

# МОНИТОРИНГ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

DOI: 10.15838/sa.2019.3.20.5

УДК 314.44 | ББК 60.561.6

© **Нацун Л.Н.**

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ\*



**НАЦУН ЛЕЙЛА НАТИГОВНА**

Вологодский научный центр Российской академии наук

Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а

E-mail: leyla.natsun@yandex.ru

ORCID: [0000-0002-9829-8866](https://orcid.org/0000-0002-9829-8866); ResearcherID: [I-8415-2016](https://orcid.org/I-8415-2016)

*Увеличение доли инвалидов в составе населения – общемировой тренд. В Российской Федерации, как и во всем мире, процесс инвалидизации населения обладает гендерной спецификой. В Конвенции ООН «О правах инвалидов» подчеркивается, что гендерный аспект необходимо учитывать во всех усилиях по содействию инвалидам в осуществлении прав человека и основных свобод. Однако лишь единичные работы отечественных исследователей содержат анализ особенностей мужской и женской инвалидности. Цель настоящей статьи: провести содержательный анализ гендерных различий в инвалидизации взрослого населения России и причин, их обуславливающих. Информационную базу исследования составили научные труды отечественных и зарубежных авторов, данные европейской и российской статистики. Вводная часть работы посвящена обзору результатов исследований инвалидности российского населения. Акцент сделан на определении степени изученности гендерного аспекта данного процесса, а также возможности его учета при оценке экономических потерь от инвалидности. В основной части работы показано, каким образом менялась половозрастная структура контингента инвалидов, рассмотрены масштабы инвалидности среди мужского и женского*

\* Работа выполнена в рамках темы государственного задания № 0168-2019-0011 «Демографическое развитие территорий».

населения страны. Приводится оценка экономических потерь, связанных с инвалидизацией женского и мужского населения трудоспособного возраста. Обосновано, что случаи инвалидности среди мужчин и женщин по-разному сказываются на отдельных отраслях экономики, и эта специфика должна учитываться при оценке последствий инвалидизации населения для общества. Ввиду отсутствия статистических данных о причинах первичной инвалидности трудоспособного населения в разрезе пола в заключительной части представлен анализ данных о причинах смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста. Предложены индикаторы качества профилактической работы медико-социального профиля, направленной на снижение инвалидизации и смертности среди данных категорий населения. Результаты исследования могут представлять интерес для специалистов сферы здравоохранения, социального управления, а также для тех, кто интересуется проблематикой инвалидности.

*Инвалидность, инвалидизация населения, общественное здоровье.*

### **Введение**

Инвалидизация рассматривается как процесс перехода некоторой части населения из состояния здоровья в состояние инвалидности [1]. Существует гендерная и возрастная специфика данного процесса. Ее учет необходим при разработке социальной политики в сфере сохранения здоровья населения и в сфере поддержки лиц с инвалидностью.

Процессы инвалидизации в мужском и женском населении протекают по-разному. Мнения исследователей о причинах наблюдаемых различий расходятся. Одни связывают большую распространенность инвалидности среди женщин с более низкими показателями их выздоровления и смертности [2; 3], более высокой продолжительностью жизни женщин в состоянии инвалидности [4], другие говорят о незначительном влиянии показателей смертности на фоне решающего воздействия заболеваемости [5].

На гендерные особенности инвалидности накладываются возрастные. Известно, что с возрастом нездоровье накапливается, что приводит к более высокой инвалидности среди населения старших возрастов. Оценка результативности мероприятий в области здравоохранения для стран, в составе населения которых значительна доля пожилых, уже не может строиться лишь на применении показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ / «life expectancy» – LE). Эта процедура требует расчета показателя ожидаемой продолжительности жизни без

инвалидности («disability-free life expectancy at birth» – DFLE), поскольку только он может дать представление о реальном улучшении или ухудшении здоровья населения вследствие проводимых мероприятий. Причем рассчитываться он должен не только для населения в целом, но и для женщин и мужчин в отдельности. В исследовании Y.M. Sugawara & Y. Saito (2016) на материалах лонгитюдного наблюдения показана дифференциация значений показателя ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности в разрезе префектур Японии. Авторы проверяли взаимосвязь между здоровьем и долголетием населения с целью оценить возможность достижения целевых значений индикаторов государственной программы «Healthy Japan» на втором этапе ее реализации (до 2021 года). Установлено, что на фоне роста ожидаемой продолжительности жизни населения в 2000–2010 гг. на многих исследованных территориях наблюдался спад показателей ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности. Причем для женщин эта тенденция была более выраженной, чем для мужчин [6].

В отечественных исследованиях содержатся сведения об отличительных характеристиках инвалидности населения страны, ее региональных особенностях. Есть указания на взаимосвязь социально-экономического неблагополучия в регионах и роста инвалидизации населения в старших возрастах [7]. Демонстрировалась чувствительность

показателя первичного выхода на инвалидность к изменениям в системе льгот и социальных выплат [8]. Интерпретируя данную закономерность, исследователи сходятся во мнении о значительном влиянии экономических мотивов на получение россиянами группы инвалидности [9]. Другая заметная особенность – постепенное изменение соотношения численности инвалидов разных групп. На протяжении периода с 2004 по 2011 год сокращалась представленность лиц со второй группой, увеличивалась – с третьей. Эксперты объясняют это ужесточением критериев установления инвалидности и усложнением процедуры подтверждения группы (ежегодное переосвидетельствование), а также усилением экономической мотивации к получению инвалидности [10]. В работах исследователей встречается и критика непродуманного ужесточения этих критериев, которое приводит к сокращению охвата медико-социальной поддержкой людей, действительно нуждающихся в ней по состоянию здоровья [11].

Гендерные особенности инвалидизации населения России исследованы несколько слабее и, как правило, рассматриваются в контексте изучения социодемографического профиля инвалидности в целом. В работе Е.В. Кулагиной отмечено, что в России уровень инвалидизации среди мужчин выше, чем среди женщин, во всех возрастных группах до 65 лет. Но после 65 лет ситуация постепенно меняется. В совокупности среди женщин-инвалидов большинство находятся в возрасте старше трудоспособного, среди мужчин-инвалидов преобладают лица в трудоспособном возрасте [8]. В исследованиях других авторов гендерные особенности инвалидности рассматриваются также лишь в качестве одного из аспектов более широкой проблемы [12].

Методический подход к оценке экономических последствий инвалидизации населения трудоспособного возраста предложен в работе Э.Я. Немсцверидзе. Автор определил перечень основных направлений прямых затрат, связанных с инвалидиза-

цией населения трудоспособного возраста. В него вошли затраты на финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, стационарного лечения пациентов, профилактических осмотров, выплату пособий и социальное обеспечение инвалидов, недопроизводство валового продукта [13]. В более ранней работе, также посвященной проблеме инвалидности населения трудоспособного возраста, автор предложил собственную четырехэтапную «модель проведения мониторинга контингента инвалидов трудоспособного возраста», а также «организационно-структурную модель системы учреждений, осуществляющих комплексную реабилитацию и интеграцию инвалидов в общество» [14]. Обоснованию необходимости мониторингового наблюдения параметров первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста уделено внимание и в работе коллектива авторов из Рязани. В ней основными задачами такого наблюдения названы долгосрочное наблюдение, выявление динамики и тенденций первичной инвалидности обследуемой категории населения, прогноз параметров процесса инвалидизации, поиск способов корректировки негативных тенденций и закрепления позитивных [15].

Несмотря на достаточную изученность проблемы инвалидизации населения, в отечественных работах слабо освещен гендерный аспект данного процесса, не предпринималось попыток дифференцировано оценить экономические последствия инвалидизации женского и мужского населения трудоспособного возраста. Актуальность данной проблемы определила постановку цели и перечень задач настоящего исследования.

Цель работы – провести содержательный анализ гендерных различий в инвалидизации взрослого населения России и причин, их обуславливающих.

Задачи работы:

- 1) проанализировать масштабы и изменение уровня инвалидности российского населения трудоспособного возраста в гендерном разрезе;

2) обозначить факторы, которые определяют гендерные различия инвалидизации населения;

3) сформулировать предложения, касающиеся совершенствования работы по профилактике инвалидизирующих заболеваний среди мужского и женского населения трудоспособного возраста.

Информационную базу исследования составили данные европейской и российской статистики, работы отечественных и зарубежных авторов. В рамках исследования за нижнюю границу трудоспособного возраста для женского и мужского населения с инвалидностью принят возраст 18 лет, поскольку именно такая граница проведена в российской форме статистического наблюдения, демонстрирующей распределение инвалидов по полу и возрасту.

Следует отметить, что существуют различия статистического учета инвалидов в России и Евросоюзе, которые необходимо учитывать при интерпретации результатов сравнительного анализа показателей инвалидности. Так, в статистике Евросоюза по инвалидности выделено несколько возрастных категорий населения: 15–64 года, 15–72 года, 15 лет и старше. В российской статистике присутствуют следующие категории: дети-инвалиды 0–17 лет, лица в трудоспособном возрасте и в возрасте старше трудоспособного. Помимо этого, используются разные критерии инвалидности: в европейской статистике учитываются лица, которые, согласно самооценке, имеют длительные и серьезные проблемы с самообслуживанием по состоянию здоровья. В российской статистике учитываются только те, кто имеет официально установленную группу инвалидности, что приводит к т. н. ошибке исключения, когда реальный уровень инвалидизации населения может существенно превышать регистрируемый.

Еще одно ограничение в использовании российской официальной статистики состоит в том, что данные по структуре мужской и женской инвалидности взрослого населения несопоставимы между собой из-за различия

верхней планки трудоспособного возраста: 54 года для женщин и 59 лет для мужчин.

### Результаты и обсуждение

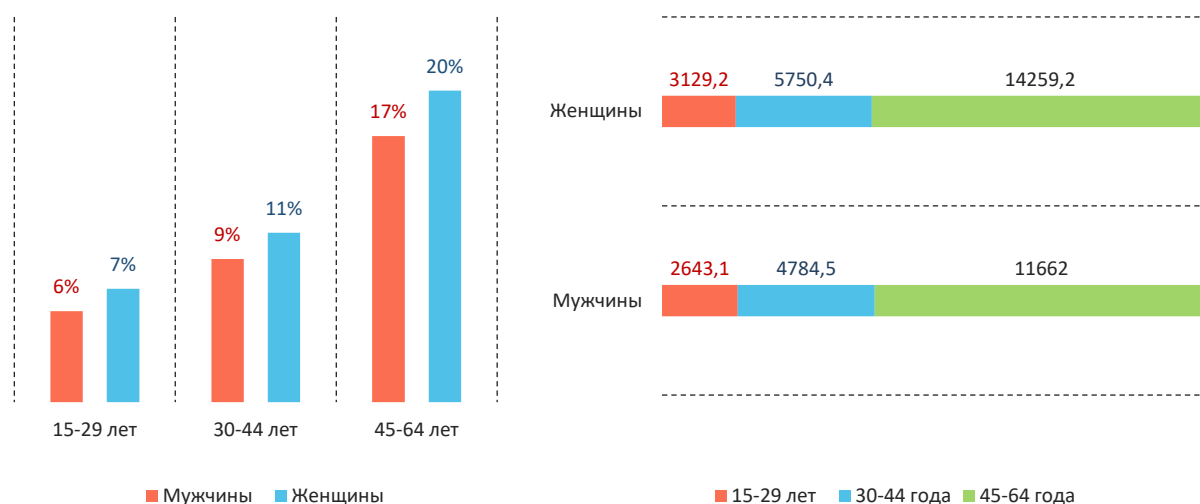
Доля инвалидов в мире составляет более 10% населения. Инвалидность распространена среди мужского и женского населения неравномерно. В странах Евросоюза (ЕС), по данным на 2012 год, проживало более 42 млн инвалидов в возрасте 15–64 лет. Доля инвалидов среди мужчин этой возрастной категории составляла 12%, среди женщин – 14%. Средний для обоих полов уровень инвалидизации составлял 13%. Характерно то, что во всех выделенных в статистике возрастных группах населения уровень инвалидизации женщин был выше, чем мужчин. При этом среди женщин и мужчин с инвалидностью наблюдалось практически идентичное распределение по возрастным группам. И среди женщин, и среди мужчин по численности преобладали лица в возрасте 45–64 лет: 61% и 62% в составе соответствующих контингентов (*рис. 1*).

В России проживает около 12 млн инвалидов. Уровень инвалидизации населения ниже среднемирового – 8%. В отличие от стран Евросоюза число лет, прожитых без инвалидности, для российских женщин и мужчин заметно ниже. По состоянию на 2016 год, значение показателя ОПЗЖ при рождении для мужчин, проживающих в ЕС, составляло 63,3 года, для женщин – 64,4 года. Гендерный разрыв в данном случае незначителен, но продолжительность жизни европейских женщин в состоянии нездоровья существенно выше, чем мужчин: 19,2 года и 14,9 года, соответственно<sup>1</sup>. Для российских женщин ожидаемая продолжительность здоровой жизни оценивалась ВОЗ на уровне 67,5 года, мужчин – 59,1 года<sup>2</sup>.

Численность мужчин и женщин с инвалидностью в России, по данным на 2018 год, составляет 5210 тысяч человек и 6901

<sup>1</sup> OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. URL: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

<sup>2</sup> Healthy life expectancy (HALE) at birth (years). Global Health Observatory data repository. World Health Organization. URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>



**Рис. 1. Уровень инвалидизации мужского и женского населения в странах Евросоюза (слева; % от численности населения) и распределение инвалидов-мужчин и инвалидов-женщин по возрастным группам (справа; % и тыс. человек; по данным на 2012 год)**

Источник: Population by sex, age and disability status. Eurostat. Database.

URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

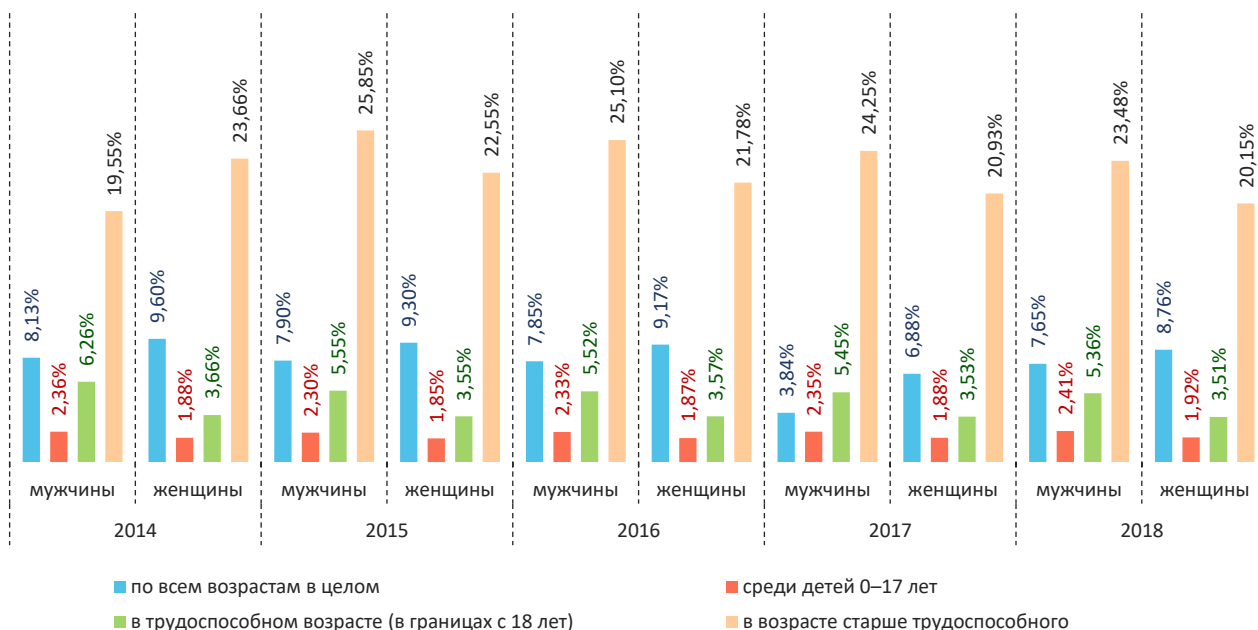
тысяч человек соответственно. Среди мужчин старше трудоспособного возраста 23,5% имеют инвалидность, среди женщин старше трудоспособного возраста этот показатель несколько ниже – 20,2%. Уровень инвалидизации среди женского населения трудоспособного возраста составляет 3,5%, среди мужского – 5,4%. В период 2014–2018 гг. наблюдались изменения уровня инвалидизации мужского и женского населения по основным возрастным группам. Сокращение показателя среди мужчин наблюдалось с 2014 года – в трудоспособном возрасте, с 2015 года – в возрасте старше трудоспособного. Показатели инвалидности среди женского населения сильнее всего снизились в группе старше трудоспособного возраста. Уровень инвалидности среди детей 0–17 лет практически не менялся (рис. 2).

Очевидно, что наибольший уровень инвалидизации характерен для мужского и женского населения старших возрастов. Причем, опираясь на доступные статистические данные, сложно судить, какой именно возраст можно считать «возрастом инвалидизации населения» и отличается ли его значение для женщин и мужчин. Российская статистика создает впечатление, что здоровье мужчин

и в трудоспособном возрасте, и в возрасте старше трудоспособного заметно хуже, чем женщин. Эти данные контрастируют с картиной, наблюдаемой в странах Евросоюза, где уровни инвалидности выше именно среди женского населения (см. рис. 1). Поэтому можно предположить, что на восприятие российской ситуации влияет специфика статистического учета численности взрослых инвалидов по возрастным группам, выделенным с привязкой к границам трудоспособного возраста, различным для женщин и мужчин. Необходимо совершенствование существующих в России форм статистического учета численности инвалидов по половозрастным группам и в целом статистики по инвалидности, чтобы обеспечить ее соответствие международным стандартам.

В Евросоюзе распределение женщин и мужчин с инвалидностью в возрасте 15–64 лет выглядит практически идентично. В России ситуация иная. На трудоспособный возраст у женщин в 2017 году приходилось 19% всех случаев инвалидности (1329 тыс. чел.). Среди мужчин-инвалидов в трудоспособном возрасте (18–59 лет) находились 43% (2232 тыс. человек). Это различие также отчасти может быть обусловлено тем, что использу-



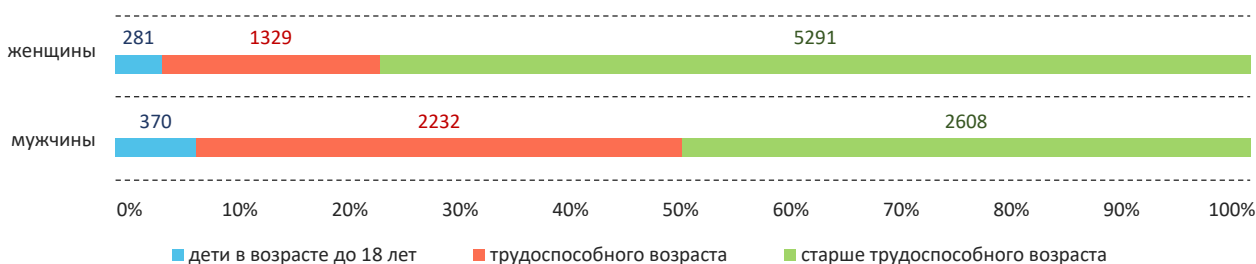


**Рис. 2. Уровень инвалидизации мужского и женского населения России по возрастным группам, % от численности населения соответствующих групп**

Рассчитано по: данные на 01.01 соответствующих лет о распределении численности инвалидов по полу и основным возрастным группам, а также данные о распределении численности населения по полу и однолетним возрастным группам. При расчете в качестве нижней границы трудоспособного возраста принят возраст 18 лет в соответствии с тем, как это сделано в форме статистического учета, характеризующего распределение инвалидов по полу и возрасту.

Примечание: для лиц 0–17 лет вместо терминов «мужчины» и «женщины» читать соответственно «мальчики» и «девочки».

Источники: Распределение инвалидов по полу и возрасту. Положение инвалидов / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/invalid/1-3.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-3.doc); Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту: стат. бюл. / Росстат. 2014–2018 гг. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140095700094](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140095700094)



**Рис. 3. Распределение мужчин и женщин – инвалидов по возрастным группам, 2018 год**

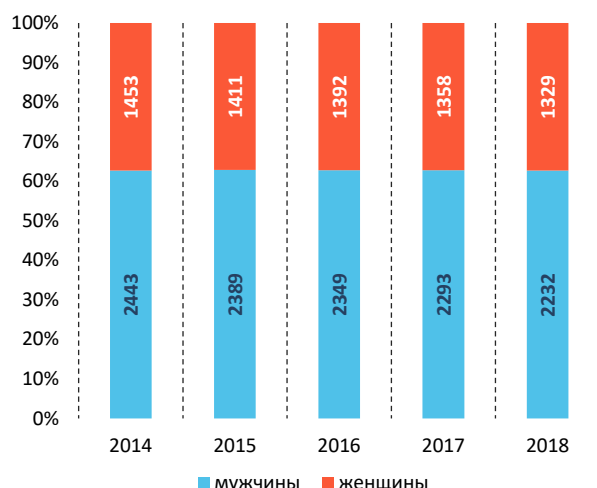
Источник: Распределение инвалидов по полу и возрасту. Положение инвалидов / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/invalid/1-3.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-3.doc)

емяя в статистике верхняя граница трудоспособного возраста у мужчин на 5 лет выше, чем у женщин. Заметные различия касаются и детских возрастов: среди мужчин на них приходится 7% случаев инвалидности, среди женщин – 4% (рис. 3).

За период 2014–2018 гг. численность женщин с инвалидностью снизилась на 8,5%,

мужчин – на 8,4%. На протяжении всего обозначенного периода мужчин с инвалидностью было примерно в 1,7 раза больше по сравнению с женщинами-инвалидами (рис. 4).

Гендерные различия в уровне инвалидизации можно объяснить действием различных факторов. Первый – более высокий показатель ОПЖ женского населения: в 2015



**Рис. 4. Распределение численности инвалидов трудоспособного возраста по полу, тыс. чел.**

Источник: Распределение инвалидов по полу и возрасту. Положение инвалидов / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/invalid/1-3.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-3.doc)

году 76,7 лет, тогда как у мужчин – 65,9<sup>3</sup>. Поскольку женщины живут дольше, увеличивается и вероятность появления у них хронических заболеваний и инвалидности, связанных с процессом старения организма<sup>4</sup>. Второй фактор – специфика трудовой деятельности. Более высокие показатели инва-

лидности среди мужчин в молодом и зрелом возрасте могут быть обусловлены влиянием вредных производственных факторов, производственными травмами. Так, показатели производственного травматизма среди мужчин заметно выше, чем среди женщин. Причем это различие характерно для всех отраслей. В 2017 году, согласно данным Росстата, на каждую производственную травму, полученную женщинами, приходилось 2,3 случая травматизма среди мужчин. В расчете на 100000 занятых показатели мужского травматизма также были заметно выше: 194,3 случая против 98,9 случаев среди женщин (табл. 1).

Различия в поведении мужчин и женщин в отношении своего здоровья также можно рассматривать как фактор, определяющий половозрастные особенности инвалидизации населения. Как показывают данные исследования, выполненного коллективом российских авторов на материалах мониторинга RLMS, женщины чаще, чем мужчины, обращаются в бюро медико-социальной экспертизы за установлением инвалидности (МСЭ) [16]. Также, по данным социологических ис-

**Таблица 1. Распределение занятых мужчин и женщин по видам экономической деятельности, 2017 год, % от численности занятых**

| Сфера производства                                       | 2016 год |         | 2017 год |         |
|--|----------|---------|----------|---------|
|  | мужчины  | женщины | мужчины  | женщины |
| Все  | 18,7     | 8,1     | 7,8      | 17,7    |
| обрабатывающие производства                              | 7,1      | 2,5     | 2,2      | 6,8     |
| другие виды экономической деятельности                   | 2,7      | 2,9     | 3,2      | 2,7     |
| транспорт и связь  | 2,2      | 1,4     | 1,32     | 2,2     |
| строительство  | 2        | 0,1     | 0,1      | 2       |
| сельское хозяйство, охота и лесное хозяйство             | 1,9      | 0,8     | 0,7      | 1,7     |
| добыча полезных ископаемых                               | 1,6      | 0,1     | 0,1      | 1,5     |
| производство и распределение электроэнергии, газа и воды | 1,1      | 0,3     | 0,2      | 0,8     |
| Мужчины/женщины  |          |         |          |         |
| Соотношение абсолютных показателей травматизма           | 2,3      |         | 2,3      |         |
| Соотношение относительных показателей травматизма        | 1,8      |         | 1,8      |         |

Источник: Женщины и мужчины России – 2018 г. / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b18\\_50/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b18_50/Main.htm)

<sup>3</sup> Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет. Центральная база статистических данных. URL: <http://cbsd.gks.ru>

<sup>4</sup> Распределение численности инвалидов по полу и возрасту. Положение инвалидов / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/invalid/1-3.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/1-3.doc)

следований, женщины более внимательно относятся к своему самочувствию и состоянию здоровья, более дисциплинированно следуют назначениям лечащего врача, чаще обращаются в медицинские учреждения с профилактической целью [17; 18]. Перечисленные особенности, вероятно, способствуют лучшей выявляемости заболеваний среди женского населения. Это, в свою очередь, может способствовать увеличению показателей инвалидности среди них. Поведенческие стереотипы, характерные для мужчин, стали одной из основных тем, представленных в докладе Всемирной организации здравоохранения, посвященном состоянию здоровья мужчин Европейского региона. Эксперты этой организации отмечают, что характерные для многих стран поведенческие черты мужского населения – несвоевременное обращение за медицинской помощью, недостаточное внимание к состоянию своего здоровья – обусловлены влиянием «социально-экономических факторов, норм мужественности и идеалов доминирования»<sup>5</sup>. Кроме того, в докладе отмечено, что многие риски для здоровья населения снижает соблюдение гендерного равенства.

Для общества случаи инвалидности среди мужского и женского населения неравнозначны, т. к. несут за собой разный набор последствий для экономического и социального развития. Поскольку к большинству инвалидов-мужчин относятся лица трудоспособного возраста, то именно они становятся основной потерей для экономики в плане сокращения численности рабочей силы. Женщины в трудоспособном возрасте в 2018 году составляли 37% от этой возрастной категории инвалидов (см. рис. 4).

Случаи утраты трудоспособности среди мужчин и женщин по-разному сказываются на обеспеченности кадрами предприятий различных сфер, поскольку мужчины и женщины по-разному участвуют в трудовой деятельности. Это важно учитывать при оценке

социально-экономических последствий инвалидизации населения.

Уровень участия женщин трудоспособного возраста в рабочей силе составлял 79%, мужчин трудоспособного возраста – 85% (вероятно, различие связано с тем, что некоторая доля женщин репродуктивного возраста пребывает в декретных отпусках). В совокупности, по состоянию на 2017 год численность занятых мужчин была несколько выше, чем женщин: 37108 тыс. человек против 35034 тыс. человек. Среди мужчин выше, чем среди женщин, была доля тех, кто занимал руководящие должности (8% и 6% соответственно), выполнял обязанности квалифицированных рабочих (21% и 5%) и операторов производственных установок (22% и 3%)<sup>6</sup>. Для мужчин наиболее характерна занятость в таких видах экономической деятельности, как строительство, добыча полезных ископаемых, транспортировка и хранение. Среди занятых в обрабатывающей промышленности доля мужчин достигала 62%. Численность женщин наиболее заметно преобладала среди занятых в образовании, здравоохранении, сфере гостиничного дела, общественного питания (рис. 5).

Оценки экономических потерь общества от инвалидизации мужского и женского населения различаются. Численность мужчин-инвалидов в трудоспособном возрасте выше, чем женщин. Они активнее ищут работу. Это выражается в более высоком уровне безработицы среди мужчин-инвалидов трудоспособного возраста. Заработная плата мужчин в целом по экономике выше, чем у женщин. Следовательно, величина дохода, упущенного мужчинами-инвалидами трудоспособного возраста, будет больше, чем в случае женской инвалидности. Поэтому, сравнивая ущерб от каждого единичного случая мужской и женской инвалидности, можно сказать, что экономика в среднем теряет больше именно в связи с инвалидизацией мужчин трудоспособного возраста (табл. 2).

<sup>5</sup> Здоровье и благополучие мужчин в европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/381405/who-mhr-fs-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/381405/who-mhr-fs-rus.pdf?ua=1) (дата обращения 27.03.2019).

<sup>6</sup> Женщины и мужчины России – 2018 г. / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b18\\_50/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b18_50/Main.htm)





**Рис. 5. Распределение занятых в различных видах экономической деятельности по полу, 2017 г., % от численности**

Источник: Женщины и мужчины России – 2018 г. / Росстат.  
 URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b18\\_50/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b18_50/Main.htm)

**Таблица 2. Показатели, характеризующие участие в трудовой деятельности мужчин и женщин трудоспособного возраста, имеющих инвалидность (2017 год)**

| Показатели | Численность инвалидов трудоспособного возраста, чел. | Средняя величина заработной платы, руб. | Уровень безработицы инвалидов трудоспособного возраста | Уровень занятости инвалидов трудоспособного возраста | Упущенный доход вследствие инвалидности, тыс. руб. / год* |
|------------|--|---|--|--|---|
| Мужчины    | 2293000  | 45558                                   | 24,7   | 16,9   | 309632760,2   |
| Женщины    | 1358000  | 32658                                   | 21,7   | 17,0   | 115486264,7   |

\* Рассчитано, как произведение численности безработных инвалидов-мужчин и инвалидов-женщин трудоспособного возраста на величину среднемесячной заработной платы мужчин и женщин соответственно. Полученная величина умножена на 12 месяцев.  
 Источники: Средняя начисленная заработная плата мужчин и женщин по обследованным видам экономической деятельности. Рынок труда, занятость и заработная плата / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/trud/sr-zpl4.xlsx](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/trud/sr-zpl4.xlsx); Положение инвалидов / Росстат. URL: [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)

В исследованиях на примере других стран было показано, что значительный вклад в формирование гендерных особенностей инвалидизации вносит различие в перечне ведущих инвалидизирующих патологий у мужчин и женщин. Так, К. Мэнтоном (1989; 1997) показано, что у пожилых мужчин в США основными причинами инвалидности являлись болезни сердца и инсульт, тогда как у пожилых женщин – остеопороз, переломы,

артриты и заболевания периферического кровообращения [4; 19]. Причины инвалидизации мужского и женского трудоспособного населения России, вероятно, также различаются. Но в силу того что статистики первичной инвалидности в разрезе половозрастных групп не ведется, точно установить картину не представляется возможным. И это лишь одна из проблем российской системы статистики инвалидности [20, с. 40–48]. Некоторые

сведения о гендерных различиях инвалидирующих заболеваний взрослого населения содержатся в публикациях специалистов региональных бюро медико-социальной экспертизы. Так, в работе Л.М. Бериевой и А.Г. Закаевой (2011) показано, что в Республике Северная Осетия в 2010 году среди взрослого женского населения наиболее частой локализацией злокачественных новообразований являлись опухоли молочной железы (24% всех случаев). Доля этой причины среди всех случаев диагностики злокачественных новообразований среди населения составляла 23,5%, еще 12,8% приходилось на опухоли женских половых органов. Для сравнения – на опухоли предстательной железы приходилось 8% случаев [21].

С учетом того что показатели инвалидности российского населения обоих полов выше по тем же классам болезней, по которым регистрируется и наиболее высокая смертность (сердечно-сосудистые заболевания, новообразования)<sup>7</sup>, можно было бы предположить, что эти процессы взаимосвязаны. Однако необходимо принять во внимание различия в структуре ведущих причин смертности населения разных возрастных групп. Неинфекционные заболевания – наиболее распространенная причина смерти у пожилого населения, тогда как в более молодых его группах сохраняют свою значимость внешние причины смерти. В связи с этим можно предполагать, что о существовании тесной взаимосвязи между показателями смертности и инвалидности допустимо говорить только применительно к формированию гендерных различий в инвалидизации населения старших возрастов. Напрямую сопоставлять структуры ведущих причин инвалидности и смертности для трудоспособного населения недопустимо. Но используя данные о смертности, можно получить общее представление о различиях в состоянии здоровья мужчин и женщин.

Наиболее высокая смертность женщин трудоспособного возраста связана с новооб-

разованиями, болезнями системы кровообращения, внешними причинами смерти. Те же причины, но несколько в ином порядке, если ранжировать их по масштабу, определяют смертность мужского населения трудоспособного возраста. Наибольшие потери в данном случае обусловлены болезнями системы кровообращения. Следует отметить, что в абсолютном выражении смертность мужского населения трудоспособного возраста значительно выше, чем женского. Это соотношение справедливо для всех выделяемых в форме статистического учета причин смерти. Причем наибольшая разница показателей наблюдается для внешних причин смерти – 5,45 раза, болезней системы кровообращения – 5,38 раза, болезней органов дыхания – 4,8 раза. Наименьшая разница в 2,13 раза отмечена для показателей смертности мужчин и женщин от новообразований (табл. 3).

Смертность в трудоспособном возрасте в целом более распространена среди мужского населения, чем среди женщин: относительный показатель в расчете на 100000 населения составил 735,7 случая и 209,4 случая соответственно. Причем болезни системы кровообращения становятся причиной смерти 236 мужчин и 48 женщин трудоспособного возраста в расчете на 100000 населения соответственно. На основе этих данных можно утверждать, что здоровье мужчин трудоспособного возраста значительно хуже по сравнению с женщинами, первостепенное внимание при профилактике и смертности, и инвалидности населения трудоспособного возраста необходимо уделять выявлению симптомов и рисков развития новообразований и болезней системы кровообращения. Отечественные авторы и ранее указывали на главенствующую роль профилактики этих групп заболеваний среди населения трудоспособного возраста в рамках функционирования первичного звена медицинской помощи [22].

<sup>7</sup> Распределение численности лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/population/invalid/2-3.doc](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/invalid/2-3.doc)

Таблица 3. Отдельные причины смертности трудоспособного населения в гендерном разрезе, 2017 год

| Причина смерти                                 | Женщины* | Мужчины* | Соотношение абсолютных показателей смертности: мужчины/женщины |
|--|----------|----------|--|
| Умершие от всех причин – всего, тысяч человек  | 82648    | 317424   | 3,84   |
| из них от:                                     |          |          |  |
| новообразований                                | 19688    | 42028    | 2,13   |
| болезней системы кровообращения                | 18963    | 101955   | 5,38   |
| внешних причин смерти                          | 15874    | 86509    | 5,45   |
| болезней органов пищеварения                   | 9248     | 26043    | 2,82   |
| некоторых инфекционных и паразитарных болезней | 8175     | 20925    | 2,56   |
| других болезней                                | 8134     | 27655    | 3,40   |
| болезней органов дыхания                       | 2566     | 12309    | 4,80   |

\* Учитывалась смертность женщин в возрасте 16–54 лет, мужчин – 16–59 лет.  
Источник: Женщины и мужчины России – 2018 г. / Росстат. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b18\\_50/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b18_50/Main.htm)

### Выводы и рекомендации

Выделенные гендерные различия смертности и инвалидизации необходимо учитывать при планировании профилактических медицинских мероприятий, направленных на снижение потерь здоровья женщин и мужчин трудоспособного возраста. Следует особо отметить, что показатель первичной инвалидности в качестве индикатора состояния здоровья трудоспособного населения ненадежен. Это связано с тем, что его колебания сильно зависят от поведения самих граждан, степени жесткости установленных критериев инвалидности, доступности для населения услуг бюро МСЭ, а также в целом от политики государства в сфере инвалидности [8].

В качестве альтернативных индикаторов качества профилактической работы можно предложить следующие:

1) охват трудоспособного населения профилактическими осмотрами, включающими диагностику по наиболее распространенным инвалидизирующим патологиям (новообразования, сердечно-сосудистые заболевания);

2) число случаев этих заболеваний, впервые выявленных при профосмотрах;

3) число пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в связи с данными заболеваниями, и исходы их лечения.

Все перечисленные параметры для наилучшего описания результативности проводимых мероприятий должны учитываться и представляться в статистике в разрезе пятилетних возрастных групп отдельно для мужчин и женщин. Помимо этого необходимо оценивать соотношение затрат на проведенные мероприятия и полученных экономических выгод в форме предотвращенных случаев инвалидности и смертности.

Выполненное исследование позволило актуализировать проблему учета гендерного аспекта при формировании социальной политики в области инвалидности населения. Приближенная оценка экономических потерь от инвалидизации продемонстрировала существенные различия относительно мужского и женского населения. Предложенные в заключительной части статьи рекомендации могут представлять интерес для специалистов, деятельность которых связана с профилактикой основных инвалидизирующих заболеваний населения, разработкой мероприятий в этой сфере и мониторингом их эффективности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каспарьян Ж.Э. Инвалидизация населения Мурманской области как угроза социальной безопасности региона // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2013. № 6 (37). С. 52–60.
2. Arbeev K.G., Butov A.A., Manton K.G. [et al.]. Disability trends in gender and race groups of early retirement ages in the USA. *Sozial- und Präventivmedizin (Social and Preventive Medicine)*, 2004, vol. 49, iss. 2, pp. 142–151. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-004-3041-y> (accessed 27.03.2019).
3. Oman D., Reed D., Ferrara A. Do elderly women have more physical disability than men do? *American Journal of Epidemiology*, 1999, vol. 150, no. 8, pp. 834–842. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/40a6/2eb7138890b0f2d36e939d5dcd8c01f8ef24.pdf> (accessed 27.03.2019).
4. Manton K. Epidemiological, demographic and social correlates of disability among the elderly. *Milbank Quarterly*, 1989, vol. 67, iss. 2, pp. 13–58.
5. Leveille S., Resnick H., Balfour J. Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2000, vol. 12, iss. 2, pp. 106–112. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF03339897> (accessed 27.03.2019).
6. Sugawara Y.M. & Saito Y. Changes in disability-free life expectancy (DFLE) at birth between 2000 and 2010 across Japanese prefectures. *International Journal of Public Health*, 2016, vol. 61, iss. 7, pp. 739–749. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0847-3> (accessed 27.03.2019).
7. Ворошилова И.Н., Пархоменко Р.С., Ефанов В.Н. Ожидаемая продолжительность жизни, смертность и инвалидность в оценке качества жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. 2009. Т. 15. № 12. С. 9–12.
8. Кулагина Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты // Региональная экономика: теория и практика. 2016. № 11 (434). С. 103–119.
9. Иванова А.Е., Павлов Н.Б., Михайлов А.Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 19. № 3. С. 25. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/30/lang,ru> (дата обращения 27.03.2019).
10. Козырева П.М., Низамова А.Э., Смирнов А.И. Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994–2011 гг.) // Вестн. Ин-та социологии. 2012. № 6. С. 8–47.
11. Измеров Н.Ф., Тихонова Г.И. Проблемы здоровья работающего населения в России // Проблемы прогнозирования. 2011. № 3 (126). С. 56–70.
12. Васин С.А. Перспективы изменения численности и возрастного состава взрослых инвалидов в России // Проблемы прогнозирования. 2017. № 5 (164). С. 129–139.
13. Немсцверидзе Э.Я. Методические подходы к оценке экономического ущерба вследствие инвалидности трудоспособного населения в Московском регионе // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 3 (25). С. 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/406/30/lang,ru>
14. Немсцверидзе Э.Я. Инвалидность среди трудоспособного населения как медико-демографическая проблема // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 1 (23). С. 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/386/30/lang,ru>
15. Драенкова Ф.Р., Медведева О.В., Афонина Н.А. Социальный мониторинг первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Сер. «Медицина». 2017. Т. 21. № 1. С. 104–108. DOI: 10.22363/2313-0245-2017-21-1-104-108
16. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики / Т.М. Малева [и др.]. М.: РОССПЭН, 1999. 368 с.
17. Назарова И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России // Социологические исследования. 2014. № 9. С. 139–145.
18. Попова И.П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 1. С. 47–50.
19. Manton K. Demographic trends among the aging female population. *Journal of the American Medical Women's Association*, 1997, vol. 52, iss. 3, pp. 99–105.
20. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. М.: Изд. дом «Дело» РАНХиГС, 2017. 256 с.

21. Бериева Л.М., Закаева А.Г. Анализ основных показателей первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2011. № 2. С. 97–99.
22. Белова Р.В., Дюльдин В.А. Анализ динамики первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста по Курганской области за 2010–2014 гг. Роль первичного медицинского звена в профилактике инвалидности // Непрерывное медицинское образование и наука. 2015. Т. 10. № 4. С. 29–31.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Нацун Лейла Натиговна – научный сотрудник отдела исследования уровня и образа жизни населения. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а. E-mail: leyla.natsun@yandex.ru. Тел.: +7(8172) 59-78-10.

**Natsun L.N.**

## GENDER FEATURES OF DISABILITY OF THE RUSSIAN POPULATION

*An increase in the share of people with disabilities among the population is a global trend. In Russia, just like globally, the process of disablement is gender specific. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) emphasizes that the gender perspective should be taken into account in all efforts to promote human rights and fundamental freedoms among persons with disabilities. However, only a few works of domestic researchers contain analysis of characteristics of male and female disability. The purpose of this article is to analyze gender differences in disability of the adult population in Russia and the reasons for them. The information framework of the research consists of scientific works of domestic and foreign authors, data of European and Russian statistics. The introductory part of the work is devoted to the review of results of studies of disability of the Russian population. The emphasis is put on determining the state of knowledge of the gender aspect of this process, as well as the possibility of its inclusion in the assessment of economic losses from disability. The main part of the research shows how the gender and age composition of the disabled population has changed, and demonstrates the extent of disablement among the male and female population in the country. We estimate the economic losses associated with disability of the female and male population of working age. It is proved that cases of disability among men and women have different effects on individual sectors of economy, and these specific features should be taken into account when assessing the impact of disablement on the society. In view of lack of statistics on the causes of primary disability of the working-age population in the context of gender, the analysis of data on causes of mortality among men and women of working age is presented in the final part. The indicators of quality of medical and social prevention aimed at reducing disability and mortality among these population groups are proposed. The research results may be of interest to healthcare experts, social management, as well as those interested in disability issues.*

*Disability, disability of the population, public health.*



### **INFORMATION ABOUT THE AUTHOR**

*Natsun Leila Natigovna* – Research Associate at the Department of Living Standards and Life-style Studies. Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56a, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation. E-mail: leyla.natsun@yandex.ru. Phone: +7(8172) 59-78-10.