



РАНХиГС
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНОГО
АНАЛИЗА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Инвалидность и социальное положение инвалидов в России

А.Я. Бурдяк
А.О. Макаренцева

*Заседание научно-методологического совета Росстата 16 ноября 2016 г.,
г. Москва*

По следам доклада

З.А. Рыжиковой, А.В. Демьяновой «Структура действующей информационной базы по вопросам занятости и трудоустройства инвалидов и направления её совершенствования в связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов»

Дефицит статистической информации безусловно существует:

- Важно расширить статистическое наблюдение за положением инвалидов на рынке труда
- Добавить вопросы об условиях занятости инвалидов согласно Конвенции
- Провести оценки дискриминации людей с инвалидностью, барьеры трудоустройства

Речь в Докладе идет в основном о людях, с установленным статусом инвалида. Однако, Конвенция оперирует другим определением инвалидности - перечень вопросов Вашингтонской группы для выявления инвалидов апробирован в исследованиях ИНСАП РАНХиГС. Что это за группа, сильны ли различия?

- Вероятности совпадения двух определений
- Половозрастная структура инвалидов по российскому и международному подходам
- Занятость и потенциал занятости людей с ограниченными возможностями здоровья

- Что делать?

Методология опроса по теме инвалидности

- Опрос ИнСАП РАНХиГС проведен в 9 регионах России:
- в 2014 году: Республика Татарстан, Волгоградская и Саратовская области
- в 2015 году: Хабаровский край, Тюменская область и Республика Ингушетия
- в 2016 году: Санкт-Петербург с областью, Самарская и Челябинская области
- Ежегодная волна мониторинга социального положения инвалидов и лиц с инвалидностью охватывает выборку в 1500 респондентов,
- минимальное число респондентов для анализа на региональном уровне составляет 500 человек



Территории



не участвовал в опросе

участвовал в опросе

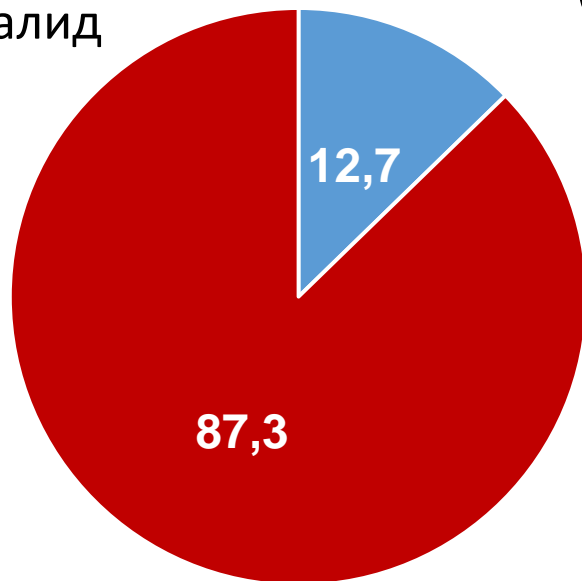
Методология построения выборки

- Случайный систематический отбор телефонных номеров с равным шагом и случайной стартовой точкой из всех диапазонов.
- Для получения 1500 заполненных анкет - более 30 тыс. контактов, что не представлялось бы возможным методом проведения личных интервью в условиях реальных бюджетных ограничений.

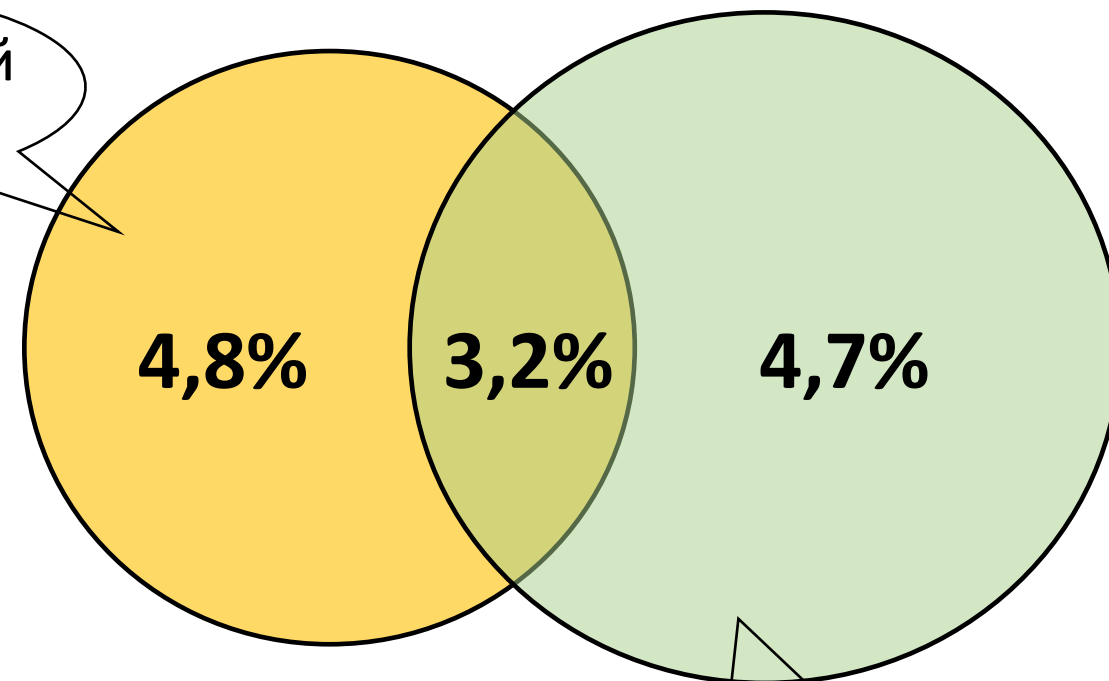
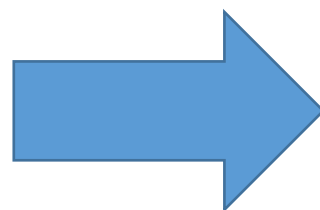
Распространенность

■ инвалид

■ не инвалид



Официальный статус (ОФ)



Субъективный функциональный статус (СФ)

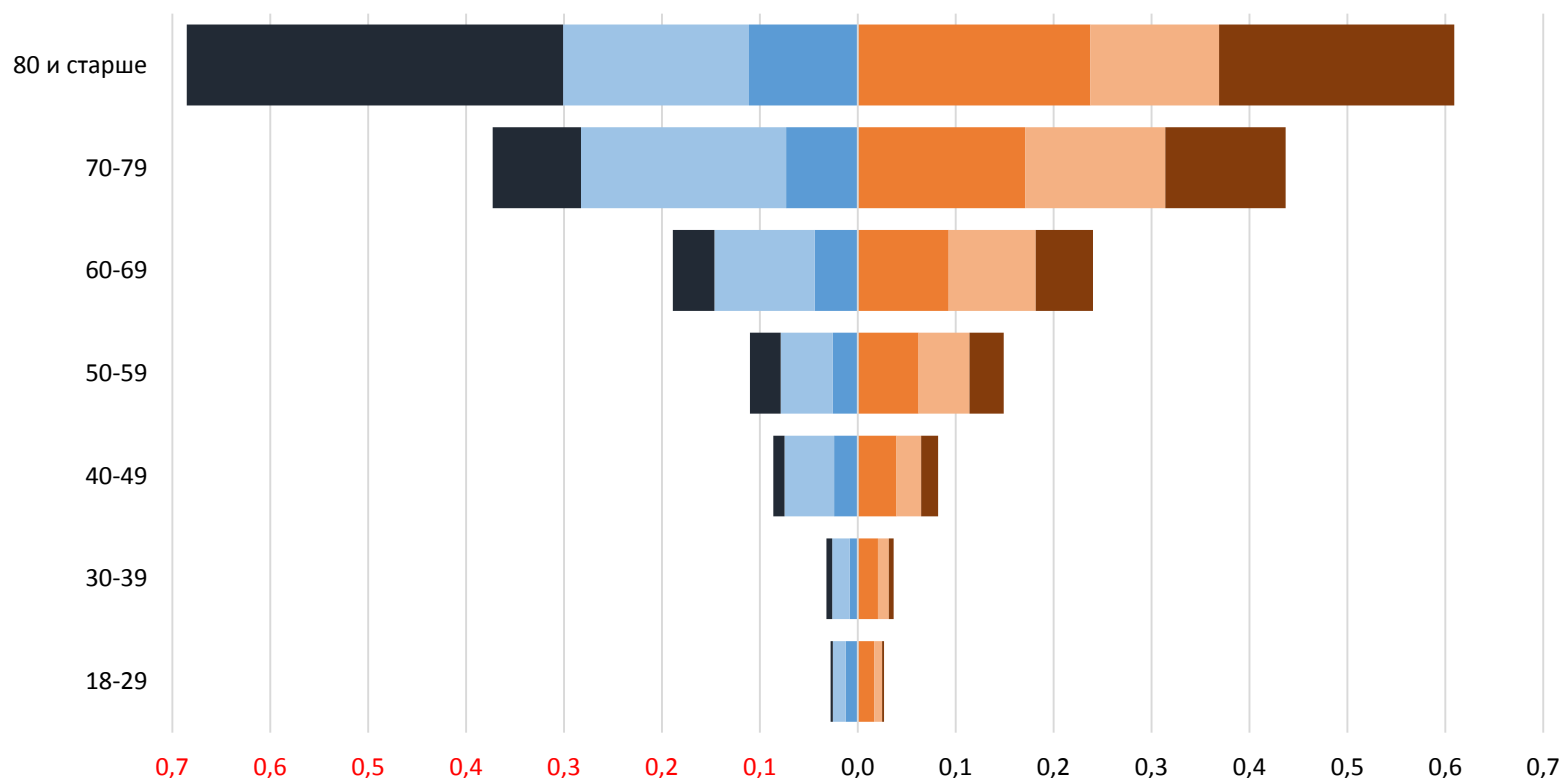
- Микрперепись 2015: 16,8% взрослых имеют хроническое заболевание, ограничивающее их жизнедеятельность.
- В том числе 8,2% официальные инвалиды + 8,6% нет

Два подхода – две картины

- Контингенты инвалидов, определенные по российской и международной классификации, пересекаются на 40%.
- Функциональный (международный) подход содержит субъективную составляющую, в том числе отражая общую удовлетворенность жизнью, оптимизм человека (около трети респондентов-инвалидов не оценили состояние своего здоровья как плохое). Важную роль играет то, давно ли человек стал инвалидом, успел ли он «приспособиться» к такому состоянию здоровья и, главное – изменилось ли оно за последнее время.
- Влияет также возраст человека, его семейное положение, наличие супруга(и) и/или детей, в более широком контексте – социальная среда как таковая. В сельских поселениях инвалидность по субъективному функциональному определению выше, чем в городе.
- Инвалиды первой группы с вероятностью 61% подпадают под определение инвалидности ООН.
- Для инвалида второй группы шансы 50 на 50.
- Среди третьей группы инвалидности 35% женщин и примерно 25% мужчин подпадают под международное определение инвалидности

Риск инвалидности

- мужчины-инвалиды: по СФ
- мужчины-инвалиды: по ОФ
- мужчины-инвалиды: по обоим критериям
- женщины-инвалиды: по СФ
- женщины-инвалиды: по ОФ
- женщины-инвалиды: по обоим критериям



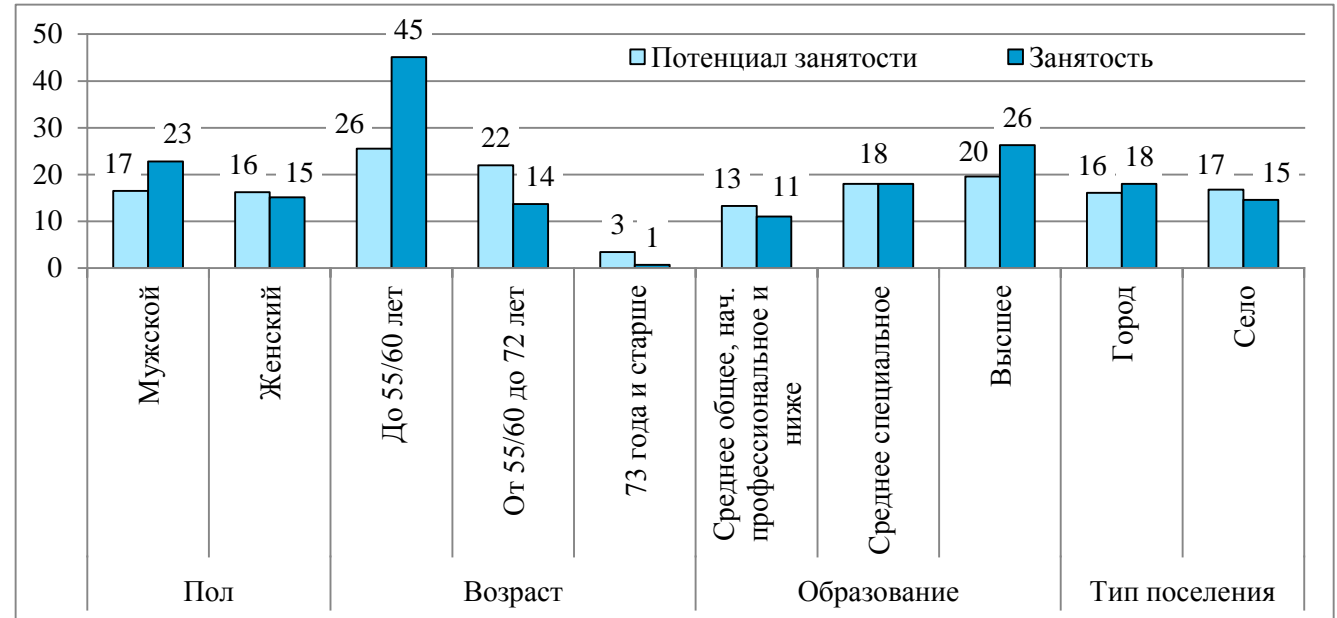
Риск инвалидности по российскому (ОФ) и международному (СФ) определениям в разрезе пола и возраста, % от всех опрошенных

Одиночество \Leftrightarrow Субъективное благополучие

- Психологический комфорт «преломляет» восприятие жизни, формируя субъективную компоненту качества жизни
- Важную роль играет социальная включенность инвалида
- Депрессия и одиночество провоцируют негативную самооценку состояния здоровья, усиливая функциональные ограничения, что в свою очередь приводит к еще большей социальной изоляции
- Социальная модель инвалидности, предлагаемая Конвенцией ООН, тесно связана с восприятием серьезности барьеров, возникающих у человека по причине плохого здоровья
- Пошаговая процедура оценивания логистической модели на сводном массиве 2014-2015 гг. из 1,6 тыс. наблюдений дала набор факторов, влияющих на то, что респондент-инвалид часто чувствует одиноким.
- Вероятность одиночества инвалида, живущего с супругом/ супругой, составляет 25% по сравнению с одиноко проживающим, в домохозяйстве из супружеской пары и других родственников – 40%, а в семье, где инвалид без супруга, но с другими родственниками – 70% от риска одиночества одиноко проживающего инвалида.
- Если респондент не имеет детей, независимо от совместного с ними проживания, то риск быть одиноким возрастает в 1,8 раза.
- Инвалидность по определению ООН в 1,8 раз повышает подверженность инвалида чувству одиночества.
- Социальные контакты. Мало друзей (0 или 1-2) или знакомых => одиночество. **! Занятость !**
- Усилия направленные на укрепление социальной включенности людей с ограниченным здоровьем могли бы улучшить их психологический комфорт и, возможно, снизить ощущение барьеров функциональности.

Потенциал занятости инвалидов

- Каждый пятый незанятый респондент готов вернуться на рынок труда, если ему / ей будет предложена сильная работа.
- От числа всех инвалидов это составляет 16% – почти столько же, сколько инвалидов реально работает. 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 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 гендерных различий.
- Примерно четверть (26%) инвалидов трудоспособного возраста могли бы выполнять сильную работу, и еще 22% готовы работать среди пенсионеров в возрасте экономической активности от 55/60 до 72 лет.



Книга



ИНВАЛИДНОСТЬ *и социальное положение инвалидов в России*

ISBN 978-5-7749-1213-1
9 785774 912131


| Издательский дом **ДЕЛО** |

ИНВАЛИДНОСТЬ И СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ИНВАЛИДОВ В РОССИИ

Что делать?

- Поддержать предложения З.А. Рыжиковой, А.В. Демьяновой по совершенствованию действующей информационной базы по вопросам занятости и трудоустройства инвалидов.
- На первом этапе расширить и углубить статистическую информацию о положении на рынке труда людей, с установленным статусом инвалида, используя предложенные авторами формулировки вопросов, адресованных населению, и внедрив дополнительные разбивки в формах для сбора административных данных.
- В регулярные обследования Росстата добавить вопросы о барьерах трудоустройства для людей с ограничениями здоровья, а также другие вопросы согласно приведенным докладчиками примерам из обследований в других странах.
- Для продвижения российской статистики в направлении определения инвалидности Конвенции ООН о правах инвалидов, добавить один раз в четыре года скрининговый блок вопросов об ограничениях здоровья в Комплексное наблюдение условий жизни населения, Обследование рабочей силы и Статистическое наблюдение доходов населения и участия в социальных программах.
- В перспективе начать проводить масштабные выборочные обследования населения и работодателей о положении инвалидов на рынке труда и барьерах их трудоустройства.



РАНХиГС

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Институт социального
анализа и прогнозирования

Бурдяк А.Я.

aleksandra.burdyak@gmail.com

Спасибо за внимание!