



СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ: ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ ГРАЖДАН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА. Часть 2

Е. В. Кулагина¹

¹Институт социально-экономических проблем народонаселения
ФНИСЦ РАН. 117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, д. 32

Для цитирования: Кулагина Е. В. Социальное обеспечение лиц с инвалидностью: доступность для граждан трудоспособного возраста. Часть 2 // Социологическая наука и социальная практика. 2022. Т. 10, № 4. С. 8–27. DOI 10.19181/snsp.2022.10.4.9280. EDN YKZUFE

Аннотация. В статье, состоящей из двух частей, используются подходы и принципы анализа российской политики государственного социального обеспечения для лиц с инвалидностью трудоспособного возраста, основанные на опыте государств благосостояния. Во второй части статьи анализируется российская политика в ходе первичного и повторного освидетельствования за период с 2010 по 2020 г. на основе данных МСЭ Министерства труда и социального развития РФ. Проводятся сопоставления подходов к сокращению в России, странах ЕС и ОЭСР. Показаны принципы ужесточения процесса оценки инвалидности и кадрового администрирования, влияющие на доступ к пособиям, перспективы реабилитации и содействия занятости, правовые гарантии заявителей. Раскрыты факторы снижения доступности программ помощи и выделены категории, которым отказано в мягких правилах для зачисления – в аспекте групп инвалидности, пола, типа поселения и основных классов болезней, при первичном и повторном освидетельствовании – «на входе» в программу и при «подталкивании к выходу». Выявлен характер мер антикризисной политики 2020 г. в социальном обеспечении для лиц трудоспособного возраста.

Ключевые слова: инвалидность, доступность, социальное обеспечение для лиц с инвалидностью трудоспособного возраста

Зачисление в программу, уровень обеспечения и перспективы реабилитации

Сокращение доступа к социальному обеспечению лиц с инвалидностью трудоспособного возраста взаимосвязано с административными рычагами воздействия на оценку инвалидности — медико-социальную экспертизу первичного и повторного освидетельствования, повышению «надёжности» которой способствовала Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ. Правила зачисления, а также распределения участников по группам нарушений (три степени: незначительные, средние и тяжёлые) опираются на пороги и категории. Многочисленность нарушений не оказывает существенного влияния: оценка может быть увеличена лишь на 10%¹. Условием получения минимального пособия является превышение порога 40%. Максимальное пособие выплачивается при пороговом значении 100%, что отличается строгостью на фоне развитых государств благосостояния, где в среднем по странам Организации экономического сотрудничества и развития максимальный порог для лиц трудоспособного возраста соответствует уровню 56%. В неолиберальных странах минимальный порог поднимается до 71%, максимальный начинается от 86% [13].

Ужесточение оценки проводится как при зачислении — на «входе» в программу», так и при переосвидетельствовании. За период с 2010 по 2020 г. произошло двукратное сокращение численности лиц в трудоспособном возрасте (18–54 года женщины, 18–60 лет мужчины)² как при первичной (с 441,0 до 241,8 тыс. чел.), так и при повторной оценке (с 1 342,0 до 7701,4 тыс. чел.). В возрасте от 18 до 44 лет снижение интенсивного показателя составило 30,8% (с 25,9 до 17,9 чел. на 10 тыс. населения) и 36,4% (с 94,9 до 60,4 чел. на 10 тыс. населения) соответственно. В верхних границах (женщины 45–54 лет, мужчины 45–59 лет) интенсивность сокращения была выше: на 43% при первичном освидетельствовании (со 108,3 до 62,7 чел. на 10 тыс. населения соответствующего возраста) и на 45,8% при повторном освидетельствовании, где значения были самыми высокими (с 294,2 до 159,4 чел. на 10 тыс. населения)³. В пенсионном возрасте (женщины 55 лет и выше, мужчины 60 лет и выше), к которому относятся предпенсионеры, по новым правилам выхода на пенсию, показатели резко снизились при первичном (на 44%), чем при повторном освидетельствовании (на 12%) (табл. 1).

¹ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2014 г. № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»; Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

² Здесь и далее используется разбивка по возрасту, согласно Форме 7-СОБЕС федерального статистического наблюдения.

³ Здесь и далее интенсивные показатели рассчитаны на 10 000 человек населения соответствующего возраста в численности населения соответствующего возраста, соответствующего пола, в соответствующем типе населённого пункта (жителей городской или сельской местности).

Таблица 1

Сокращение доступа при первичном и повторном освидетельствовании, с 2010 по 2020 г.

Возраст / пол Группа инвалидности	Первичное освидетельствование		Повторное освидетельствование	
	2010	2020	2010	2020
Возрастная структура лиц с инвалидностью, лет	Численность, чел.			
18–44	151 470	97 404	555 186	328 242
Женщины, 45–54; мужчины, 45–59	289 525	144 402	786 821	373 170
Женщины, 55 и выше; мужчины, 60 и выше	451 536	317 493	612 063	675 365
Всего	892 531	559 299	1 954 070	1 376 777
Возрастная структура лиц с инвалидностью, лет	Уровень инвалидности, чел. на 10 тыс. населения соответствующего возраста			
18–44	25,9	17,9	94,9	60,4
Женщины, 45–54; мужчины, 45–59	108,3	61,7	294,2	159,4
Женщины, 55 и выше; мужчины, 60 и выше	147,1	82,3	199,4	175,1
Распределение по группам инвалидности (степеням нарушений), %				
I группа	15,3	21,8	10,1	10,2
II группа	43,9	35,4	41,2	35,3
III группа	40,8	42,9	48,7	54,6
Всего	100	100	100	100

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг. ; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

Ежегодные темпы сокращения в трудоспособных возрастах при повторном освидетельствовании на уровне 3,6–4,6% намного превышают среднее значение стран ОЭСР, где отток из программ социального обеспечения составлял менее 1% в год [12; 17]. Ужесточение доступа происходит главным образом для граждан в верхних границах (женщины 45–54 лет, мужчины 45–59 лет), тогда как в государствах благосостояния в отношении лиц от 50 лет действует правило пограничного возраста с мягкими стандартами при зачислении и с повышенной ставкой пособия в связи с худшими возможностями поддерживать благосостояние: низкими шансами на продолжение занятости и дополнительными расходами из-за инвалидности [6; 4]. Кандидаты старше 55 лет, численность которых увеличивается в связи с реформами пенсионного возраста, оцениваются по более мягким правилам, чем граждане от 50 до 55 лет, которые, в свою очередь, – мягче, чем до рубежа 50-летия [6; 7]. Согласно обследованию здоровья, старения и вы-

хода на пенсию в 15 странах Европы (SHARE – the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe), граждане с инвалидностью в возрасте 50–65 лет больше нуждаются в помощи на оплату вспомогательных средств, услуг, медицинских препаратов, диетического питания, транспорта и отопления, так как проводят дома больше времени. Оценки дополнительных расходов показывают, что даже с мягкими правилами программы государственной поддержки недостаточно учитывают потребности: для поддержания уровня жизни требуется больше дохода – примерно на 44% [11].

Согласно структуре распределения по степеням нарушений, за рассматриваемый период наблюдается тенденция, при которой основное сокращение происходит во второй группе – как при первичном (с 43,9 до 35,4%), так и при повторном (с 41,2 до 35,3%) освидетельствовании. Среди первично освидетельствованных увеличивается доля лиц с первой группой – с более тяжёлыми нарушениями (с 15,3 до 21,8%). В структуре повторно освидетельствованных – с третьей группой (с 48,7 до 54,6%). Перераспределение по группам инвалидности ведёт к снижению размеров социальных выплат (табл. 1).

В среднем по РФ у граждан (всех возрастов), состоящих на учёте Пенсионного фонда, социальное обеспечение, включая трудовые пенсии и ежемесячные денежные выплаты за счёт средств федерального бюджета, балансирует в диапазоне прожиточного минимума (ПМ). В группах, численность которых сокращается, размеры пенсий выше: в первой – в пределах 2 ПМ, во второй – в диапазоне 1,5 ПМ. В третьей группе, численность которой увеличивается, социальное обеспечение находится на грани 1 ПМ¹. Средний размер пенсий балансирует на уровне черты бедности, в отличие от развитых государств благосостояния, где он остаётся в диапазоне от 50 до 110% от уровня оплаты труда и при наличии иждивенцев полагаются дополнительные денежные средства и где, несмотря на воздействующие на поведение функции, согласно требованиям реформирования, выплаты для граждан трудоспособного возраста превышают размеры помощи по бедности [4; 13; 16].

Возможности граждан на расширение гарантий в социальном обеспечении сужены. Заявления в комиссию МСЭ строго отбираются медицинскими учреждениями. В 2020 г. доля граждан, получивших отказ при первичном освидетельствовании, в целом по стране составляла 9,2% (56 699 чел.) от подававших заявление. Доля непризнанных при повторной оценке составляла 0,8% (10 875 чел.). Оспорить отказ при зачислении можно в рамках всё той же структуры МСЭ, в комиссиях на верхних уровнях. Список участников комиссии ограничен по сравнению с практикой государств благосостояния, где в экспертной оценке лиц трудоспособного возраста помимо врачей и других медицинских сотрудников

¹ Рассчитано по: Положение инвалидов // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (дата обращения: 10.07.2022); Уровень жизни // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397> (дата обращения: 10.07.2022).

учитываются мнения социальных работников, консультантов по трудоустройству, иных служащих, а также юридических лиц [3]. В 2020 г. из общего количества заявителей, получивших отказ, треть обжаловали решения в Главном бюро МСЭ, из них изменены решения для 21,2% (4 745 чел.). Доля решений, обжалованных в судебном порядке, составила всего 2,8% (625 чел.), из них изменено решений – 2,6% (10 чел.)¹. Сложившийся механизм оценки заявителей контрастирует с практикой судебных решений в государствах благосостояния, по результатам которой в Великобритании зачисление в программу происходит для 40% лиц, оспоровивших решение, в США – для 2/3 первоначальных заявителей в течение пятилетнего периода с момента обращения [1; 3].

Сокращению доступности социального обеспечения сопутствует увольнение персонала в ходе административной реформы МСЭ, в том числе врачей. С 2010 по 2020 г. численность врачей снизилась на 18,7%. Количество штатных единиц опустилось с 19 652,8 до 13 029,3 единиц, количество совместителей – с 1894 до 541 человек. Между тем количество освидетельствованных на одного врача также снизилось – с 612,7 до 532,6 человека, что не означает достаточности кадровых ресурсов для квалифицированной оценки и доступности программ помощи на местах. Пространственные факторы, такие как удалённость и плотность населения, не регламентированы в порядке размещения бюро МСЭ, числе комиссий и численности врачей по территориям РФ² (табл. 2).

Таблица 2

Численность врачей (фактически работающих) в бюро МСЭ для лиц старше 18 лет, 2010–2020 гг., чел.

Специальности	2010	2012	2015	2018	2020
Врачи-специалисты	5797	5484	4555	4757	4713
Психологи	895	879	622	549	533
Специалисты по реабилитации	1158	1053	632	768	691
Специалисты по социальной работе	1043	1046	334	228	210
Работники по экспертно-реабилитационной диагностике	3191	3027	2182	2394	2250
Вспомогательный и обслуживающий персонал	1468	1372	690	688	574

Источник: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше».

¹ Рассчитано по: Форма 7-СОБЕС.

² Количество бюро определяется из расчёта 1 бюро на 70–90 тыс. чел. при условии проведения МСЭ 1,3–1,5 тыс. чел. (в возрасте 18 лет и старше) ежегодно. С учётом особенностей регионов бюро могут создаваться, исходя из иного расчёта численности населения и количества оказанных услуг по проведению МСЭ в год. См.: Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.12.2020 года № 979н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы».

Более глубокие последствия имело увольнение специализированного персонала, ответственного за реабилитацию и переход от социального обеспечения к труду. За указанный период было уволено 40,3% специалистов по реабилитации (с 1158 до 691 чел.), 40,4% психологов, 29% работников по экспертно-реабилитационной диагностике, 40% вспомогательного и обслуживающего персонала. Почти полностью прекратилась деятельность по социальной работе — доля уволенных работников составила 80% (табл. 2).

Тенденция сокращения высококвалифицированного медицинского персонала, которая помимо того, что ведёт к усилению внутренних конфликтов и снижению профессионализма, ставит под вопрос качество и роль реабилитации в содействии занятости [5]. Результаты реабилитации, которые ранее оценивались в бюро МСЭ через обеспечение занятости, изменены в ходе реформы. В предшествующий период учитывалась потребность в занятости, при этом доля лиц с инвалидностью (без разделения на возрастные группы) при первичном освидетельствовании составляла 58,6% в 2010 г., 44,5% в 2014 г. При повторном освидетельствовании потребность возрастала: 63,1% в 2010 г., 59,2% в 2014 г. По окончании программы реабилитации трудоустраивалось небольшое количество участников: 7,3% (129 210 чел.) в 2010 г., 4,4% (65 148 чел.) в 2014 г. от общей численности прошедших переосвидетельствование, включая пострадавших от несчастных случаев¹. В текущем периоде фиксируется «нуждаемость в содействии в трудоустройстве» (без разделения на возрастные группы), потребность в которой заметно ниже. В 2020 г. при первичном освидетельствовании доля нуждающихся в содействии составляла 33,5%, при повторном освидетельствовании — 43,9%. Результаты «содействия» выше, чем в «обеспечении» занятости: в 2020 г. доля лиц, которым оказано содействие, в целом как при первичном, так и при повторном освидетельствовании составила 46,2% (366 208 чел.) от потребности, или 18% от общей численности прошедших переосвидетельствование, включая пострадавших от несчастных случаев². На показатели содействия не оказала заметного влияния пандемия COVID-19, так как количество нуждающихся остаётся неизменным.

Первичная оценка:

доступ по возрастным группам, типу поселений и полу

В ходе зачисления при первичном освидетельствовании лиц трудоспособного возраста (женщины 18–54 лет, мужчины 18–59 лет) происходит отказ от мягких правил для сельских жителей — работников тяжёлого физического труда,

¹ Рассчитано по: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010–2014 гг.

² Рассчитано по: Форма 7-СОБЕС.

которые имели небольшие преференции в социальном обеспечении. В 2010 г. уровень инвалидности был выше у мужчин – сельских жителей (71,9 чел. на 10 тыс. населения соответствующего возраста и пола в численности сельских жителей), чем у мужчин – городских жителей; у женщин – сельских жительниц (44,3 чел. на 10 тыс. населения) выше, чем у женщин – городских жительниц. За период с 2010 по 2020 г. сельские жители лидировали по сокращению: интенсивный показатель у мужчин опустился на 45,1%, у женщин – на 39,4%, в результате значения в аспекте типа поселения сблизились: превышение в сельской местности стало минимальным: у мужчин – 9% и у женщин – 17% (табл. 3).

Таблица 3

**Уровень инвалидности при первичном освидетельствовании,
в разрезе по возрасту, полу, типу поселения, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения**

Год	Уровень инвалидности	В трудоспособном возрасте (женщин 18–54 лет; мужчин 18–59 лет)		В пенсионном возрасте	
		В городских поселениях	В сельских поселениях	В городских поселениях	В сельских поселениях
2010	Уровень инвалидности мужчин	61,3	71,9	224,4	168,7
	Уровень инвалидности женщин	36,8	44,3	129,4	106,3
2020	Уровень инвалидности мужчин	36,8	39,5	132,5	102,0
	Уровень инвалидности женщин	23,3	26,8	68,0	52,4
2010–2020	Сокращение уровня инвалидности мужчин, %	-40,1	-45,1	-41,0	-39,5
2010–2020	Сокращение уровня инвалидности женщин, %	-36,8	-39,4	-47,4	-50,7

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

В пенсионном возрасте, где преференции предоставлены городским жителям, преимущественно мужчинам, в 2010 г. интенсивный показатель составлял 224,4 человека на 10 тыс. населения соответствующего возраста в численности городских жителей. За период с 2010 по 2020 г. сокращение производилось неравномерно как в разрезе по типу поселения, так и по полу, главным образом за счёт женщин, в первую очередь сельских жительниц (до 52,4 чел. на 10 тыс.

населения). Перевес в сторону городского населения усилился. По мере ограничения доступа к программе неравенство по полу в трудоспособном возрасте снизилось, в пенсионном возрасте усилилось и стало двукратным (табл. 3).

В период временного порядка 2020 г. в течение COVID-19, несмотря на проблемы занятости для лиц с нарушениями здоровья и активности, падение показателя в трудоспособном возрасте при первичном освидетельствовании продолжилось: сильнее в сельских поселениях, больше у мужчин, чем у женщин. В пенсионном возрасте, к которому относится часть нынешних предпенсионеров, различия в разрезе по полу и типу поселений не были существенными: около 15% среди городских и около 14% среди сельских жителей.

Первичная оценка: доступ по возрастным группам, степеням нарушений и типу поселений

Политика отказа от мягких правил для сельских жителей в возрасте от 18 до 44 лет действует таким образом, чтобы ограничить доступ к программе и ухудшить уровень социального обеспечения. За период с 2010 по 2020 г. сокращение интенсивных показателей во второй группе в сельской местности (43,1% – с 14,9 до 8,5 чел. на 10 тыс. населения) более чем в два раза превысило значение в городской местности (с 8,0 до 6,6 чел. на 10 тыс. населения). Снижение в первой (на 14,2%) и в третьей (на 35,2%) группах произошло на фоне роста в городской местности. Если в 2010 г. как в сельской, так и в городской местности был паритет во второй в третьей группах, то к 2020 г. наметился перевес в сторону третьей группы (рис. 1).

В верхних границах трудоспособного возраста (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины), где уровень инвалидности относительно выровнен по типу поселения, значение резко снизилось в каждом типе поселения – как у городских, так и у сельских жителей во второй (на 56,3% и 58,1% соответственно) и третьей (на 40,4% и на 40,9% соответственно) группах. Стала доминировать третья группа (рис. 1).

В пенсионном возрасте (старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины), где интенсивный показатель при первичном освидетельствовании выше у городских жителей, наблюдались схожие тенденции во второй (55% и ниже) и в третьей (около 40%) группах. В первой группе сильнее снизилось значение у городских жителей – на 45,1%. Между тем показатели во второй группе в этом возрасте пока ещё остаются самыми высокими: как у сельских (24,1 чел. на 10 тыс. населения), так и у городских (30,8 чел. на 10 000 населения) жителей (рис. 1).

В 2020 г. меры временного порядка при первичном освидетельствовании не расширили доступность социального обеспечения по уровню социальных выплат: в трудоспособном возрасте чуть больше сократились значения у сельских жителей, в пенсионном возрасте – у городских.

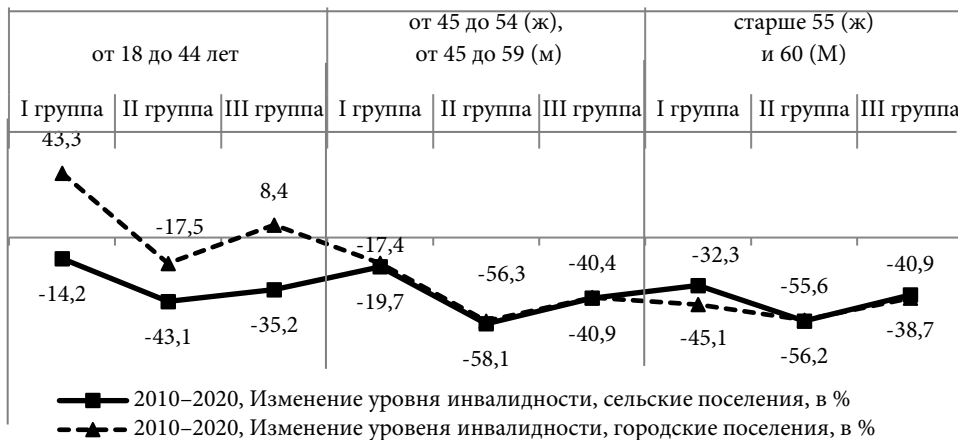


Рис. 1. Уровень инвалидности при первичном освидетельствовании, в разрезе по возрасту, группам, полу и типу поселений, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения соответствующего возраста

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

Повторная оценка: доступ по возрастным группам, типам поселений и полу

При повторном освидетельствовании действие мягких правил для сельских жителей трудоспособного возраста существенно ослабилась. Если в 2010 г. в каждом типе поселения уровень инвалидности при повторном освидетельствовании как у женщин (18–54 лет), так и у мужчин (18–59 лет) в три раза превышал показатель зачисленных впервые, то к 2020 г. у мужчин разрыв по типу поселения снизился. Величина снижения у мужчин – сельских жителей была самой высокой – 48,4% (с 229,2 до 118,3 чел. на 10 тыс. населения) (табл. 4).

Таблица 4

Уровень инвалидности при повторном освидетельствовании,
в разрезе по возрасту, полу, типу поселения, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения

Год	Уровень инвалидности	В трудоспособном возрасте (женщины 18–54 лет; мужчины 18–59 лет)		В пенсионном возрасте	
		В городских поселениях	В сельских поселениях	В городских поселениях	В сельских поселениях
2010	Уровень инвалидности мужчин	174,5	229,2	319,5	245,8
	Уровень инвалидности женщин	110,5	165,6	166,7	145,2
2020	Уровень инвалидности мужчин	96,7	118,3	279,7	221,5
	Уровень инвалидности женщин	64,7	98,7	144,8	111,3
2010–2020	Сокращение уровня инвалидности мужчин, %	-44,6	-48,4	-12,5	-9,9
2010–2020	Сокращение уровня инвалидности женщин, %	-41,5	-40,4	-13,1	-23,4

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

В результате сокращения усилился разрыв интенсивных показателей по возрасту: у лиц трудоспособного возраста стал в три раза ниже, чем в пенсионном возрасте в городской местности (96,7 чел. на 10 тыс. населения), и в два раза – в сельской местности (118,3 чел. на 10 тыс. населения). Профиль инвалидности ещё сильнее сместился в сторону пенсионного возраста и городских жителей – мужчин (279,7 чел. на 10 тыс. мужчин) (табл. 4).

Неравенство по полу сохранилось: в трудоспособном возрасте значения у городских жительниц на треть ниже, чем у мужчин; у сельских – на 16,6%. В пенсионном возрасте – почти в половину в каждом типе поселения (табл. 4).

В 2020 г. меры временного характера при повторном освидетельствовании способствовали расширению доступности — чуть чаще лицам пенсионного возраста, мужчинам, чем женщинам.

Первичная и повторная оценка: доступ по возрастным группам и степеням нарушений

Основным принципом политики первичного и повторного освидетельствования за период с 2010 по 2020 г. стала отмена мягких правил для граждан в верхних границах трудоспособного возраста (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины), а также преимуществ получения группы инвалидности с повышенным уровнем социального обеспечения. Вопреки возрастающим потребностям в социальной защите ввиду низких шансов продолжения занятости, уровень социальных гарантий и социальных выплат резко снижается. В период с 2010 по 2020 г. интенсивный показатель как при первичном, так и при повторном освидетельствовании сократился преимущественно во второй группе — более чем в половину (с 45,4 до 20,4 чел. и со 120,1 до 53,6 чел. на 10 тыс. населения соответственно), в третьей группе — на 38,3% (с 51,9 до 32,0 чел. и со 156,2 до 96,5 чел. на 10 тыс. населения соответственно). В первой группе ограничение доступа происходило главным образом при повторном освидетельствовании (48,5%) (рис. 2).

Лица от 18 до 44 лет чуть в меньшей степени, но, однако, существенно утратили возможности быть зачисленными: значение во второй группе снизилось на 41,1% на входе в программу (с 11,9 до 7,0 чел. на 10 тыс. населения) и в половину при повторном освидетельствовании (с 40,8 до 20,5 чел. на 10 тыс. населения) (рис. 2).

В отношении пенсионного возраста (старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины), к которому относятся нынешние предпенсионеры, жёсткие меры действуют преимущественно на входе в программу, где значения сократились более чем в половину во второй группе — на 55,6% (с 65,4 до 29,0 чел. на 10 тыс. населения) и на 40% — в третьей (с 50,6 до 30,2 чел. на 10 тыс. населения) (рис. 2).

В ходе действия мер временного порядка 2020 г., благодаря упрощённой процедуре повторного освидетельствования, социальные гарантии расширились преимущественно по третьей группе с низкими выплатами, которая стала доминировать в каждой возрастной категории. От смягчения правил зачисления в большей мере выиграли лица пенсионного возраста, что могло бы содействовать предпенсионерам по новым правилам выхода на пенсию, если бы масштаб помощи был более существенным. С 2019 по 2020 г. количество граждан (старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины) выросло на 162,9 тыс. человек, интенсивный показатель поднялся более чем на 38% во второй и в третьей группах. Численность в верхних границах (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины) выросла на 77,9 тыс. человек, преимущественно в третьей группе — на 31,0% (с 73,7 до 96,5 чел. на 10 тыс. населения), меньше во второй группе — на 27,5% (с 42,1 до 53,6 чел. на 10 тыс. населения). В возрасте от 18 до 44 лет рост уровня инвалидности произошёл преимущественно в третьей группе — на 41,9%.

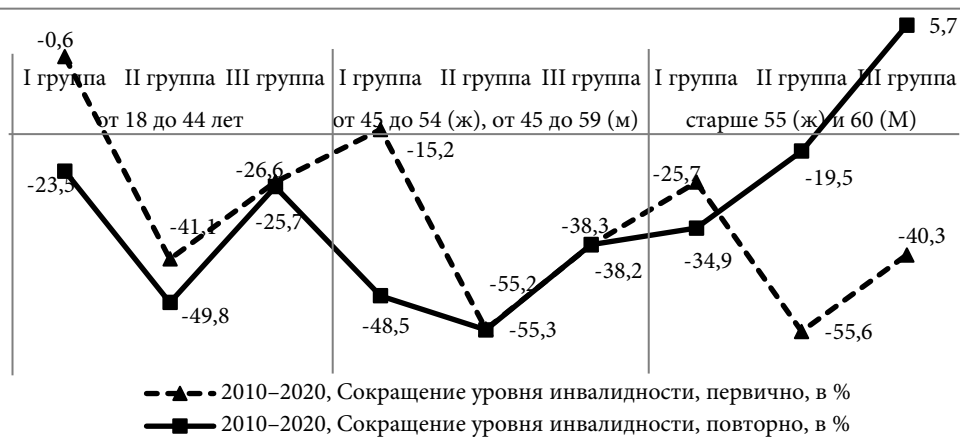
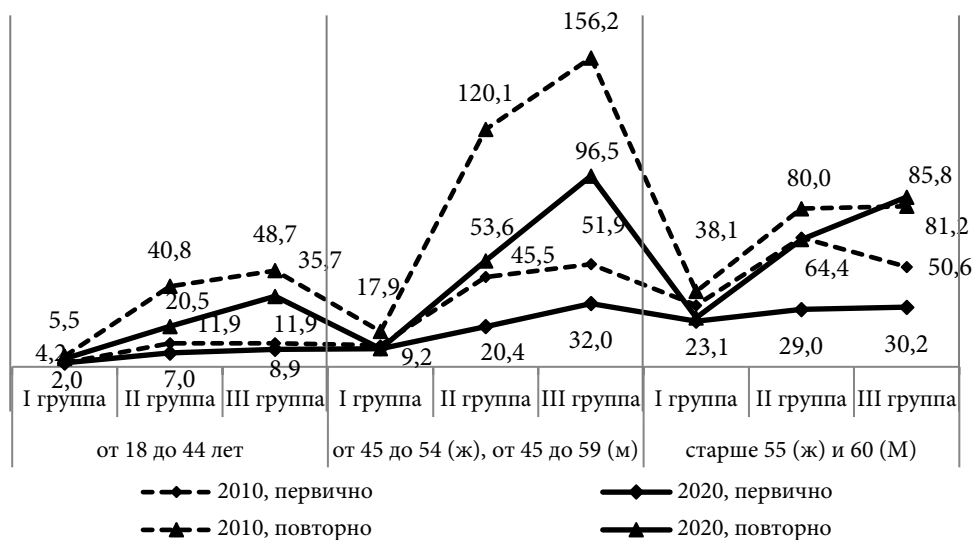


Рис. 2. Уровень инвалидности, в разрезе по возрасту и группам при первичном и повторном освидетельствовании, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения соответствующего возраста

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

Первичная и повторная оценка: доступ по возрастным группам, степеням нарушений и заболеваниям

Сокращение доступа к социальному обеспечению для лиц в верхних границах трудоспособного возраста (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины) преимущественным образом происходит по заболеваниям, чаще приводящим к инвалидности: болезням системы кровообращения и костно-мышечной системы, а также злокачественным новообразованиям. (рис. 3).

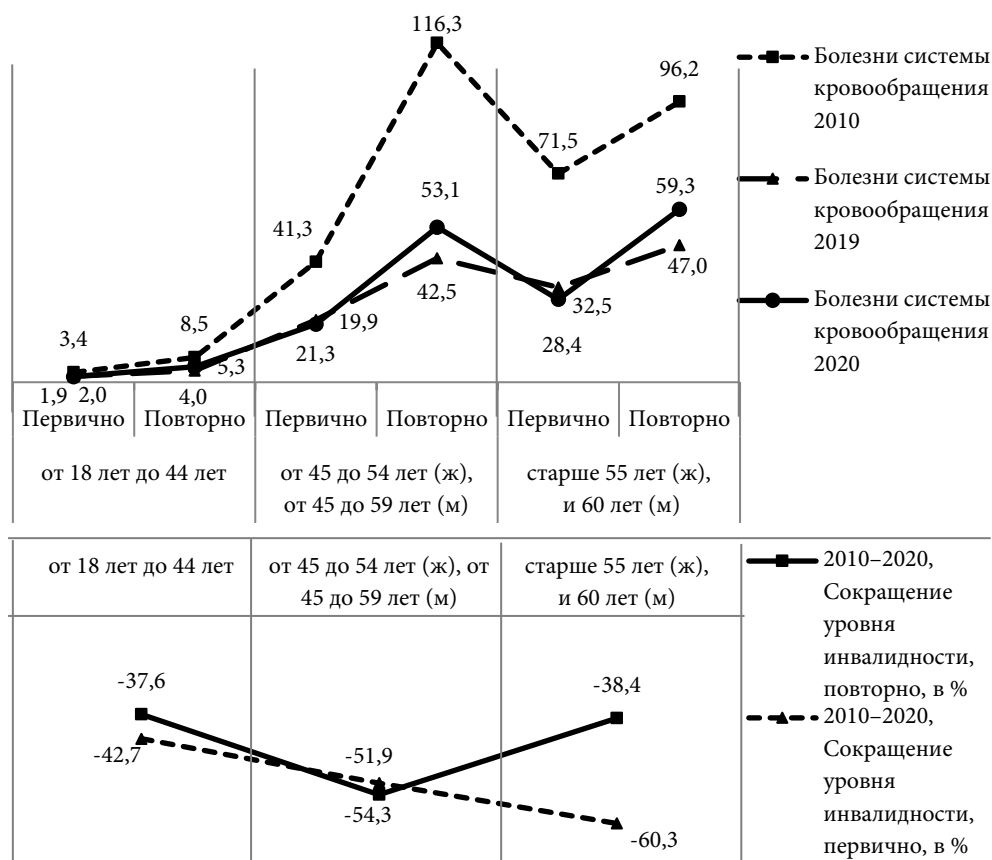


Рис. 3. Уровень инвалидности по причине болезни системы кровообращения, в разрезе по возрастным группам, при первичном и повторном освидетельствовании, 2010, 2019, 2020 гг., на 10 тыс. населения соответствующего возраста

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

С 2010 по 2020 г. для указанной категории в два раза и более снизился шанс получения социальной помощи и раннего выхода на пенсию в связи с болезнями системы кровообращения как при первичном (с 41,2 до 19,9 чел. на 10 тыс. населения), так и при повторном (с 116,3 до 53,1 чел. на 10 тыс. населения) освидетельствовании. Для получающих трудовую пенсию (старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины) ужесточение доступа к программе было резким только при первичном (60,3%) освидетельствовании.

В 2020 г. в период временного порядка признания инвалидом при повторном освидетельствовании в первую очередь получили преимущества граждане (от 18 до 44 лет), у которых годовое повышение уровня инвалидности составило треть (33,0%). В остальных возрастах рост показателя был ниже: в верхних границах от 45 до 54 лет среди женщин и от 45 до 59 лет среди мужчин – на 25% (с 42,5 до 53,1 чел. на 10 тыс. населения), в пенсионном возрасте – на 26,1% (с 47 до 59,3 чел. на 10 тыс. населения).

За период с 2010 по 2020 г. резко сократилась численность граждан с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани. Для лиц трудоспособного возраста (от 18 до 44 лет), и особенно для пенсионеров, вход в программу существенно усложнился при первичном освидетельствовании: снижение на 46,4% и на 70% соответственно. Лица от 45 до 54 лет среди женщин и от 45 до 59 лет среди мужчин утратили шансы на участие как при первичном (57,9%; с 11,4 до 4,8 чел. на 10 тыс. населения), так и при повторном освидетельствовании (56,2%; с 31,5 до 13,8 на 10 тыс. населения) (рис. 4).

В 2020 г. в ходе временного порядка признания инвалидом в первую очередь были допущены до участия лица от 18 до 44 лет, уровень инвалидности которых увеличился за год почти на 40%. Рост в верхних границах трудоспособного возраста (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины) и пенсионеров по старости составил около 30%.

Политика сокращения доступа для граждан в верхних границах (от 45 до 54 лет женщины, от 45 до 59 лет мужчины) действовала даже при наличии злокачественных новообразований, занимающих второе место среди причин, приводящих к инвалидности. За период с 2010 по 2019 г. интенсивный показатель у граждан указанной категории удерживался на одном уровне (около 23 чел. на 10 тыс. населения) при первичном освидетельствовании и при повторном освидетельствовании (около 33 чел. на 10 тыс. населения), тогда как в других возрастных группах он повышался. В 2020 г. в ходе мер временного характера значения при повторном освидетельствовании повысились в большей мере у лиц от 18 до 44 лет – на 49,2% – и пенсионеров (старше 55 лет женщины и 60 лет мужчины) – на 41,1%, в меньшей – у граждан от 45 до 54 лет среди женщин и от 45 до 59 лет среди мужчин – на 36,6%. За период с 2010 по 2020 г. категория старшего трудоспособного возраста была единственной, в отношении которой, с одной стороны, снизился уровень первичной инвалидности – на 11,5%. С другой стороны, повышение при повторном освидетельствовании – на 35,6% – в 2,5 раза уступало значению в возрасте от 18 до 44 лет и в 3 раза – в возрасте старше 55 лет среди женщин и 60 лет среди мужчин, где рост составил 90,0% и 99,5% соответственно (рис. 5).

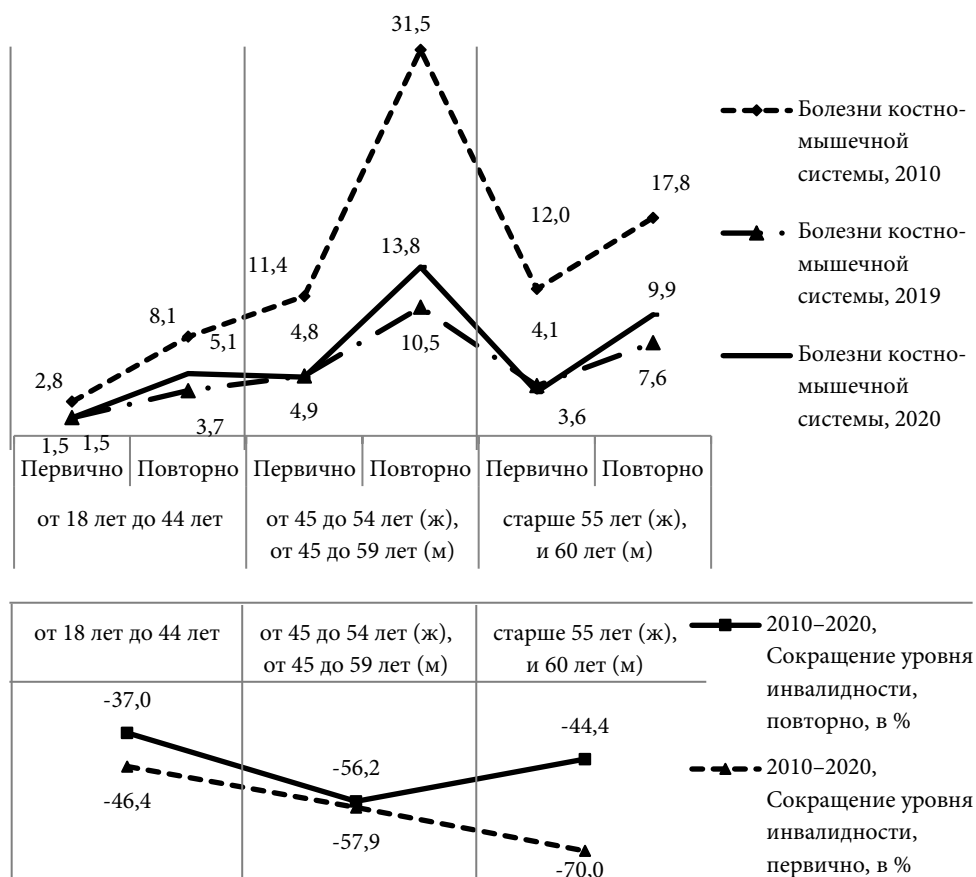


Рис. 4. Уровень инвалидности по причине болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, в разрезе по возрастным группам, при первичном и повторном освидетельствовании, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения соответствующего возраста

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

Изменение правил зачисления в программу также направлено на лиц трудоспособного возраста с психическими расстройствами, болезнями нервной системы, которые ограничены в доступе к социальному обеспечению в России, но наиболее широко поддерживаются в государствах благосостояния [9; 10; 13; 14]. С 2010 по 2020 г. снижение в возрасте (от 18 до 44 лет) составило при первичном освидетельствовании 35%, при повторном освидетельствовании – ниже 60% (с 25 до 9,2 чел. на 10 тыс. населения). В возрасте от 45 до 54 лет среди женщин и от 45 до 59 лет среди мужчин уровень упал при первичном освидетельствовании на 41,9%, при повторном – до 74,0% (с 17,9 до 4,7 чел. на 10 тыс. населения).

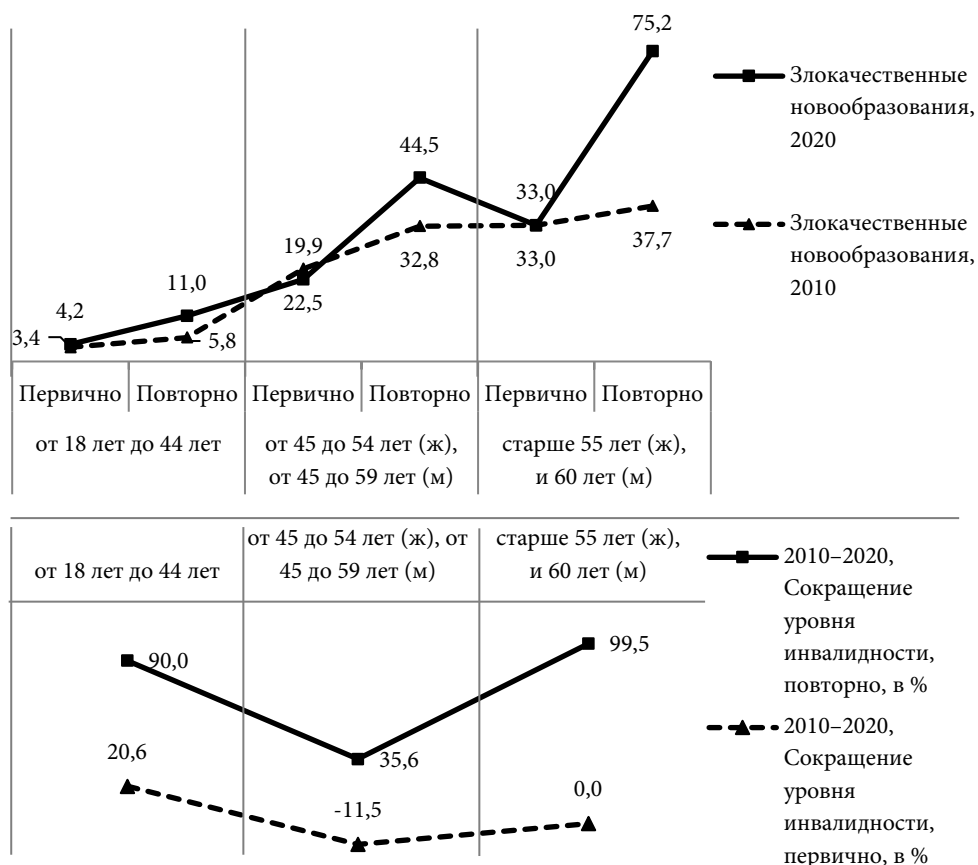


Рис. 5. Уровень инвалидности по причине злокачественных новообразований, в разрезе по возрастным группам, при первичном и повторном освидетельствовании, 2010, 2020 гг., на 10 тыс. населения соответствующего возраста.

Источники: Форма 7-СОБЕС «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», РФ, 2010, 2020 гг.; Численность населения РФ по полу и возрасту // Росстат : [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 10.07.2022).

Заключение

Взгляд на российскую политику государственного социального обеспечения для лиц с инвалидностью трудоспособного возраста с позиции походов и принципов, действующих в государствах благосостояния, показывает, что процесс реформирования на основе ужесточения оценки инвалидности отличается повышенным контролем над бюджетными средствами и резким снижением

социальных гарантий, признаками усиления бедности и неравенства. Усиление контроля над бюджетными средствами происходит в условиях, когда расходы на программу не выдерживают сравнения с государствами благосостояния ввиду чрезвычайно низкого уровня. Оправдание реформ высоким бюджетным давлением выглядит малоубедительным. Принципы сокращения доступности социального обеспечения для лиц трудоспособного возраста действуют жёстче, чем в государствах благосостояния, и входят в противоречие с демографической динамикой и с высоким региональным неравенством в численности граждан этой категории. Подходы к понижению уровня социальных выплат до границы прожиточного минимума — фактически нищенского существования — в связи с переводом в третью группу инвалидности не находят объяснения с позиции перераспределения и компенсации дохода гражданам с дополнительными потребностями, вызванными болезнью, и высокими рисками неравенства и бедности при зачислении в программы помощи [6; 9; 10; 11].

Политика социального обеспечения не ориентирована на лиц с инвалидностью трудоспособного возраста, не согласована с активной политикой занятости для повышения самодостаточности и благополучия, которая действует в государствах благосостояния. Сокращение роли государства происходит на условиях снятия львиной доли ответственности за переход от социального обеспечения к труду, а также допускает ослабление мер реабилитации вследствие реформы администрирования МСЭ. С одной стороны, граждане с наименьшими шансами для поддержания благосостояния остаются без надлежащей помощи и мер содействия: низкий уровень занятости, не выдерживающий сравнения с достигнутым значением в государствах благосостояния, где реализуется активная политика, продолжает падать. С другой стороны, практически исключаются возможности реабилитации до получения пособия и, таким образом, снижение спроса на программы помощи. Тогда как движение по раскрытию потенциала работоспособности с учётом профессиональных требований и условий занятости в ходе предварительной реабилитации с участием государства и работодателей всё более расширяется в государствах благосостояния и поддерживается международными организациями [2; 3].

Стратегии сокращения доступности при первичном и повторном освидетельствовании действуют одновременно в двух направлениях — отказа от мягких правил и понижения уровня социальных выплат преимущественно для сельских жителей (от 18 до 44 лет), а также для городских и сельских жителей старшего трудоспособного возраста (от 45 до 54 лет женщины, 59 лет мужчины) с заболеваниями системы кровообращения, двигательными нарушениями и злокачественными новообразованиями, которые чаще приводят к инвалидности. Лица от 45 до 54 лет среди женщин и 59 лет среди мужчин, в отношении которых даже в неолиберальных государствах благосостояния действует правило пограничного возраста с мягкими стандартами при зачислении [4; 6], находятся под самым сильным давлением административных рычагов регулирования, чтобы, с одной стороны, не допустить сохранения статуса участников и пребывания в программе помощи до выхода на

пенсию. С другой стороны – чтобы снизить уровень социального обеспечения, падение которого во второй группе инвалидности выше именно в этом возрасте. Отягощающим обстоятельством является сокращение предпенсионеров в новых возрастных границах (от 55 до 64 лет), главным образом женщин.

Отказ от мягких правил зачисления, действовавших в начале десятилетия для трудоспособного, главным образом – старшего трудоспособного возраста как по доступности, так и по выплатам, действует в отношении граждан, лишённых возможности быть занятыми и поддерживать благосостояние, остро нуждающихся в социальном обеспечении. Последствия реформирования по совокупности факторов политики сокращения, приводящих к снижению социальных гарантий, усилению рисков бедности, социально-экономического и регионального неравенства, связанных с инвалидностью, остаются недооценёнными. В то же время опыт реформ в государствах благосостояния показывает, что они проводятся на условиях анализа расходов бюджета, оценки адекватности пособия: доходов до и после зачисления, а также взаимозаменяемости и широты охвата программ помощи, чему способствуют национальные обследования на основе самоотчётов населения о состоянии здоровья, ограничениях к самообслуживанию и приносящей доход деятельности в течение длительного периода, которые позволяют выявить граждан с инвалидностью, остающихся без государственной поддержки [8; 15].

Социальное обеспечение для граждан трудоспособного возраста слабо реагирует на условия неблагоприятного экономического климата и рост спроса на пособия. Антикризисные меры 2020 г. по упрощённым правилам зачисления действовали на худших условиях для граждан в трудоспособном возрасте, преимущественно в старшей группе, и низкого уровня финансирования – в основном в границах третьей группы, что ведёт к негативным последствиям для граждан и экономики. В государствах благосостояния социальное обеспечение по инвалидности минимизирует риски бедности и сдерживает факторы, которые могли бы ослабить экономику, выступает автоматическим стабилизатором, особенно в периоды экономического спада [15]. Реформа сокращения придерживается стратегии сохранения социальных гарантий при минимально возможных бюджетных затратах: при необходимости расходы увеличиваются с целью расширения доступности, что способствует значительному снижению уровня бедности и неравенства [3; 6]. Однако даже совокупность подходов и принципов, включающих антикризисную политику, мягкие правила, коэффициенты замещения низких заработков, широкий охват помощью в альтернативных программах, а также практику судебных и политических решений, допускающих зачисление участников при повторном рассмотрении, не позволяет полностью компенсировать уровень бедности, ведёт к ослаблению перераспределения и ухудшению положения лиц с инвалидностью [11]. Противоречия между сокращением и сохранением гарантий доступности социального обеспечения для граждан трудоспособного возраста снимаются не полностью.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Кулагина Елена Викторовна — кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник, Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.

E-mail: elkulagina@yandex.ru

AuthorID РИНЦ: 360101

Дата поступления в редакцию: 08.06.2022. Принято к печати: 10.11.2022.

DOI 10.19181/snsp.2022.10.4.9280

Social Security of Persons with Disabilities: Accessibility for Working-Age Population. Part II

Elena V. Kulagina¹

¹Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS RAS.

32, Nakhimovsky prosp., Moscow, Russia, 117218

For citation: Kulagina E. V. (2022). Social Security of Persons with Disabilities: Accessibility for Working-Age Population. Part II. *Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika*. Vol. 10, № 4. P. 8–27. DOI 10.19181/snsp.2022.10.4.9280

Abstract. The article, which consists of two parts, proposes approaches and principles for the analysis of the Russian state social security policy for working-age disabled people, based on the experience of welfare states. The second part of the article analyzes the state social security policy during the initial and follow-up examination of working-age persons with disabilities for the period from 2010 to 2020 based on medical-social evaluation data from the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation. Comparisons are made of reduction approaches in Russia and the EU and OECD countries. The article explores how the disability assessment and personnel administration are being restricted, affecting the access to benefits, prospects for rehabilitation and employment promotion, as well as legal guarantees for applicants. The factors of reducing the availability of disability programs are revealed, and categories are identified that are denied soft rules for enrollment, in terms of disability groups, gender, type of settlement and main types of diseases, during initial and follow-up examination — “at the entrance” to the program and when being “pushed to the exit.” The nature of the measures of the anti-crisis social security in 2020 for working-age people with disabilities is revealed.

Keywords: disability, access to disability benefit system, social protection

REFERENCES

1. Asher M. Z. (2017). The Wind Before the Storm: Aging, Automation, and the Disability Crisis. UC Berkeley Electronic Theses and Dissertations : [site]. URL: <https://escholarship.org/uc/item/4c10v9sq> (дата обращения: 10.07.2022).
2. Baumberg Geiger B. (2017). Benefits conditionality for disabled people: stylised facts from a review of international evidence and practice. *Journal of Poverty and Social Justice*. Vol. 25, № 2. P. 107–128. DOI 10.1332/175982717X14939739331010.
3. Bickenbach J., Posarac A., Cieza A., et al. (2015). Assessing disability in working age population — a paradigm shift: from impairment and functional limitation to the disability approach. Washington (DC): World Bank.

4. Bound J., Burkhauser R. V. (1999). Chapter 51 Economic Analysis of Transfer Programs Targeted on People with Disabilities. *Handbook of Labor Economics*. Ashenfelter O., Card D. eds. Amsterdam: Elsevier. Vol. 3, № 1. P. 3417–3528. DOI 10.1016/S1573-4463(99)30042-0.
5. De Wind A. E., Brage S., Latil F., Williams N. (2020). Transfer of tasks in work disability assessments in European social security. *European Journal of Social Security*. Vol. 22, № 1. P. 24–38. DOI 10.1177/1388262720910307.
6. Deshpande M., Gross T., Su Y. (2019). Disability and Distress: The Effect of Disability Programs on Financial Outcomes. National Bureau of Economic Research. Working Paper № 25642. DOI 10.3386/w25642.
7. French E., Jae S. (2014). The Effect of Disability Insurance Receipt on Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*. Vol. 6 (2), P. 291–337. DOI 10.1257/pol.6.2.291.
8. Haverman R., Wolfe B. (2000). Chapter 18 The Economics of Disability and Disability Policy. *Handbook of Health Economics*. Culyer A. J., Newhouse J. P. eds. Amsterdam: Elsevier. Vol. 1, P. 995–1051. DOI 10.1016/S1574-0064(00)80031-1.
9. Lauer E. A., Houtenville A. J. (2018) Estimates of prevalence, demographic characteristics and social factors among people with disabilities in the USA: a cross-survey comparison. *BMJ Open*. Vol. 8, № 2. P. e017828. DOI 10.1136/bmjopen-2017-017828.
10. Louwse I., Huysmans M. A., van Rijssen H. J., van der Beek A. J., Anema J. R. (2018) Characteristics of individuals receiving disability benefits in the Netherlands and predictors of leaving the disability benefit scheme: a retrospective cohort study with five-year follow-up. *BMC Public Health* Vol. 18, № 157. P. 1–12. DOI 10.1186/s12889-018-5068-7.
11. Morris Z. A., Zaidi A. (2020). Estimating the extra costs of disability in European countries: Implications for poverty measurement and disability-related decommodification. *Journal of European Social Policy*. Vol. 30, № 3. P. 339–354. DOI 10.1177/0958928719891317.
12. OECD (2009). Employment Outlook 2009. Tackling the Jobs Crisis. Paris : OECD. DOI 10.1787/empl_outlook-2009-en.
13. OECD (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD countries*. Paris: OECD. DOI 10.1787/9789264088856-en.
14. OECD (2003). *Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris : OECD. DOI 10.1787/9789264158245-en.
15. *Social Protection Systems in the EU: Financing Arrangements and the Effectiveness and Efficiency of Resource Allocation (2015)*. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission Services. European Union. DOI 10.2767/983538.
16. Soss J., Keiser L. R. (2006). The political roots of disability claims: How state environments and policies shape citizen demands. *Political Research Quarterly*. Vol. 59, № 1. P. 133–148. DOI 10.1177/106591290605900112.
17. W. van Oorschot (2010). Disability Benefit Reforms in the Netherlands 1980–2006, Retrenchment and reconstruction / *Disability and employment – lessons from reforms*. Kautto M., Bach Othman J. eds. Finnish Centre for Pensions, Reports 2010:4. Helsinki.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Kulagina Elena Viktorovna, Candidate of Economy, Leading Researcher, Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS RAS, Moscow, Russia.
E-mail: elkulagina@yandex.ru
ResearcherID: 1381-2017
Scopus AuthorID: 57195297739

The article was submitted on June 08, 2022. Accepted on November 11, 2022.