что не позволяет проводить детальный анализ этой социальной группы.

Главное же отличие всех трех составляющих действующей системы мониторинга положения инвалидов в России от международных стандартов состоит в том, что она опирается на собственное определение инвалидности. Это означает, что инвалидом признается человек, обратившийся в бюро Медико-социальной экспертизы (МСЭ) и получивший соответствующий статус после процедуры освидетельствования. Первая возникающая при таком подходе проблема заключается в том, что измерение инвалидности базируется на статистике обращаемости. Число обратившихся за официальным статусом далеко не полностью пересекается с реальным контингентом инвалидов. Вторая проблема состоит в том, что МСЭ при назначении статуса все еще базируется на модели инвалидности, отличной от принятой в Конвенции ООН.

Сформулированное в Конвенции общее определение инвалидности<sup>2</sup> полностью соответствует модели инвалидности из «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» [33], исходит из биопсихосоциальной модели инвалидности и рассматривает взаимодействие между статусом здоровья и факторами контекста, в котором происходит функционирование человека. Согласно современной трактовке международных организаций ООН и ВОЗ (Всемирная организа-

<sup>2</sup> Статья 1 Конвенции о правах инвалидов: «К инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

ция здравоохранения), препятствия к осуществлению полноценной здоровой и активной жизни порождаются не только и не столько нездоровьем инвалидов, связанным с заболеваниями или травмами, сколько социальными, институциональными и психологическими барьерами, ограничивающими возможности их активной интеграции в ткань общества, успешной социализации и выполнение значимых функций [25].

Бюро МСЭ при назначении инвалидности опирается на определение, данное в законе «О социальной защите инвалидов»<sup>3</sup> и не полностью соответствующее концепции инвалидности МКФ. На практике установление инвалидности зависит от конкретных правил (устанавливаемых Постановлениями правительства «О порядке и условиях признания лица инвалидом») и от классификаций и критериев. В настоящее время происходит модернизация процедур МСЭ, направленная на более полный учет концепции МКФ, приказом Министерства труда и социальной защиты РФ [10] введены новые классификации. Тем не менее и сейчас измерение инвалидности в России в большей степени опирается на медицинскую, нежели на социальную модель.

Данная статья посвящена изучению проблемы измерения инвалидности по методологии ООН в сопоставлении с действующими в России правилами. В первом разделе описана процедура сбора информации с помощью выборочных обследований населения и представлены оценки распространенности инвалидности согласно обоим подходам. Адаптированная для российских условий скрининговая анкета вынесена в приложение. Второй раздел описывает социальное положение инвалидов и влияние применения комплексной методологии, сочетающей оба определения, на собирательный портрет инвалида в России.

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ ПО РОССИЙСКОМУ И МЕЖДУНАРОДНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЯМ**

Изучению инвалидности в современных экономических условиях посвящено не так много работ, что обусловлено дефицитом надежной, полной и согласованной статистической информации по данной проблеме [3, 25]. В отсутствие надлежащих данных статистического учета и сплошного наблюдения мы обращаемся к возможностям выборочных данных. С 2013 г. Институт социального анализа и прогнозирования РАНХиГС занимается подготовкой и апробацией инструментария выборочного мониторинга положения инвалидов в России в свете положений Конвенции ООН о правах инвалидов. В его рамках было проведено две волны массовых опросов населения, в 2014 и в 2015 гг., сфокусированных на показателях измерения инвалидности и социального положения инвалидов [31]. Измерение проводилось обоими методами – на основе российского официального подхода и на основе международного функционального подхода. В настоящей статье представлен анализ первой волны данных 2014 г.

<sup>3</sup> Статья 1 Закона: «Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

Общее определение инвалидности в Конвенции ООН о правах инвалидов может быть реализовано в парадигме МКФ множеством способов, в связи с чем возникает проблема выбора инструментального определения инвалидности. В международной практике оно строится на основе набора доменов по каждой из составляющих (функции и структуры организма, активность и участие) и квалификаторов, отражающих уровень функционирования в каждом домене. Непосредственно при проведении сплошных или выборочных опросов определение зависит от методов сбора информации и возможностей программы опроса. В опросах РАНХиГС в качестве инструмента измерения функционального статуса используется стандартный модуль вопросов об инвалидности для переписей населения, разрабатываемый Вашингтонской группой ООН по статистическому измерению инвалидности. Он представляет собой единый для всех стран краткий скрининг, основанный на парадигме МКФ [32].

Обследование проведено по домохозяйственной выборке методом телефонного интервью<sup>4</sup> [2, 13]. В трех пилотных регионах, к которым в 2014 г. относились Республика Татарстан, Саратовская область и Волгоградская область, случайным образом отбирались телефонные номера. Во всех состоявшихся интервью респондентам предлагался блок скрининговых вопросов для выявления инвалидности. В силу специфики исследуемой группы оценка инвалидности производилась как в отношении самого респондента, так и в отношении всех членов его домохозяйства. Последнее позволило соотнести распространенность инвалидности с населением в целом, включая детское население, а также охватить группы лиц с инвалидностью, которые не могут самостоятельно ответить на вопросы интервью. Учет всех членов домохозяйства – важный и методологически сложный момент, о котором подробнее будет сказано ниже. Для достижения целевой группы из 1500 инвалидов в каждом году были взяты интервью более чем у 6000 респондентов. У непрошедших скрининг (не признанных инвалидами ни по официальному определению, ни по определению ООН) в дальнейшем спрашивались только пол и возраст.

Согласно методике ООН, опросом выделяется шесть функциональных доменов и соответственно шесть типов ограничений: 1) по зрению, даже при ношении очков; 2) по слуху; 3) по концентрации и памяти; 4) по речи, выражению и формулированию мыслей; 5) по передвижению, ходьбе, подъему по лестнице; 6) по самообслуживанию, одеванию и приему душа. К каждому из них прилагались вопросы, отражающие уровень функционирования (см. скрининг в Приложении).

Опрос выявил, что 8 % респондентов имеют официальный статус инвалида. По регионам отклонение оценок выборочного опроса от данных Росстата колеблется от –2,4 п.п. до 0,5 п.п. (табл. 1). В среднем 15,7 % домо-

---

<sup>4</sup> Методологическая разработка и проведение опроса осуществлены Лабораторией федеративных исследований ИнСАП РАНХиГС под руководством Д.М. Рогозина. Основа выборки – телефонизированное население трех регионов РФ – представлена полным списком мобильных и стационарных телефонов, задействованных в этих регионах. В 2014 г. массовый опрос дополнялся глубинными интервью с представителями 4 наиболее распространенных групп инвалидности по заболеваниям опорно-двигательной системы, зрения, слуха и с ментальными нарушениями.

Таблица 1

**Доля лиц с инвалидностью по российскому определению и домохозяйств, имеющих в своем составе лиц с инвалидностью по российскому определению, %**

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

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

хозяйств имеют в своем составе человека со статусом инвалида. При переходе от респондентов ко всем членам домохозяйства (с учетом его размера) доля лиц с официальной инвалидностью предсказуемо становится ниже. Ухудшение учета связано с особенностями опроса населения как метода получения информации – респондент всегда точнее говорит о себе самом, чем о других; в опросах хуже учитываются домохозяйства с несколькими инвалидами и т.д.

По итогам скрининга на наличие ограничений жизнедеятельности (далее: определение ООН или международное определение) было выявлено, что доля респондентов с такими ограничениями составила 9,2 % в среднем по трем регионам (табл. 2). Как и в случае с официальной инвалидностью, при переходе на уровень всех членов домохозяйства оценки распространенности становятся ниже. Здесь накладывается и субъективизм функционального подхода – респонденту особенно сложно оценить тяжесть ограничений в отношении других людей, о чем свидетельствуют фрагменты аудиозаписей интервью [28]. Этот фактор стоит учитывать и при проведении сплошных обследований, так как на практике в ходе переписи нередко один человек заполняет листы на всех членов его домохозяйства (тем более он это делает в отношении недееспособных и лиц, испытывающих трудности для самостоятельного прохождения переписи).

Оценить распространенность инвалидности по полу и возрасту мы можем только в отношении самих респондентов – сведений о половозрастном составе всех членов семьи у нас нет. Различия по полу в возрастах до 70 лет

Таблица 2

**Доля лиц с инвалидностью по определению ООН, имеющих в своем составе лиц с инвалидностью по определению ООН, %**

Субъект РФ	Доля респондентов	Доля домохозяйств	Доля лиц с учетом всех членов д/х
Саратовская область	10,3	17,2	8,4
Волгоградская область	10,0	18,3	8,8
Республика Татарстан	7,3	14,8	6,2

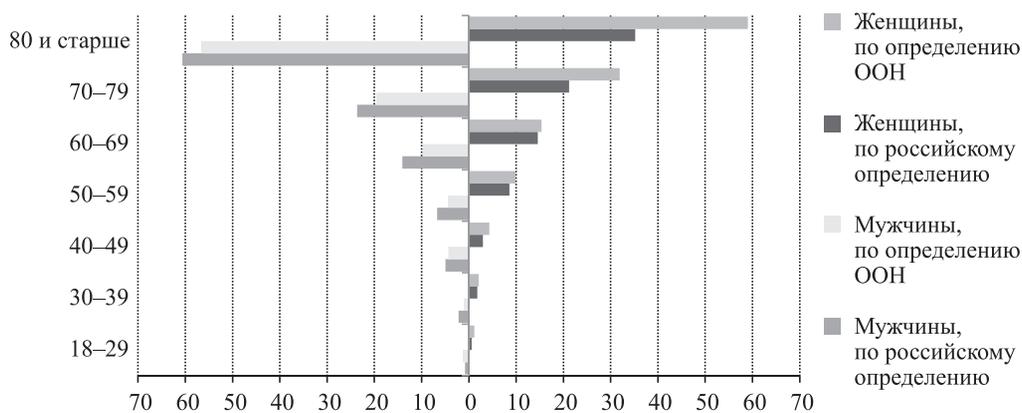


Рис. 1. Риск инвалидности по российскому и международному определениям в разрезе пола и возраста, % от всех опрошенных

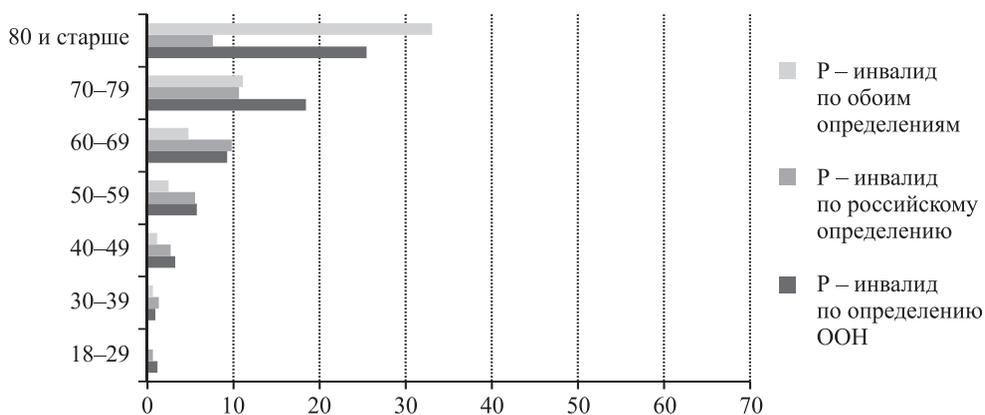


Рис. 2. Риск инвалидности по российскому и международному определениям, и их интерференция в разрезе возраста<sup>5</sup>, % от всех опрошенных

невелики, схожи и профили инвалидности по официальному определению и по определению ООН (рис. 1). В старших возрастах заметно нарастание доли инвалидов-ООН среди женщин. Это объясняется, во-первых, тем, что женщины традиционно склонны давать более низкие субъективные оценки своему здоровью по сравнению с мужчинами. Во-вторых, в России мужчины старших пенсионных возрастов это малочисленная и оттого специфическая группа. И соответственно оценки по ним в ходе опроса неустойчивы в силу маленького размера подвыборки. В целом независимо от подхода к определению инвалидности, риск оказаться инвалидом увеличивается с возрастом, перешагивая 10%-е пороговое значение для когорт 60-летних и старше.

Контингенты респондентов, признанных инвалидами по разным определениям, пересекаются лишь частично. В возрастах до 69 лет доли респондентов, отнесенных к инвалидам по одному из них, не различаются между собой, а доля признанных инвалидами по обоим определениям остается не-

<sup>5</sup> Низкая наполненность групп не позволяет проводить анализ одновременно и в разрезе пола.

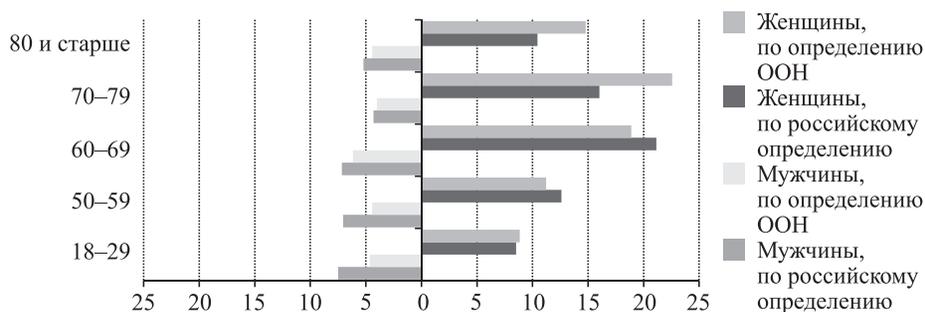


Рис. 3. Половозрастная структура инвалидов по российскому и международному определениям, % от численности соответствующей группы

высокой (вполовину ниже, чем по каждому в отдельности, рис. 2). В старших возрастах нарастает доля инвалидов-ООН, не имеющих официального статуса инвалида (преимущественно это относится к женщинам), а также доля признанных инвалидами по обоим определениям.

Переходя к анализу объединенной совокупности респондентов-инвалидов и инвалидов, о которых рассказали члены их семьи, сравним половозрастную структуру контингентов инвалидов по российскому и международному определениям (рис. 3). Видно, что среди инвалидов по определению ООН доля женщин еще выше, чем по российскому определению. Это объяснимо традиционно более активным вниманием женщин к собственному здоровью, худшими субъективными оценками здоровья [19], а также преобладанием численности женщин на верхушке половозрастной пирамиды [20].

Из числа инвалидов по определению ООН большинству (61%) назначена группа инвалидности. Остальные 39% не имеют статуса инвалида по российскому определению. И если недоучет такого рода среди мужчин составляет 31%, то среди женщин он намного выше – около 42%. Включение этой группы в число инвалидов увеличивает ее численность более чем в полтора раза. Оперируя комбинированным определением инвалидности, объединяющим оба подхода, мы не только значительно увеличиваем численность инвалидов, но и повышаем долю женщин среди них с 69 до 72%, усиливая гендерный перекос в контингенте инвалидов.

Важной с точки зрения методологии выступает проблема измерения распространенности инвалидности с помощью вопроса о получении пенсии по инвалидности (более подробно см. [15]). Она представляет интерес в связи с тем, что в российских Переписях населения это единственный индикатор инвалидности. Наличие официального статуса инвалидности дает право на получение пенсии, программы реабилитации, путевок на курорты, обеспечения предметами медицинского назначения и лекарствами. При достижении пенсионного возраста страховая пенсия по инвалидности для лиц с достаточным трудовым стажем автоматически (без обращения получателя) преобразуется в страховую пенсию по старости. Инвалиды с трудовым стажем менее 15 лет получают страховую пенсию по инвалидности на пять лет дольше, до 60/65 лет, а затем также переходят на социальную пенсию по старости. После этого согласно группе инвалидности им начисляется

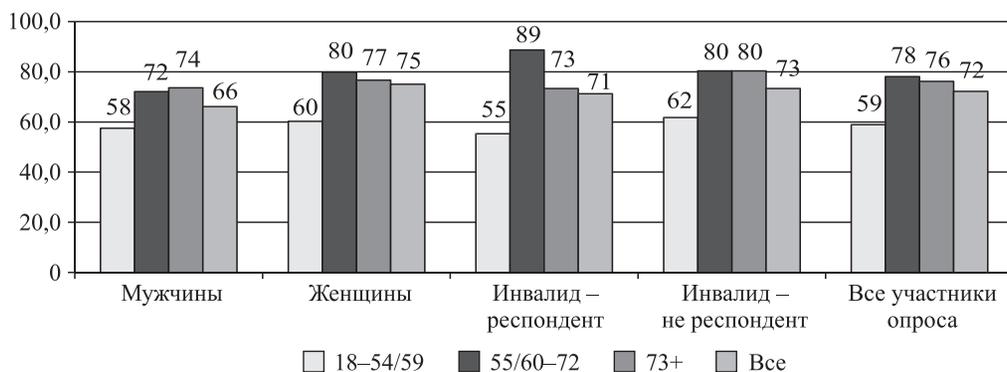


Рис. 4. Доля лиц разного пола и возраста, указавших на получение пенсии по инвалидности, % от признанных инвалидами по российскому определению

только Единая денежная выплата. Исключение составляют получатели государственной пенсии по инвалидности вследствие военной травмы, участники Великой Отечественной войны, жители блокадного Ленинграда – численность этой категории невелика. Они имеют право на получение двух пенсий одновременно: по инвалидности по государственному пенсионному обеспечению и страховой пенсии по старости [29]. Так как трансформация пенсии по инвалидности в пенсию по старости происходит без обращения гражданина, люди об этом плохо осведомлены, что отражается на их ответах при сплошных и выборочных обследованиях.

Согласно опросу РАНХиГС, 72 % из числа всех членов домохозяйства<sup>6</sup>, имеющих официальный статус инвалида, сказали, что получают пенсию по инвалидности (рис. 4). Только 15 % получают пенсию не по инвалидности, а другого вида. В реальности доля получателей других видов пенсий намного выше, особенно среди самых старших возрастных когорт, однако около 70–80 % лиц старше возраста экономической активности (73 года и старше) продолжают считать себя получателями пенсии по инвалидности. При прохождении опроса не самими инвалидами, а членами их семей, точность данных снижается – член семьи еще чаще заблуждается в вопросе о виде пенсии инвалида пожилого возраста. В отношении лиц трудоспособных возрастов получение пенсии по инвалидности было отмечено в 55–62 % случаев. Следовательно, вопрос о получении пенсии по инвалидности плохо работает в качестве индикатора инвалидности.

Инвалиды по российскому определению с разной вероятностью попадают в категорию инвалидов по методике ООН в зависимости от назначенной им группы инвалидности. Среди всех имеющих статус инвалида<sup>7</sup> 11 % – это лица с самой тяжелой по состоянию здоровья первой группой инвалидности, 45 % – со второй и 44 % – с третьей группой. В связи с небольшой численностью инвалидов первой группы рассчитанная для нее оценка вероятности совпадения двух определений имеет высокую статистическую

<sup>6</sup> Рассматривается та часть объединенной совокупности респондентов-инвалидов и инвалидов, о которых рассказали члены их семьи, у которой есть инвалидность по российскому определению.

<sup>7</sup> Та же подвыборка.

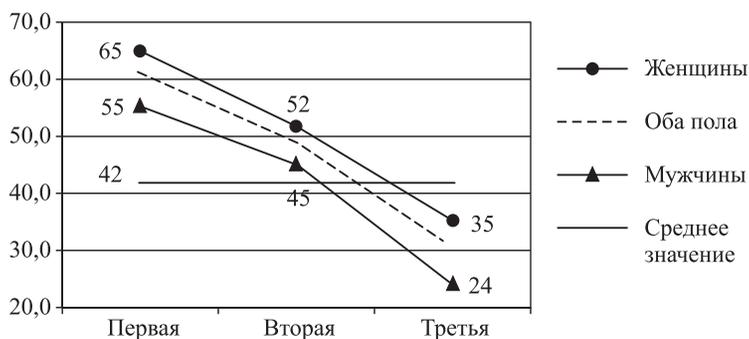


Рис. 5. Вероятность совпадения двух определений для мужчин и женщин, признанных инвалидами первой, второй и третьей группы по российскому определению, %

погрешность (рис. 5). Для женщин совпадение двух определений на 10 п.п. более вероятно, чем для мужчин. Инвалиды первой группы с вероятностью 61 % подпадают под определение инвалидности ООН. Для инвалида второй группы шанс 50 на 50 быть признанным инвалидом по международному подходу, а среди третьей группы инвалидности только 35 % женщин и примерно четверть мужчин подпадают под международное определение.

В генеральной совокупности инвалидов Российской Федерации на 1 января 2015 г. было 11 % инвалидов I группы, 52,5 % – II группы и 36,5 % инвалидов III группы [30]. Генерализация результатов выборочного обследования путем взвешивания по структуре генеральной совокупности показывает, что российский и международный подходы к определению инвалидности согласованы на 44 %. Чем можно объяснить столь значительное их несоответствие? Функциональный подход содержит субъективную составляющую, отражает уровень оптимизма человека и общее состояние удовлетворенности жизнью. Важно, как давно индивиду назначена группа инвалидности, успел ли он «приспособиться» к новому состоянию здоровья и были ли перемены за последнее время. Если группа назначена давно или здоровье недавно улучшилось, человек будет склонен констатировать, что ограничения стали меньше. На ситуацию влияет возраст индивида, его семейное положение, факт инвалидности, потери супруга и/или одинокого проживания [22–24]. Эти гипотезы мы не можем проверить на данных проведенного опроса – они станут предметом наших будущих исследований.

### ПОЛОЖЕНИЕ ИНВАЛИДОВ ПО РОССИЙСКОМУ И МЕЖДУНАРОДНОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЯМ

Учет требований ООН для идентификации инвалидности значительно меняет структуру контингента инвалидов. Как уже было сказано, увеличивается доля женщин (табл. 3). С возрастом здоровье и подвижность человека снижаются, и среди самых старших возрастных когорт инвалидность по международному определению чаще имеет место. Средний возраст инвалида по российскому определению (без учета тех, кто подпадает под оба определения) – 60 лет, по международному – 64 года. Инвалиду по обоим определениям в среднем 69 лет. Объединение двух контингентов инвали-

Таблица 3

**Структура контингента инвалидов по российскому и международному определениям, % по столбцу**

	Инвалид по российскому определению	Инвалид по определению ООН	Объединенная группа
Пол			
Мужской	31,4	23,8	27,9
Женский	68,6	76,2	72,1
Возрастные группы:			
Трудоспособный, до 55/60	30,6	24,0	28,9
Пенсионный экономической активности, 55/60–72	36,8	32,6	36,0
Старше экономической активности, 73+	31,9	42,7	34,5
Тип населенного пункта			
Город	74,8	74,5	74,0
Село	24,9	25,4	25,8
Образование			
Неполное среднее, среднее общее или начальное профессиональное (ПТУ)	42,7	44,1	43,6
Среднее специальное	32,2	33,2	33,1
Высшее	25,1	22,7	23,3
Статус занятости всех инвалидов			
Занят	11,9	15,9	16,0
В том числе работающий пенсионер	11,7	6,0	9,6
Не занят	88,1	84,1	84,0
Статус занятости инвалидов-респондентов			
Респондент-инвалид занят	12,6	16,7	17,0
В том числе работающий пенсионер	12,6	6,9	10,4
Респондент-инвалид не занят	87,4	83,3	83,0
В том числе респондент готов работать	16,9	15,1	16,3

дов сдвигает возрастное распределение в сторону старших возрастов. Тем самым еще теснее переплетаются между собой две группы задач, стоящих перед стареющим российским обществом: забота о пожилых и адаптация среды для инвалидов. С одной стороны это дает возможность решать их одновременно [4, 7, 17]. С другой стороны, нерешенные проблемы – например, адаптация среды сельских населенных пунктов для удобства инвалидов и пожилых граждан [14] – со временем обостряются, так как затрагивают интересы все большего количества граждан. Согласно проведенному опросу, в сельских поселениях инвалидность по критериям ООН выше, чем в городе, и с применением комплексного определения доля жителей села среди инвалидов немного увеличивается.

Ключевой характеристикой социально-экономического положения служит включенность в рынок труда, на ней мы и остановим свое внимание. Известно, что с выходом на пенсию потребление индивида значительно снижается, для горожан мужского пола такое падение составляет около 20 % [8]. Доходы инвалидов заметно ниже, чем доходы всего населения, они

формируются в основном за счет пенсий и других социальных выплат [30]. Вместе с тем за счет меньшей дифференциации размеров пенсий по сравнению с трудовыми доходами неравенство доходов среди инвалидов ниже, чем по всему населению. Анализ различий доходной обеспеченности инвалидов объединенной группы по российскому и международному подходам показал, что в целом ее детерминанты те же, что и по всему населению [26]. Положительно влияют на размер душевого дохода мужской пол, высшее образование, наличие статуса инвалида, проживание в городе и, конечно, занятость.

Занятость инвалидов – это не только способ поддержания уровня жизни, но и социальные связи, востребованность, активная жизненная позиция [1, 11, 21]. «Омоложение» заболеваемости в населении, появление новых болезней создают тревожную тенденцию снижения мотивации труда и удовлетворенности трудом [18]. В случае серьезных заболеваний или инвалидности люди покидают рынок труда, хотя часть из них готовы трудиться, выполняя посильную работу, будь она в доступе. Вовлечение в занятость повышает оценку субъективного благополучия человека, ассоциирующуюся с позитивными ценностно-мотивационными характеристиками [9]. Создание новых и адаптация существующих рабочих мест для инвалидов служит цели использования их трудового потенциала.

В генеральной совокупности доля занятых среди инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде<sup>8</sup>, составляет 19,6 % [30]. Опрос РАНХиГС в большей степени охватил неработающих людей с инвалидностью – в его выборке занятыми оказались только 12 % от всех членов домохозяйства, признанных инвалидами по российскому определению. Несмотря на то, что инвалиды по международному подходу старше, их занятость выше. Работающие пенсионеры, напротив, среди них встречаются реже. Объединение групп повышает долю занятых до 16 % контингента инвалидов и снижает долю работающих пенсионеров среди них с 12 до 10 %.

Важным направлением исследований по инвалидности выступает анализ потенциала занятости данной группы населения. Очевидно, что вопрос о желании работать задавался только инвалидам-респондентам (переход от полной выборки только к респондентам не меняет картину занятости, см. табл. 3). Каждый пятый незанятый респондент выразил готовность вернуться на рынок труда, если ему/ей будет предложена посильная работа. От числа всех инвалидов это составляет 16 % – почти столько же, сколько реально работает. Другими словами, меры по созданию специальных рабочих мест, содействие занятости инвалидов на дому и их (пере)обучение могли бы вдвое повысить включенность инвалидов в рынок труда. Потенциал расширения занятости инвалидов по российскому определению выше, чем инвалидов по подходу ООН, что снова связано с различиями в их возрастной структуре. Несмотря на то, что мужчины в большей степени включены в рынок труда (23 % против 15 % женщин), готовность работать не имеет

<sup>8</sup> Вне учета ПФР остаются 2,7 % инвалидов, получающих пенсию в системе Министерства обороны Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации и Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Федеральной службы исполнения наказаний Минюста России и Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков.

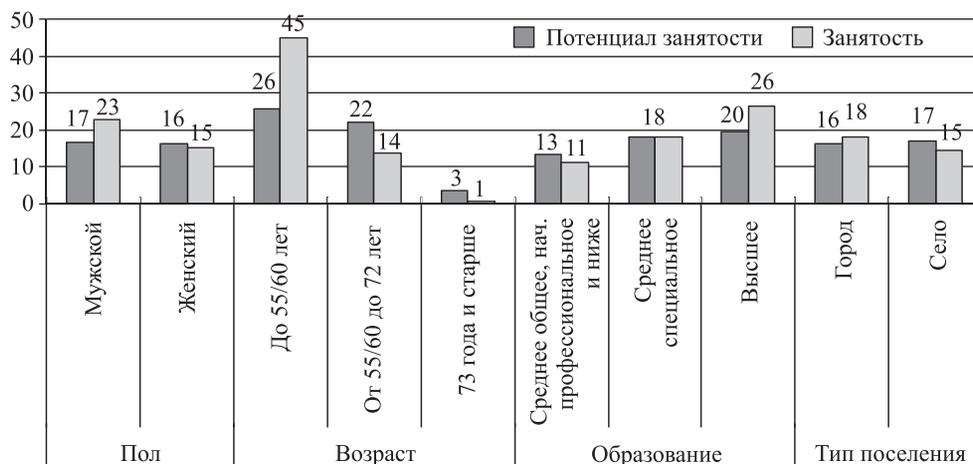


Рис. 6. Занятость респондентов-инвалидов по полу, возрасту, уровню образования и типу поселения, %

гендерных различий (рис. 6). Примерно четверть (26 %) инвалидов трудоспособного возраста могли бы выполнять посильную работу, и еще 22 % пенсионеров в возрасте экономической активности.

Проблема трудоустройства инвалидов рассматривается в двух ракурсах. Во-первых, работающие инвалиды-респонденты рассказывали, легко ли им было устроиться на работу. Примерно половина инвалидов-респондентов устроились на работу до того, как со здоровьем возникли проблемы (49 %), еще 39 % группы устроились на работу без проблем и только 12 % занятых инвалидов столкнулись со сложностями при трудоустройстве. Небольшая численность подвыборки не позволяет исследовать вопрос глубже.

Во-вторых, изучается наличие специальных рабочих мест, предназначенных для инвалидов, от которого зависят возможности занятости в конкретном населенном пункте. Этот вопрос был задан всем респондентам-инвалидам, и в среднем 18 % из них отметили, что такие рабочие места есть. Примечательно, что утвердительно ответили 5 % жителей сельских поселений, в то время как в городах – 23 %. Значительно различаются возможности трудоустройства инвалидов по регионам: в Саратовской и Волгоградской областях 16–17 % опрошенных отметили наличие специальных рабочих мест для инвалидов, а в Республике Татарстан – 20 %. При этом есть различия и в динамике. Инвалиды, живущие в сельских поселениях, говорят, что за последние три года количество специальных рабочих мест не менялось. Основные изменения происходили в городах: в среднем 18 % из числа тех, кто знает о наличии специальных рабочих мест, говорят о росте и 3 % – о сокращении их числа. Самый активный рост числа рабочих мест для инвалидов в последнее время произошел в Республике Татарстан – о нем говорят 25 % респондентов, в Волгоградской и Саратовской областях, 13 и 9 % соответственно. Следовательно, политика содействия занятости инвалидов, реализация программ доступной среды и активное освещение их в средствах массовой информации, характерные для Республики Татарстан, повышают информированность инвалидов об имеющихся возможностях.

Видят ли респонденты-инвалиды улучшение или ухудшение условий жизни инвалидов в целом в своем населенном пункте? 16 % опрошенных говорят об улучшении; 9 %, напротив, заметили ухудшение в этой сфере. Остальные либо не видят никаких изменений (46 %), либо затрудняются дать оценку (30 %). Если в Саратовской и Волгоградской областях доли положительных и отрицательных ответов примерно равны, то в Республике Татарстан значительно перевешивает мнение об улучшении, 24 и 3 % соответственно. Оценка уровня государственной поддержки в значительной мере также неопределенна – вопрос вызвал затруднение у каждого пятого инвалида. Баланс положительных и отрицательных мнений оказался на стороне последних: 29 % оценок «плохо» против 17 % «хорошо» и 2 % «отлично». Нейтральный вариант ответа «удовлетворены» в среднем выбрали 30 % респондентов-инвалидов. Мужчины и жители села чаще говорят об улучшении условий жизни инвалидов.

В ответах на вопрос о том, что может сделать государство для инвалидов, упоминались сложности медицинского переосвидетельствования, нехватка или дороговизна санаторно-курортного лечения, проблемы городской инфраструктуры. Однако чаще всего речь шла о большей материальной поддержке и повышении размера пенсий. Ожиданий адаптации городской/сельской инфраструктуры нет, потому что люди видят мало таких примеров. На фоне широкого спектра проблем, стоящих перед инвалидами, нехватка доходов все равно выходит на первый план.

### ВЫВОДЫ

Система статистики инвалидности в России долгое время не выдерживала никакой критики. Ратификация Россией Конвенции о правах инвалидов сдвинула дело с мертвой точки – классификации и критерии процедур МСЭ становятся ближе к концепции МКФ, в программу Микропереписи 2015 г. включен прямой вопрос о наличии инвалидности, Росстат начал публикацию специальных материалов о положении инвалидов. Тем не менее базовой проблемой организации системы регулярного мониторинга прав и положения инвалидов в России, как этого требует Конвенция о правах инвалидов, выступает значительное расхождение международного определения инвалидности и существующего в российской практике аналога. Значительная группа населения с плохим состоянием здоровья, которое в сочетании с факторами контекста препятствует полноценной активной жизни (социальная модель инвалидности) – не укладывается в рамки официально-го подхода, оставаясь тем самым вне системы поддержки инвалидов.

В настоящей работе кратко представлены результаты первого опыта проведения ИнСАП РАНХиГС комплексного обследования положения инвалидов. В ходе него были выявлены трудности использования инструментального определения инвалидности, такие как субъективность оценки состояния здоровья, влияние на нее скрытых факторов, неоднозначность трактовки вопросов респондентами и др. Несмотря на то, что предложенный скрининг был опробован в нескольких десятках стран, его реализация на русском языке, возможно, требует дополнительных методических экспериментов.

Эмпирическое исследование показало, что объединение групп инвалидов по российскому определению с инвалидами по определению ООН увеличило бы численность взрослых инвалидов более чем в полтора раза. Одновременно с этим контингент инвалидов становится старше, в нем оказывается еще больше женщин и больше сельских жителей. Социальное положение инвалидов при переходе к комплексному определению, объединяющему два подхода, тоже меняется. Доля лиц с высшим образованием уменьшается, и растет доля занятых.

У инвалидов в России есть большой потенциал участия в рынке труда. Готовность выполнять посильную для них работу выражает столько же инвалидов, сколько сейчас реально занято на рынке труда. Чаще это делают мужчины, жители городских поселений и люди с высшим образованием. Несмотря на волнующие инвалидов проблемы социальной поддержки, медицинской и реабилитационной помощи, городской инфраструктуры и содействия занятости, основной их запрос к государству состоит в повышении размеров пенсий и выплат на лекарства. Ожидания по поводу улучшения инфраструктуры и адаптации жилищного фонда гораздо меньше, чем реальный масштаб инфраструктурных проблем.

### Литература

1. Вишневецкий А.Г., Васин С.А., Рамонов А.В. Возраст выхода на пенсию и продолжительность жизни // Вопросы экономики. 2012. № 9. С. 88–109.
2. Ипатов А.А., Rogozin Д.М. Условия коммуникативного успеха в стандартизованном телефонном интервью // Социологический журнал. 2014. № 1. С. 21–54.
3. Корчагов А.В., Шталова Е.Ю. Конвенция о правах инвалидов: возможности и перспективы внедрения в России // SPERO. 2009. № 11. С. 133–148.
4. Корчагина Т.В., Кунтаева Д.М. Социально-экономическая адаптация инвалидов в современных условиях // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2012. № 96. С. 74–77.
5. Малева Т.М., Васин С.А. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем // Pro et Contra. 2001. Т. 6. № 3. С. 80–105.
6. Малева Т.М., Васин С.А., Голодец О.Ю., Бесфамильная С.В. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. Бюро экономического анализа. М.: РОССПЭН, 1999.
7. Мигранова Л.А., Ненахова Ю.С. Программа «Доступная среда» и оценка ее реализации инвалидами // Народонаселение. 2015. № 1. С. 107–122.
8. Ниворожкина Л.И., Ниворожкин А.М., Абазиева К.Г. Модель разрывной регрессии как инструмент оценки изменений в потреблении при выходе на пенсию // Прикладная эконометрика. 2010. № 3. С. 112–126.
9. Плотников С.Г., Шперлинг А.В. Оценка различий в стратегиях экономического поведения в зависимости от уровня субъективного экономического благополучия // Вестник НГУЭУ. 2014. № 2. С. 202–212.
10. Приказ Минтруда России от 29.09.2014 № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.11.2014 № 34792).
11. Прокофьева Л.М., Корчагина И.И., Попова Р.И., Белокрылова О.С., Филоненко Ю.В., Фурса Е.В. Бедность и социальная исключенность глазами разных групп населения // Народонаселение. 2014. № 4. С. 61–81.
12. Рамонов А.В., Васин С.А. Внешние причины и травматизм: источники информации, методы и показатели оценки потерь // Демоскоп Weekly. 2012. № 535.

13. *Рогозин Д.М.* Результативность телефонного опроса в зависимости от ограничений на выбор респондента внутри домохозяйства // Социологический журнал. 2005. № 3. С. 52–84.
14. *Сементовская Е.Ю.* Конструирование модели управления социальной адаптацией пожилых людей сельских поселений новосибирской области // Вестник НГУЭУ. 2014. № 2. С. 189–201.
15. *Тындик А.О., Васин С.А.* Положение детей-инвалидов и их семей в зеркале переписей населения // Журнал исследований социальной политики (в печати).
16. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.06.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
17. *Шабунова А.А., Фахрадова Л.Н.* Доступность городской среды для лиц с ограниченными возможностями // Вопросы территориального развития. 2014. № 3 (13). С. 1–15.
18. *Шаталова Н.И.* Психофизиологические особенности трудового поведения работника // Вестник НГУЭУ. 2015. № 1. С. 178–189.
19. *Шишкин С.В., Селезнева Е.В., Потанчик Е.Г.* Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94–112.
20. *Щербакова Е.М., Васин С.А.* Численность, размещение и возрастной состав населения // Население России 2012: двадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2014. С. 9–56.
21. *Braithwaite J., Mont D.* Disability and Poverty: A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications. Social Protection Discussion Papers. No. 0805. February 2008.
22. *Korporaal M., van Groenou M.I.B., & van Tilburg T.G.* Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults // Journal of Aging and Health. 2008. 20(3). P. 306–325.
23. *Le Grand J., Propper C., Smith S.* The Economics of Social Problems. 4th edition. Palgrave Macmillan. 2008.
24. *Tuallly S., Beer A., McLoughlin P.* Housing assistance, social inclusion and people living with a disability, AHURI Final Report No. 178. 2011. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute.
25. *Васин С.А., Горлин Ю.М., Гришина Е.Е., Елисеева М.А., Малева Т.М., Рагозина Л.Г., Рамонов А.В., Тындик А.О.* Организация и проведение комплексного мониторинга положения инвалидов в России в свете Конвенции ООН о правах инвалидов. РАНХиГС. Москва, 2014. Режим доступа: <http://ssrn.com/abstract=2443895> (дата обращения: 10.08.2015).
26. *Малева Т.М. и др.* Социологическое мониторинговое обследование заработных плат, доходов, бедности и социального неравенства. РАНХиГС. Москва, 2013. Режим доступа: <http://ssrn.com/abstract=2555500> (дата обращения: 13.08.2015).
27. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. ВОЗ. Женева. 2001. Режим доступа: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/85389/1/924454542X.pdf> (дата обращения: 13.08.2015).
28. Мнети. Социальные обследования, режим доступа: <http://mneti.org/Article/133> (дата обращения: 08.09.2015).
29. Пенсионное и социальное обеспечение инвалидов. Режим доступа: [http://www.pfrf.ru/files/id/press\\_center/pr/booklet/2014/invalid.pdf](http://www.pfrf.ru/files/id/press_center/pr/booklet/2014/invalid.pdf) (дата обращения: 08.09.2015).
30. Положение инвалидов. Электронный ресурс Росстата. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/) (дата обращения: 08.09.2015).
31. *Рагозина Л.Г., Васин С.А., Елисеева М.А., Бурдяк А.Я., Тындик А.О., Рогозин Д.М.* Социальное положение инвалидов в Российской Федерации с учетом положений Конвенции о правах инвалидов. РАНХиГС. Москва, 2015. Режим доступа: <http://ssrn.com/abstract=2590272> (дата обращения: 08.09.2015).

32. Census Questions on Disability Endorsed by the Washington Group. Режим доступа: [http://www.cdc.gov/nchs/data/washington\\_group/WG\\_Short\\_Measure\\_on\\_Disability.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/WG_Short_Measure_on_Disability.pdf) (дата обращения: 18.02.2015).
33. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Онлайн версия на русском языке на сайте ВОЗ. Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx> (дата обращения: 18.02.2015).
34. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. Режим доступа: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (дата обращения: 08.09.2015).

### Bibliography

1. *Vishnevskij A.G., Vasin S.A., Ramonov A.V.* Vozrast vyhoda na pensiju i prodolzhitel'nost' zhizni // *Voprosy jekonomiki*. 2012. № 9. P. 88–109.
2. *Ipatova A.A., Rogozin D.M.* Usloviya kommunikativnogo uspeha v standartizirovanom telefonnom interv'ju // *Sociologicheskij zhurnal*. 2014. № 1. P. 21–54.
3. *Klepikov A.V., Shatalova E.Ju.* Konvencija o pravah invalidov: vozmozhnosti i perspektivy vnedrenija v Rossii // *SPERO*. 2009. № 11. P. 133–148.
4. *Korchagina T.V., Kuntaeva D.M.* Social'no-jekonomicheskaja adaptacija invalidov v sovremennyh uslovijah // *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo jekonomicheskogo universiteta*. 2012. № 96. P. 74–77.
5. *Maleva T.M., Vasin S.A.* Invalidy v Rossii – uzел staryh i novyh problem // *Pro et Contra*. 2001. Т. 6. № 3. P. 80–105.
6. *Maleva T.M., Vasin S.A., Golodec O.Ju., Besfamil'naja S.V.* Invalidy v Rossii: prichiny i dinamika invalidnosti, protivorechija i perspektivy social'noj politiki. Bjuro jekonomicheskogo analiza. M.: ROSSPJeN, 1999.
7. *Migranova L.A., Nenahova Ju.S.* Programma «Dostupnaja sreda» i ocenka ee realizacii invalidami // *Narodonaselenie*. 2015. № 1. P. 107–122.
8. *Nivorozhkina L.I., Nivorozhkin A.M., Abazieva K.G.* Model' razryvnoj regressii kak instrument ocenki izmenenij v potreblenii pri vyhode na pensiju // *Prikladnaja jekometrika*. 2010. № 3. P. 112–126.
9. *Plotnikov S.G., Shperlin' A.V.* Ocenka razlichij v strategijah jekonomicheskogo povedenija v zavisimosti ot urovnja sub#ektivnogo jekonomicheskogo blagopoluchija // *Vestnik NGUJeU*. 2014. № 2. P. 202–212.
10. Prikaz Mintruda Rossii ot 29.09.2014 № 664n «O klassifikacijah i kriterijah, ispol'zuemyh pri osushhestvlenii mediko-social'noj jekspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdenijami mediko-social'noj jekspertizy» (Zaregistrirovano v Minjuste Rossii 20.11.2014 № 34792).
11. *Prokof'eva L.M., Korchagina I.I., Popova R.I., Belokrylova O.S., Filonenko Ju.V., Fursa E.V.* Bednost' i social'naja iskljuchennost' glazami raznyh grupp naselenija // *Narodonaselenie*. 2014. № 4. P. 61–81.
12. *Ramonov A.V., Vasin S.A.* Vneshnie prichiny i travmatizm: istochniki informacii, metody i pokazateli ocenki poter' // *Demoskop Weekly*. 2012. № 535.
13. *Rogozin D.M.* Rezul'tativnost' telefonnogo oprosa v zavisimosti ot ogranichenij na vybor respondenta vnutri domohozjajstva // *Sociologicheskij zhurnal*. 2005. № 3. P. 52–84.
14. *Sementovskaja E.Ju.* Konstruirovanie modeli upravlenija social'noj adaptaciej pozihlyh ljudej sel'skih poselenij novosibirskoj oblasti // *Vestnik NGUJeU*. 2014. № 2. P. 189–201.
15. *Tyndik A.O., Vasin S.A.* Polozhenie detej-invalidov i ih semej v zerkale perepisej naselenija // *Zhurnal issledovanij social'noj politiki (v pechati)*.
16. Federal'nyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ (red. ot 29.06.2015) «O social'noj zashhite invalidov v Rossijskoj Federacii».

17. *Shabunova A.A., Fehradova L.N.* Dostupnost' gorodskoj sredy dlja lic s ograničennymi vozmožnostjami // *Voprosy territorial'nogo razvitija*. 2014. № 3 (13). P. 1–15.
18. *Shatalova N.I.* Psihofiziologičeskie osobennosti trudovogo povedenija rabotnika // *Vestnik NGUJeU*. 2015. № 1. P. 178–189.
19. *Shishkin S.V., Selezneva E.V., Potapchik E.G.* Častnyj sektor zdavoohranenija v Rossii: sostojanie i perspektivy razvitija // *Voprosy jekonomiki*. 2013. № 4. P. 94–112.
20. *Shherbakova E.M., Vasin S.A.* Čislennost', razmeshhenie i vozrastnoj sostav nasele-nija // *Naselenie Rossii 2012: dvadcatyj ezhegodnyj demografičeskij doklad / otv. red. A.G. Vishnevskij*. M. : Izdatel'skij dom NIU VShJe, 2014. P. 9–56.
21. *Braithwaite J., Mont D.* Disability and Poverty: A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications. Social Protection Discussion Papers. No. 0805. February 2008.
22. *Korporaal M., van Groenou M.I.B., & van Tilburg T.G.* Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults // *Journal of Aging and Health*. 2008. 20(3). P. 306–325.
23. *Le Grand J., Propper C., Smith S.* The Economics of Social Problems. 4th edition. Palgrave Macmillan. 2008.
24. *Tually S., Beer A., McLoughlin P.* Housing assistance, social inclusion and people living with a disability, AHURI Final Report No. 178. 2011. Melbourne: Australian Housing and Urban Research Institute.
25. *Vasin S.A., Gorlin Ju.M., Grishina E.E., Eliseeva M.A., Maleva T.M., Ragozina L.G., Ramonov A.V., Tyndik A.O.* Organizacija i provedenie kompleksnogo monitoringa polozhenija invalidov v Rossii v svete Konvencii OON o pravah invalidov. RANHiGS. Moskva, 2014. Rezhim dostupa: <http://ssrn.com/abstract=2443895> (data obrashhenija: 10.08.2015).
26. *Maleva T.M. i dr.* Sociologičeskoe monitoringovoe obsledovanie zarabotnyh plat, dohodov, bednosti i social'nogo neravenstva. RANHiGS. Moskva, 2013. Rezhim dostupa: <http://ssrn.com/abstract=2555500> (data obrashhenija: 13.08.2015).
27. Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij žiznedejatel'nosti i zdorov'ja. VOZ. Žheneva. 2001. Rezhim dostupa: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/85389/1/924454542X.pdf> (data obrashhenija: 13.08.2015).
28. Mneti. Social'nye obsledovanija, rezhim dostupa: <http://mneti.org/Article/133> (data obrashhenija: 08.09.2015).
29. Pensionnoe i social'noe obespečenie invalidov. Rezhim dostupa: [http://www.pfrf.ru/files/id/press\\_center/pr/booklet/2014/invalid.pdf](http://www.pfrf.ru/files/id/press_center/pr/booklet/2014/invalid.pdf) (data obrashhenija: 08.09.2015).
30. Polozhenie invalidov. Jelektronnyj resurs Rosstata. Rezhim dostupa: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/) (data obrashhenija: 08.09.2015).
31. *Ragozina L.G., Vasin S.A., Eliseeva M.A., Burdjak A.Ja., Tyndik A.O., Rogozin D.M.* Social'noe polozhenie invalidov v Rossijskoj Federacii s učetom polozhenij Konvencii o pravah invalidov. RANHiGS. Moskva, 2015. Rezhim dostupa: <http://ssrn.com/abstract=2590272> (data obrashhenija: 08.09.2015).
32. Census Questions on Disability Endorsed by the Washington Group. Rezhim dostupa: [http://www.cdc.gov/nchs/data/washington\\_group/WG\\_Short\\_Measure\\_on\\_Disability.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/WG_Short_Measure_on_Disability.pdf) (data obrashhenija: 18.02.2015).
33. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Onlajn versija na russkom jazyke na sajte VOZ. Rezhim dostupa: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx> (data obrashhenija: 18.02.2015).
34. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. Rezhim dostupa: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (data obrashhenija: 08.09.2015).

**ПРИЛОЖЕНИЕ.**  
**СКРИНИНГОВАЯ ЧАСТЬ ОПРОСНОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ<sup>9</sup>**

**Q3:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЕСТЬ ЛИ У ВАС (ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ВАМИ) СЛЕДУЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ:

	1: Есть*	2: Нет	3: Затрудняюсь ответить
1: Проблемы со зрением даже при ношении очков	3.1		
2: Слухом	3.2		
3: С концентрацией и памятью	3.3		
4: С речью, выражением и формулированием мыслей	3.4		
5: Трудности при передвижении (ходьбе, подъеме по лестнице)	3.5		
6: Трудности при самообслуживании (одевании, приеме душа)	3.5		

Если все ответы «нет», то блок ограничений пропускается, и следом идет вопрос об инвалидности респондента и членов его семьи (если есть) – **Q401**.

**Q301:** КТО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ИСПЫТЫВАЕТ ПРОБЛЕМЫ СО ЗРЕНИЕМ?

Количество закрытий по числу членов домохозяйства. Нужно, чтобы перечислили всех членов семьи, у кого есть названная проблема

Если Q3(row == 1 and code != 1), то переход на вопрос Q302

Если Q53==2, то пропустить вопрос

1: лично я

2: другой член семьи 1 (КЕМ ОН ВАМ ПРИХОДИТСЯ?) \_\_\_\_\_

3: ...

**Q50021:** Насколько четко Вы видите лицо человека в другом конце обычной комнаты (даже в очках)?

1: достаточно четко

2: не очень четко\*

3: очень нечетко\*

4: совсем не вижу\*

5: затрудняюсь ответить

**Q50022:** Насколько четко Вы видите изображение и надпись на монете (даже в очках)?

1: достаточно четко

2: не очень четко\*

3: очень нечетко\*

4: совсем не вижу\*

5: затрудняюсь ответить

<sup>9</sup> Одной звездочкой отмечены варианты, выбор которых приводит к признанию инвалидности по определению ООН, двумя – по российскому определению.

**Q50301:** НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОГРАНИЧИВАЮТ ПРОБЛЕМЫ СО ЗРЕНИЕМ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ДАЖЕ ПРИ НОШЕНИИ ОЧКОВ?

	Очень сильно*	Скорее сильно*	Скорее несильно	Совсем не ограничивают	Затрудняюсь ответить
Я					
...					
...					

**Q50401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОДЛЯТСЯ БОЛЕЕ ПОЛУГОДА ИЛИ МЕНЕЕ ПОЛУГОДА?

	Более полугода*	Менее полугода	Затрудняюсь ответить
Я			
...			
...			

**Q302:** ПРОБЛЕМУ СО СЛУХОМ ИСПЫТЫВАЕТЕ ВЫ ИЛИ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ?

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

Если Q3(row == 2 and code != 1), то переход на вопрос Q303

Если Q53==2, то пропустить вопрос

1: лично я

2: другой член семьи 1 (КЕМ ОН ВАМ ПРИХОДИТСЯ?) \_\_\_\_\_

3: ...

**Q6021:** Насколько четко Вы слышите и разбираете обычную речь собеседника при общении в тихой комнате?

1: достаточно четко

2: не очень четко\*

3: очень нечетко\*

4: совсем не слышу\*

5: затрудняюсь ответить

**Q60301:** НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОГРАНИЧИВАЮТ ПРОБЛЕМЫ СО СЛУХОМ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ДАЖЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЛУХОВОГО АППАРАТА?

	Очень сильно*	Скорее сильно*	Скорее несильно	Совсем не ограничивают	Затрудняюсь ответить
Я					
...					
...					

**Q60401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОДЛЯТСЯ БОЛЕЕ ПОЛУГОДА ИЛИ МЕНЕЕ ПОЛУГОДА?

	Более полугода*	Менее полугода	Затрудняюсь ответить
Я			
...			
...			

**Q303:** КТО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ИСПЫТЫВАЕТ ПРОБЛЕМЫ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ И ПАМЯТЬЮ?

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

Если Q3(row == 3 and code != 1), то переход на вопрос Q304

Если Q53==2, то пропустить вопрос

1: лично я

2: другой член семьи (КЕМ ОН ВАМ ПРИХОДИТСЯ?) \_\_\_\_\_

3: ...

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

**Q70301:** НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОГРАНИЧИВАЮТ ПРОБЛЕМЫ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ И ПАМЯТЬЮ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ?

	Очень сильно*	Скорее сильно*	Скорее не сильно	Совсем не ограничивают	Затрудняюсь ответить
Я					
...					
...					

**Q70401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОДЛЯТСЯ БОЛЕЕ ПОЛУГОДА ИЛИ МЕНЕЕ ПОЛУГОДА?

	Более полугода *	Менее полугода	Затрудняюсь ответить
Я			
...			
...			

**Q304:** КТО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ИСПЫТЫВАЕТ ПРОБЛЕМЫ С РЕЧЬЮ, ВЫРАЖЕНИЕМ И ФОРМУЛИРОВАНИЕМ МЫСЛЕЙ?

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

Если Q3(row == 4 and code != 1), то переход на вопрос Q305

Если Q53==2, то пропустить вопрос

1: лично я

2: другой член семьи (КЕМ ОН ВАМ ПРИХОДИТСЯ?) \_\_\_\_\_

3: ...

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

**Q80301:** НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОГРАНИЧИВАЮТ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ПРОБЛЕМЫ С РЕЧЬЮ, ФОРМУЛИРОВАНИЕМ МЫСЛЕЙ?

	Очень сильно*	Скорее сильно*	Скорее не сильно	Совсем не ограничивают	Затрудняюсь ответить
Я					
...					
...					

**Q80401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОДЛЯТСЯ БОЛЕЕ ПОЛУГОДА ИЛИ МЕНЕЕ ПОЛУГОДА?

	Более полугода*	Менее полугода	Затрудняюсь ответить
Я			
...			
...			

**Q305:** КТО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ИСПЫТЫВАЕТ ТРУДНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ ИЛИ САМООБСЛУЖИВАНИИ?

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

Если not(Q3(row==5 and code == 1) or Q3(row==6 and code==1)), то переход на вопрос Q401

Если Q53==2, то пропустить вопрос

1: лично я

2: другой член семьи (КЕМ ОН ВАМ ПРИХОДИТСЯ?) \_\_\_\_\_

3: ...

Количество закрытий по числу членов домохозяйства

**Q9021:** Насколько легко Вам подняться по лестнице на один пролет?

1: достаточно легко

2: не очень легко\*

3: очень нелегко\*

4: совсем не могу\*

5: затрудняюсь ответить

**Q9022:** Насколько легко Вы можете пройти 500 метров по ровной дороге?

1: достаточно легко

2: не очень легко\*

3: очень нелегко\*

4: совсем не могу\*

5: затрудняюсь ответить

**Q90301:** НАСКОЛЬКО СИЛЬНО ВАС ИЛИ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ ОГРАНИЧИВАЮТ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ТРУДНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ (ХОДЬБЕ, ПОДЪЕМЕ ПО ЛЕСТНИЦЕ) И САМООБСЛУЖИВАНИИ (ОДЕВАНИИ, ПРИЕМЕ ДУША)?

	Очень сильно*	Скорее сильно*	Скорее не сильно	Совсем не ограничивают	Затрудняюсь ответить
Я					
...					
...					

**Q90401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОДЛЯТСЯ БОЛЕЕ ПОЛУГОДА ИЛИ МЕНЕЕ ПОЛУГОДА?

	Более полугода*	Менее полугода	Затрудняюсь ответить
Я			
...			
...			

**Q401:** СКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НАЗНАЧЕНА ЛИ ВАМ ИЛИ КОМУ-ЛИБО ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ, ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ВАМИ, ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ?

	Да, назначена**	Была назначена, сейчас нет	Нет, не назначена
Мне			
Другому члену семьи			

**Q402:** СКОЛЬКО ЧЕЛОВЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ВАМИ, ИМЕЮТ ОФИЦИАЛЬНУЮ ИНВАЛИДНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ ВАС?

Интервьюер, речь идет обо всех инвалидах, включая детей-инвалидов

Если Q53==2 || Q401(row==2 and code !=1), то пропустить вопрос