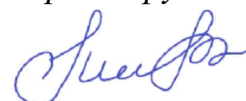


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ» МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи



Горяйнова Марина Владимировна

**Организационные и медико-социальные аспекты
совершенствования профессиональной реабилитации инвалидов с
нарушениями сенсорных функций**

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и
медико-социальная реабилитация

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель

доктор медицинских наук, доцент
Карасаева Людмила Алексеевна

Санкт-Петербург – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ИНВАЛИДНОСТЬ, СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы).....	13
1.1. Особенности заболеваемости и инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций в Российской Федерации и за рубежом.....	13
1.2. Организационно-правовые основы профессиональной реабилитации инвалидов с нарушениями сенсорных функций в Российской Федерации	18
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
2.1. Характеристика этапов исследования.....	42
2.2. Методы статистического анализа.....	57
ГЛАВА 3. ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.).....	60
3.1. Изучение и анализ показателей первичной инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций среди взрослого населения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге	60
3.2. Изучение и анализ показателей повторной инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций среди взрослого населения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге	76
ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ- ПЕТЕРБУРГУ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.).....	89
4.1. Оценка показателей потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации по Российской Федерации.....	89

4.2. Оценка показателей потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации по Санкт-Петербургу.....	92
ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В ТРУДОУСТРОЙСТВЕ НА СПЕЦИАЛЬНОМ РАБОЧЕМ МЕСТЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПО СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.).....	96
5.1. Потребность инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге.....	96
5.2. Потребность инвалидов в тифло- и сурдотехнических средствах реабилитации в Санкт-Петербурге.....	104
5.3. Анализ индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида по результатам создания специальных рабочих мест в Российской Федерации и Санкт-Петербурге	110
ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ.....	116
6.1. Анализ деятельности службы занятости населения по трудоустройству инвалидов в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.).....	116
6.2. Анализ данных медико-социального исследования инвалидов со стойкими нарушениями сенсорных функций по технологии трудоустройства (в том числе, на специальном рабочем месте) и удовлетворенности инвалидов условиями трудовой деятельности.....	123
6.3. Разработка модели организации специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями.....	137
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	145
ВЫВОДЫ	155
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	158
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	159
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	160

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Социальная политика Российской Федерации направлена на обеспечение безбарьерной среды жизнедеятельности для лиц с ограниченными возможностями и инвалидов, развитие реабилитационной индустрии, социальных и реабилитационных услуг, направленных на обеспечение максимальной социализации этой категории населения [1, 2, 29, 41, 51, 155]. Инвалидность, как общественное явление, отражает негативные изменения в состоянии здоровья населения, снижает социально-экономическое благополучие страны, и, в целом, влияет на качество социального управления в государстве [3, 6, 34, 62]. Поэтому вопросы реабилитации инвалидов, восстановления трудоспособности и включение их в профессиональную деятельность являются приоритетными в социальной политике Российской Федерации [62, 71, 74, 77, 86].

В России активно разрабатываются и реализуются федеральные и региональные программы, ориентированные на профилактику инвалидности, социальную поддержку, реабилитацию и трудоустройство инвалидов [11, 48, 51, 77]. При этом решение проблем трудовой занятости инвалидов являются наиболее значимыми в системе реабилитации инвалидов Российской Федерации [29, 71, 77]. Особенно важно совершенствование организационных и методических аспектов трудоустройства инвалидов, создание рабочих мест и условий, пригодных для трудовой деятельности инвалидов [5, 9, 14, 15, 64, 65]. Наиболее сохранный трудовой потенциал имеют инвалиды трудоспособного возраста, их доля в общем контингенте достигает до 45,0% [71, 74]. Однако в структуре инвалидности лиц трудоспособного возраста до 70,0% занимают инвалиды тяжелых I и II групп инвалидности, что составляет особую проблему при их трудоустройстве [5, 25, 26, 71, 74, 88].

По данным Федерального реестра инвалидов, на конец 2020 г. удельный вес работающих инвалидов трудоспособного возраста [77] составлял 26,6%. По данным выборочного обследования Федеральной службы государственной статистики этот показатель равен даже 18,7%. Трудовая занятость инвалидов в отдельных субъектах

Российской Федерации составляет всего от 9,0% до 24,0% [25, 33, 39, 50, 71, 74, 77]. Поэтому в современных социально-экономических условиях решение организационных и медико-социальных аспектов в системе трудоустройства инвалидов, особенно инвалидов I и II групп, является весьма актуальным и имеющим большую практическую значимость [5, 25, 31–33, 35, 50, 73, 86].

Отдельную проблему составляют вопросы включения в трудовую занятость инвалидов со стойкими значительно выраженными нарушениями сенсорных функций [155], ограничивающих их способность к трудовой деятельности [1, 4–8, 28, 29].

До настоящего времени не внедрены в практику трудовой деятельности инвалидов организационные формы трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями, в том числе, на специальных рабочих местах. Необходимо научное обоснование показателей оценки образовательного, мотивационного, профессионального, социально-средового потенциала и трудовых способностей данного контингента инвалидов. Требуется совершенствование модели организации специальных рабочих мест на основе объективно изученных потребностей инвалидов с сенсорными нарушениями в мероприятиях профессиональной реабилитации [5, 7–12, 14, 45, 71, 74].

В этой связи, существует необходимость разработки организационных, управленческих и медико-социальных направлений в трудоустройстве инвалидов с сенсорными нарушениями с целью совершенствования всей системы профессиональной реабилитации инвалидов.

Цель работы

Разработать организационно-функциональную модель создания специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями для повышения результатов их трудоустройства.

Задачи исследования

1. Осуществить анализ первичной и повторной инвалидности лиц с сенсорными нарушениями среди взрослого населения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге.

2. Оценить потребности инвалидов с сенсорными нарушениями в мероприятиях профессиональной реабилитации и проанализировать результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида по организации специальных рабочих мест.

3. Изучить деятельность учреждений медико-социальной экспертизы и деятельность службы занятости населения по профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями.

4. Провести медико-социальное исследование инвалидов с сенсорными нарушениями по вопросам трудоустройства, в том числе, на специальном рабочем месте, и удовлетворенности инвалидов условиями трудовой деятельности.

5. Научно обосновать медико-социальные и организационные компоненты, составляющие модель специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

Научная новизна исследования

Впервые на основе проведенного анализа потребностей инвалидов с сенсорными нарушениями в мероприятиях профессиональной реабилитации и трудоустройстве научно обоснована система по созданию специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций.

Впервые на основе проведенного мониторинга уточнены объективные потребности, формы и виды трудоустройства, удовлетворенность инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций в трудоустройстве на специальных рабочих местах.

Впервые в современных условиях проанализированы особенности и результаты деятельности службы занятости по профессиональной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций.

Впервые в системе профессиональной реабилитации выявлены недостатки в организационных подходах при создании специальных рабочих мест для инвалидов с сенсорными нарушениями и разработан алгоритм медико-социальных и

организационных мероприятий с целью совершенствования профессиональной реабилитации и трудоустройства данного контингента инвалидов.

Теоретическая и практическая значимость работы

Обоснована организационно-функциональная многокомпонентная модель организации специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций.

Выявленные социально-гигиенические и медико-социальные характеристики инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций, их потребности в мерах профессиональной реабилитации и трудоустройстве лежат в основе разработки комплекса организационных мероприятий по созданию специальных рабочих мест данному контингенту инвалидов.

Обобщенные сведения о состоянии и динамике инвалидности вследствие сенсорных нарушений используются специалистами медико-социальной экспертизы для совершенствования деятельности бюро и Главных бюро МСЭ в части разработки программ реабилитации или абилитации инвалидов, формирования банка данных о гражданах, прошедших медико-социальную экспертизу, осуществления государственного статистического наблюдения за демографическим составом инвалидов.

Разработанная организационно-функциональная модель организации специальных рабочих мест инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями используется при межведомственном взаимодействии учреждений МСЭ с органами исполнительной власти, местного самоуправления, организациями, на которые возложено проведение мероприятий профессиональной реабилитации, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида, а также при формировании целевых программ по трудоустройству инвалидов данного контингента на уровне субъекта Российской Федерации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Совершенствование учета потребностей в мероприятиях профессиональной реабилитации и формирование мероприятий по трудоустройству инвалидов вследствие стойких нарушений слуха, зрения и

одновременного нарушения слуха и зрения обусловлено устойчивой тенденцией увеличения показателей общей инвалидности вследствие нарушения сенсорных функций в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге.

2. Выявленные низкие показатели потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации у инвалидов с сенсорными нарушениями, определяющие результаты их трудоустройства, в том числе на специальных рабочих местах, обуславливают необходимость повышения качества реабилитационно-экспертной диагностики в учреждениях медико-социальной экспертизы.

3. Организация специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями при соблюдении преемственности и комплексного подхода в проведении мероприятий профессиональной реабилитации на всех этапах трудоустройства обеспечивается системой межведомственного взаимодействия между ФГУ МСЭ, службой занятости населения, работодателями и общественными организациями инвалидов.

Личный вклад автора

Автором разработана комплексная методика исследования, проведено медико-социальное исследование, выполнено обобщение и анализ полученных результатов, сформулированы и научно обоснованы выводы и практические рекомендации. Автором изучена первичная и повторная инвалидность вследствие сенсорных нарушений среди взрослого населения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.), а также потребности инвалидов с сенсорными нарушениями в мероприятиях профессиональной реабилитации. Представлено научное обоснование модели и алгоритм медико-социальных и организационно-управленческих мероприятий при организации специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций.

Соответствие паспорту специальности

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 14.02.06 «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация», так как в работе решены задачи, имеющие важное практическое

значение в системе профессиональной реабилитации инвалидов, в частности задачи, которые соответствуют пунктам: 3 – разработка организационных и методических аспектов МСЭ и медико-социальной реабилитации инвалидов, в том числе протезирования и ортезирования; 9 – разработка современных реабилитационных медико-социальных технологий; новых протезно-ортопедических изделий, моделей ортопедической обуви, технических средств реабилитации, форм и методов профессиональной и социальной реабилитации в целях обеспечения самообслуживания, самостоятельного проживания, повышения конкурентоспособности инвалидов на рынке труда, восстановления их здоровья; 10 – изучение организации и разработка новых форм и методов медико-социальной помощи населению.

Степень достоверности результатов

Методы исследования и достаточный объем выборки подтверждают достоверность научных результатов. Проведена оценка их статистической достоверности с учетом требования доказательной медицины. Статистическая обработка данных проведена на персональном компьютере MBASUSP5B-VMCP Intel Pentium® E 2140 в ОС Windows XP с использованием лицензионного продукта Microsoft Office Excel 2007 (лицензия № 87573537).

Методология и методы исследования

Представленная работа является комплексным медико-социальным, экспертно-реабилитационным и организационно-методическим исследованием, которое проводилось в четыре этапа. Для решения поставленных задач исследования автором была разработана комплексная методика исследования.

Объектом исследования были впервые и повторно признанные инвалидами вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, вследствие стойких нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу.

Источники исследования – форма государственной статистической отчетности учреждений МСЭ 7-собес, акты и протоколы освидетельствований,

статистические талоны, официальная форма государственной статистической отчетности службы занятости населения 2-Т, специально разработанная «Анкета по изучению потребности инвалидов трудоспособного возраста в мероприятиях профессиональной реабилитации», а также данные, полученные из Федеральной государственной информационной системы «Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система» (ФГИС ЕАВИИАС) МСЭ.

Применялись следующие методы исследования: документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический, метод экстраполяции и аппроксимации динамического ряда, метод экспертных оценок, прогнозирования, графический, анкетирования, интервьюирования.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследований применены в практической деятельности Учреждений медико-социальной экспертизы (ФКУ «Главное бюро МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, ФКУ «Главное бюро МСЭ по Ленинградской области» Минтруда России, ФКУ «Главное бюро по Смоленской области»), а также используются в учебном процессе кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России на циклах повышения квалификации специалистов по медико-социальной экспертизе и реабилитации.

Апробация работы

Апробация работы состоялась «31» января 2022 г. на заседании проблемной комиссии Федерального государственного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской (протокол №1).

Материалы работы доложены на:

– международной научно-практической видеоконференции «Развитие общего образовательного пространства государств-участников СНГ: достижения, проблемы, перспективы» (Санкт-Петербург, 2015 г.);

– международной научно-практической конференции «Принципы применения элементов Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в Кыргызской Республике» (Кыргызская Республика, 2020 г.);

– XIV Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2014 г.);

– ежегодных научно-практических конференциях молодых ученых Федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (2010-2018 гг.);

– образовательном семинаре в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении «Центр социальной реабилитации инвалидов» (2021 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе:

– научных статей отражающих основные результаты диссертации – 16 статей, из них:

– в изданиях из Перечня Университета/Перечня ВАК при Минобрнауки России – 5;

– в журналах, включенных в международные базы: Scopus – 1;

– в иных изданиях – 10.

Методические пособия для врачей и специалистов учреждений медико-социальной экспертизы – 2.

Объем и структура диссертации

Основное содержание диссертации изложено на 194 страницах основного текста Times New Roman №14 Microsoft Word и состоит из введения, обзора литературы, методики и организации исследования, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 221 источник, в том числе 53 иностранных. Работа иллюстрирована 9 рисунками и 44 таблицами.

Благодарности

Особую признательность и благодарность автор выражает своему научному руководителю доктору медицинских наук, доценту Карасаевой Людмиле Алексеевне.

Автор выражает благодарность ректору ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, доктору медицинских наук, доценту Владимировой Оксане Николаевне, доктору медицинских наук, профессору Помникову Виктору Григорьевичу за всестороннюю поддержку диссертационного исследования.

За помощь в проведении исследования автор выражает благодарность сотрудникам кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, сотрудникам ФГУ ФБ МСЭ Минтруда России и ФКУ ГБ МСЭ по Санкт-Петербургу Минтруда России, а также сотрудникам учреждений службы занятости населения по Санкт-Петербургу и центров социальной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста Санкт-Петербурга.

ГЛАВА 1. ИНВАЛИДНОСТЬ, СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (обзор литературы)

1.1. Особенности заболеваемости и инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций в Российской Федерации и за рубежом

Заболеваемость и инвалидность являются важными медико-социальными показателями и критериями для оценки трудоспособности населения, качества жизни, уровня социально-экономического развития общества [102, 148, 149, 155].

Согласно данным исследования Всемирной организации здравоохранения у 785 млн человек [64] в возрасте от 15 лет и старше являются инвалидами, из которых 110 млн [64] с тяжёлыми формами расстройств [64]. По данным Программы развития ООН (ПРООН) на долю развивающихся стран приходится 80,0% инвалидов.

Взаимодействие организма человека с окружающей средой [148, 149, 155] обеспечивается органами сенсорной системой [149]. За получение и первичный анализ информации из окружающего мира [149] отвечают органы зрения и слуха, которые считаются наиболее важными из всех пяти органов сенсорной системы [102, 151]. Несмотря на достижения современной медицины, болезни глаза и уха остаются актуальными, поскольку вызывают ограничения жизнедеятельности и ухудшают качество жизни человека [13, 38, 102, 148, 149, 155].

По данным ВОЗ, около 2,2 млрд людей в мире имеют патологии органов зрения и 430 млн человек с нарушениями слуха [149].

Основными причинами слепоты являются: катаракта – 47,0%, глаукома – 12,0%, возрастная макулярная дегенерация и диабетическая ретинопатия – 9,0% [87, 102, 149].

Около 30-50,0% тугоухости и глухоты приходится на наследственные заболевания и внутриутробные инфекции, при этом 70,0% случаев потери слуха у детей возникает в возрасте 2–3 лет, после риск уменьшается. Более 25,0% случаев нейросенсорной тугоухости слуха приходится на лиц старше 60 лет [36, 89].

В 2015 г. в Латинской Америке удельный вес инвалидов вследствие болезней глаза в возрасте до 50 лет колебался от 0,9% (Уругвай, Мексика, Гватемала) до 2,2% (Куба, Бразилия) и увеличивался с возрастом. Основными причинами слабovidения являлись: возрастная макулярная дегенерация – 26,0%, глаукома – 23,0%, диабетическая ретинопатия – 19,0% [100–102].

В Австралии у лиц в возрасте от 55 лет и старше основными слепоты являются возрастная молекулярная дегенерация – 50,0%, глаукома – 16,0% и катаракта – 12,0% [20, 21, 100–102, 178, 194, 201].

В Великобритании в 2016 году насчитывалось 1,8 миллиона человек со значительной потерей функции зрения. Среди работоспособного населения основной причиной слепоты в этой стране является диабетическая ретинопатия, которая составляет 3,4% среди причин слепоты в Великобритании [20, 102].

По прогнозам Американской Академии Офтальмологии, в 2050 году, у 7,32 млн человек в Соединенных Штатах будут болезни глаз [102]. Ведущей причиной потери зрения в США, является возрастная макулярная дегенерация [102, 194].

Согласно данным ВОЗ, каждый третий человек в возрасте старше 65 лет страдает от тугоухости, причем самая высокая распространенность этого состояния отмечается в Южной Азии, Тихоокеанском регионе и Африке. В мире более чем у 6,0% населения имеются выраженные нарушения слуха [20, 102].

По данным литературных источников, в Голландии насчитывается 15 тысяч глухих и 230 тысяч слабослышащих, имеющих иные проблемы. В Финляндии насчитывается примерно 5 тысяч глухих граждан, являющимися членами Финской ассоциации глухих. В Швеции живет около 10 тысяч глухих, в Италии 80 тысяч глухих и слабослышащих. По данным последней переписи населения в

Соединенных Штатах Америки насчитывается около 20 млн глухих и слабослышающих лиц, что составляет 7,1% от всего населения [148, 176, 182, 190].

Изучение первичной инвалидности в Российской Федерации показало, что ежегодно около 800 тысяч человек становятся инвалидами [29, 74]. Интенсивность первичной инвалидности взрослого населения страны [74] в динамике 2016–2018 гг. составляет 56,7–56,4–54,8 на 10 тысяч населения [21] соответственно, наблюдается снижение уровня первичной инвалидности взрослого населения [29, 46, 47, 71, 74].

Уровень первичной инвалидности в федеральных округах Российской Федерации разный: самый высокий – 82,7 на 10 тысяч населения зарегистрирован в Чеченской Республике, самый низкий – 22,6 на 10 тысяч населения – в Ямало-Ненецком АО. Повторная инвалидность выше, чем первичная, ее максимальный уровень отмечен в Республике Ингушетия (280,5 на 10 тысяч населения), а в Ханты-Мансийском АО – Югре он оказался минимальным (49,5 на 10 тысяч населения) [29, 46, 47, 74].

В Санкт-Петербурге, как отдельном крупном субъекте Российской Федерации, показатели первичной инвалидности в динамике за 2015–2019 гг. демонстрируют тенденцию к снижению впервые признанных инвалидами среди взрослого населения города. В период 2015–2019 гг. выявлено снижение интенсивного показателя ВПИ у взрослого населения с 49,0 на 10 тысяч населения в 2015 г. до 42,8 на 10 тысяч населения в 2019 г. [42, 46, 71].

Известно, что наиболее высокий реабилитационный потенциал имеют инвалиды трудоспособного возраста [71]. В структуре инвалидности взрослого населения России доля инвалидов трудоспособного возраста колеблется от 42,3% до 47,0 % [71]. В динамике с 2015 по 2019 г. отмечено снижение доли инвалидов трудоспособного возраста с 46,8% до 42,3% [46, 47, 55, 71].

Для детального анализа выделены три возрастные группы инвалидов: молодого возраста (18–44 лет), среднего возраста (45–54 лет женщины, 45–59 лет мужчины) и пенсионного возраста (≥ 55 лет женщины, ≥ 60 лет мужчины)[155]. По данным Федерального бюро медико-социальной экспертизы, число лиц

молодого возраста, впервые признанных инвалидами, составило 126645 человек в 2016 г., 123831 человек в 2017 г. и 113756 человек в 2018 г. Доля инвалидов молодого возраста в структуре всех впервые признанных инвалидами равна 19,0-18,7% в 2016–2017 гг. и 17,7% в 2018 г. Уровень инвалидности в молодом возрасте снизился: с 22,0–21,9 в 2016–2017 гг. до 20,4 в 2018 г. на 10 тысяч населения в возрасте 18–44 лет. Число инвалидов среднего возраста [75] уменьшилось с 186556 человек в 2016 г. до 177921 в 2017 г., до 166225 человек в 2018 г. Доля инвалидов среднего возраста снизилась с 28,0% в 2016 г. до 26,9-25,9% в 2017–2018 гг. [46, 47].

Анализ структуры первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга [74] по возрастным интервалам показал преобладание в течение 5 лет лиц пенсионного возраста (≥ 55 лет женщины, ≥ 60 лет мужчины) с тенденцией к росту их удельного веса с 53,0% в 2015 г. до 56,8% в 2019 г.; доля лиц молодого возраста (женщины и мужчины от 18 до 44 лет) [55] и средней возрастной группы (женщины 45–54 лет, мужчины 50–59 лет) в течение 5 лет несколько снизилась с 16,0% в 2015 г. до 15,25% в 2019 г. и с 31,0% в 2015 г. до 28,0% в 2019 г. соответственно [29, 46, 47].

Изучению региональных особенностей инвалидности, особенно у лиц трудоспособного возраста, посвящено достаточно большое количество научных исследований [53, 56, 59, 65, 71, 74, 155]. Инвалидность лиц трудоспособного возраста ведет к дефициту рабочей силы и к увеличению экономической нагрузки на трудоспособное население, поэтому актуальными становятся вопросы включения в общественно полезный труд инвалидов трудоспособного возраста [48, 54, 55, 73, 146, 161, 162]. Вопросы реабилитации и трудоустройства инвалидов в трудоспособном возрасте осложняются тем, что в структуре общей инвалидности лиц трудоспособного возраста до 70,0% занимают инвалиды тяжелых, I и II групп [23, 29, 51, 64, 73, 115]. Авторы пишут о проблемах при трудоустройстве инвалидов I и II групп и подчеркивают необходимость совершенствования системы профессиональной реабилитации инвалидов [29, 55, 60, 61, 90, 103, 160].

Согласно литературным данным, распространенность инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в России [102] достигает 28,8 на 10 тысяч взрослого населения, и варьирует в разных возрастных группах [102] от 5,5 (в населении до 19 лет) до 104,0 (в населении пенсионного возраста) [29, 66, 102, 147].

В Российской Федерации число пациентов со снижением слуха превышает 13 млн человек, из них более 1 млн. – дети. Из 1000 новорождённых один ребёнок рождается с глухотой. В первые 2–3 года жизни теряют слух еще 2-3 ребёнка [36]. Установлено, что у 14,0 % лиц в возрасте от 45 до 64 лет и у 30,0 % – старше 65 лет имеются проблемы со слухом [89, 149, 151].

По данным НИИ уха, горла, носа и речи г. Санкт-Петербурга, у 20,0-30,0 % пациентов тугоухость обусловлена поражением звукопроводящего аппарата слухового анализатора (хронический гнойный средний отит, адгезивный отит, отосклероз) [89, 151]. Несмотря на достигнутые успехи, на современном этапе развития медицины, число лиц с дефектами слуха остается значительным. Установлено, что количество больных, страдающих [21] нейросенсорной тугоухостью, постоянно возрастает [36, 52, 89, 151, 157].

В Российской Федерации показатели инвалидности вследствие болезней уха не находятся на первых ранговых местах в структуре инвалидности, однако инвалиды накапливаются в населении. По данным исследований, в населении России около 240,8 тысяч инвалидов по слуху [21, 36, 45, 46, 52, 151, 157].

Проблемы диагностики, лечения и реабилитации болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка в силу своего медико-социального значения актуальны в России и в мире, поскольку ограничивают бытовую, общественную и профессиональную деятельность человека [21, 36, 68, 102, 154, 155].

1.2. Организационно-правовые основы профессиональной реабилитации инвалидов с нарушениями сенсорных функций в Российской Федерации

Современная социально-экономическая ситуация в России определяет основные направления государственной социальной политики Российской Федерации, которые в настоящее время ориентированы на реабилитацию инвалидов с целью обеспечения условий для их социальной и профессиональной интеграции [17, 27–29, 67, 71–75, 92, 155].

На приоритетные позиции в социальной политике Российской Федерации выдвигаются вопросы совершенствования системы реабилитации инвалидов. Так, в программе «Доступная среда» [111, 130], утверждённой Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 г. № 363, в подпрограммах [29] «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» и «Совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы» [111, 130] четко обозначены векторы совершенствования и развития системы реабилитации инвалидов [27, 37, 109, 114].

Вопросам социальной интеграции инвалидов, их активного участия в жизнедеятельности через включение в трудовую деятельность уделяется особое внимание [16–23, 30, 35, 71–78]. Результатом реализации программы «Доступная среда» явится организация в субъектах Российской Федерации моделей реабилитации и трудовой занятости инвалидов [70–74, 85–87, 130, 149, 155]. Эти вопросы предполагают изучение особенностей структуры и распространенности первичной и повторной инвалидности в субъектах Российской Федерации, потребностей инвалидов в мерах профессиональной реабилитации и трудовой занятости, состояние регионального рынка труда для трудоустройства инвалидов [80, 81, 83, 96, 104].

Важность реализации мер профессиональной реабилитации для инвалидов основывается на положениях физиологической и социальной целесообразности труда, существующей взаимосвязью внутренних процессов организма с

окружающей социальной средой, в том числе – производственной [71, 74]. При этом трудовая деятельность инвалидов должна быть рационально организована, чтобы выполняемый ими труд, его напряженность и тяжесть, соответствовали состоянию здоровья инвалидов и не приводили к прогрессированию заболевания [29, 71, 74, 118–122].

Профессиональная реабилитация основывается на единстве биологических, социальных, психологических свойств человека, которые должны реализоваться в процессе профессиональной/трудовой деятельности [29, 126, 148–152].

Профессиональная реабилитация инвалидов является частью системы реабилитации инвалидов, и представляет систему и процесс восстановления способностей инвалида к трудовой деятельности [149], поэтому ее основной характеристикой является динамичный процесс реализации мероприятий, включенных в ее систему: профориентации, профессионального образования, трудоустройства и производственной адаптации [39, 49, 58, 78, 79, 97].

Как основной системообразующий фактор профессиональной реабилитации выступают объективные потребности инвалидов в разных видах и формах трудовой деятельности: от трудотерапии до производительного труда в специальных или обычных производственных условиях [29, 71, 74, 94, 98, 117].

Изучению, анализу и реализации потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации отражено авторами в многочисленных работах [71, 74, 55, 148, 154–158, 161].

Реализация мероприятий профессиональной реабилитации [74] в современных условиях должна основываться на методологических и методических подходах и определяться существующими принципами. К основным принципам относят принцип индивидуализации, взаимосвязи структуры и функции, принцип специфичности и др. [72, 82, 86, 132–136]. Выделяют также организационные принципы, которые определяют организационное развитие системы профессиональной реабилитации, среди которых можно выделить: государственный характер гарантий соблюдения прав инвалидов в области профессиональной реабилитации; принцип доступности, который необходим в

профессиональной реабилитации, например, при использовании технологии поддерживаемого трудоустройства или дистанционной занятости; принцип «оптимального сочетания разных форм в профессиональной реабилитации»; принцип «интеграции» в управлении профессиональной реабилитации инвалидов [116, 124, 129, 140]. Принцип «интеграции» заключается в организации на национальном административном уровне управленческих структур реабилитационной службы и создание исполнительного органа власти, координирующего реализацию мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов [69, 76, 115, 117, 144]. Следует также выделить технологические принципы, к ним относятся: принцип наиболее раннего начала в проведении мероприятий профессиональной реабилитации. Доказано, что результаты профессиональной реабилитации зависят от раннего начала [29, 71, 74, 147, 148, 155]; принцип комплексности в подходах при проведении реабилитационных мероприятий [29, 54, 58, 95, 102, 105–107]; принцип вариативности / многообразия методов профессиональной реабилитации и их сочетания: индивидуальных и коллективных, общественных и государственных; принцип этапности в системе реализации реабилитационных мероприятий, то есть сменяемость этапов и мероприятий в ходе реабилитационного процесса [29, 67, 75, 153, 155]; принцип участия инвалида в реабилитации. Информированность, включенность в процесс реабилитанта влияет на осмысление процесса реабилитации, повышает его успешность [29, 71, 74, 149]; принцип партнерства означает необходимость формирования партнерских отношений в системе профессиональной реабилитации, чтобы инвалид являлся равноценным партнером в системе [29, 71–78]; принцип динамического наблюдения за реализацией реабилитационных мероприятий [29]. Динамический контроль реализации мероприятий в системе профессиональной реабилитации в настоящее время осуществляется при повторном освидетельствовании в бюро МСЭ [29, 141, 142, 159, 163–165].

Вышеизложенные принципы взаимосвязаны друг с другом и составляют методологическую основу всей системы профессиональной реабилитации инвалидов [71, 104, 114, 155]. Несоблюдение принципов в современной системе

профессиональной реабилитации инвалидов, в том числе [74], инвалидов с нарушениями сенсорных функций, привело к проблеме низкой трудовой занятости [99–102].

В современной науке и практике вопросы изучения профессиональной реабилитации, трудоустройства и занятости, социальной адаптации и интеграции инвалидов рассматриваются комплексно и многосторонне: медиками, педагогами, социологами, экономистами, психологами, управленцами, поэтому этот раздел организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации [71] можно справедливо считать мультидисциплинарным [29, 75, 77, 104, 106, 155].

Федеральными и региональными органами власти в последние годы проблеме профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов уделяется большое внимание [77], однако результаты трудоустройства инвалидов остаются еще на невысоком уровне [1, 16, 40, 77].

Согласно данным Федерального реестра инвалидов на конец 2020 г., доля работающих инвалидов трудоспособного возраста [77] составляет около 26,6 %. По данным выборочного обследования Федеральной службы государственной статистики этот показатель равен 18,7%. Трудовая занятость инвалидов в регионах Российской Федерации составляет [74] всего от 9,0% до 24,0% [55, 60, 148, 155, 162].

Особые трудности возникают при трудоустройстве инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций: зрения и слуха, одновременного нарушения зрения и слуха [6-11, 87, 166]. Актуальность данной проблемы обусловлена значительной распространённостью болезней [149] глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, высоким уровнем инвалидности лиц трудоспособного возраста и снижением качества жизни [13, 32, 40, 55, 124].

Известно, что малоэффективные результаты трудоустройства инвалидов, в том числе с сенсорными нарушениями, обусловлены низкой мотивацией инвалидов на трудовую деятельность [71], неэффективно «работающими»

механизмами реализации законодательных актов в системе профессиональной реабилитации инвалидов [29, 55, 71, 74, 86]. Поэтому многие авторы акцентируют необходимость психологического воздействия на личность в процессе реабилитации медицинских, профессиональных, социальных, мероприятий [28, 29, 33, 81, 152] необходимость совершенствования нормативного правового регулирования профессиональной реабилитации инвалидов [29, 77]. Однако другие авторы сводят процесс профессиональной реабилитации к восстановительным мерам профессиональных способностей [20, 149].

При этом большинство специалистов считают, что причины неудовлетворительных показателей трудоустройства и низкой занятости инвалидов, в том числе инвалидов с патологией сенсорных функций, кроются в причинах организационного и методического характера [74, 88, 149]. Так, почти половина случаев незанятости (47,0%) инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций – зрения и слуха [29] – связана с плохой организацией специальных рабочих мест и отсутствием специализированной базы для трудовой деятельности инвалидов I и II групп этой нозологии [28, 68, 71, 73, 117, 156].

Поэтому, в настоящее время особенную проблему составляют вопросы включения в трудовую занятость инвалидов, имеющих значительные нарушения сенсорных функций организма, ограничивающие способность к трудовой деятельности [29, 71], в том числе, при нарушении сенсорных функций: зрения и слуха [29, 71]. В регионах не решены проблемы создания специальных рабочих мест и организации домашнего труда при трудоустройстве инвалидов в специально созданных условиях труда [12, 49, 70, 72, 75, 160]. Для организации трудоустройства данного контингента инвалидов необходимо уточненное выявление и анализ потребностей в профессиональной реабилитации, в том числе, в профориентации, трудоустройстве и создании специальных рабочих мест, необходимо также при проведении МСЭ оценить степень ограничения способности к выполнению трудовой деятельности [46, 49, 60–62, 117, 136, 139].

С целью получения успешных результатов в профессиональной реабилитации инвалидов при нарушении функций зрения и слуха, важным является этап получения профессиональных навыков и компетенций в процессе профессионального образования и организация его доступности [91, 93, 97, 99, 143]. В научной литературе отмечается, что система [71] профессионального образования инвалидов в России до конца не организована, и в настоящее время характеризуется многими недостатками [39, 49, 149, 153]. В литературе указывается на отсутствие должной разветвленности сети образовательных профессиональных учреждений для инвалидов, недостаточное оснащение технологиями и средствами обучения образовательных учреждений, констатируется недостаточная реабилитационная направленность учебных процессов [39, 49, 97, 144, 147]. У молодых инвалидов имеются проблемы на переходном этапе: после окончания учебного заведения и поиска рабочего места и рационального трудоустройства [39, 49, 97, 137, 138]. Также в литературных источниках указывается нерешенность вопросов своевременной профессиональной ориентации и последующей профессиональной подготовки инвалидов, что затрудняет реализацию специфических потребностей инвалидов [91, 96, 97].

Несмотря на то, что в каждом субъекте Российской Федерации приняты региональные законы о квотировании рабочих мест для инвалидов [74], при этом [55] во многих научных работах отмечается неудовлетворительная деятельность СЗН по профессиональной реабилитации, в частности, по осуществлению профессионального образования и профессиональной подготовки, поиску рабочих мест и трудоустройству инвалидов с сенсорными нарушениями [26, 33, 34, 72, 75, 167].

С учетом неудовлетворительных показателей трудоустройства инвалидов с нарушениями сенсорных функций вследствие патологии органа зрения и слуха, и для совершенствования организационных аспектов профессиональной реабилитации инвалидов, полезным является обращение к опыту зарубежных стран. Надо отметить, что в зарубежных странах также проблема занятости инвалидов остается не до конца решенной [74, 105, 168, 173, 198]. Однако еще с

1969 г. в Нидерландах работает закон о социальном трудоустройстве, преследующий помочь инвалиду найти возможную для его здоровья работу и сохранить или увеличить существующую трудоспособность [105, 180]. С 1974 г. в Швеции введены в действие нормативные правовые акты о сохранении на рынке труда рабочих мест за престарелыми и инвалидами [177, 204].

В зарубежных странах показатель занятости среди инвалидов ниже показателя занятости остального населения в два раза [205, 210]. В США, уровень занятости среди лиц с ограниченными возможностями и инвалидов составляет около 50,0% по сравнению с занятостью остального населения [170–172, 175, 181, 192]. Во Франции законодательством в области профессиональной реабилитации предусмотрено полноценное информирование инвалидов об услугах в области профессиональной реабилитации с оценкой функциональных возможностей путем проведения профессионального тестирования [199–202]. В Финляндии мероприятия по профессиональной реабилитации инвалидов предоставляются в специальных Центрах, организованных СЗН [189, 190, 200–206].

Зарубежные авторы также отмечают проблемы в своих странах в области профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов [176–179, 182, 186, 187]. Однако, несмотря на существующие в этих странах проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов [71], показатели трудоустройства там выше, чем в нашей стране [105]. И это связано с улучшенной организацией преемственности между организациями и учреждениями, занимающимися профессиональной реабилитацией, что обеспечено единой структурой в виде специальных отделов профессиональной реабилитации инвалидов, созданных в СЗН (при биржах труда и занятости населения). Также в зарубежных странах введен более увеличенный показатель квоты по почти в 1,5–2 раза, сравнению с российским [74, 183, 193, 211]. В Германии и во Франции квота рабочих мест при трудоустройстве инвалидов [55] составляет 6,0% [200, 207, 215], а в России квота при трудоустройстве инвалидов [55] в пределах от 2,0 до 4,0% [74]. В субъектах Российской Федерации в среднем она составляет около 3,0%, а в Санкт-Петербурге – 2,5% [55].

За рубежом контроль и надзор по выполнению квоты более строгий, и если работодатели в Германии не выполняют квоту, то их обязуют выплачивать государству сумму, идущую впоследствии на организацию реабилитации и трудоустройства инвалидов [165, 191, 195, 203, 211]. Более низкая численность работающих на предприятии, обязанном предоставлять квоту, имеется в Англии, там предприятия с 21 работником обязаны выделять квоту под трудоустройство инвалидов [164, 182, 186–188].

В зарубежных странах законопослушные и социально-ориентированные работодатели поощряются, так в США компании за каждого работающего инвалида освобождаются на первые два года от уплаты налогов [175, 196, 216]. Для инвалидов во многих зарубежных странах строго соблюдаются законодательные положения о резервировании определенных специальностей: лифтеров, работников по клинингу, операторов и т.д. [175, 184, 185, 212, 221]. В зарубежных странах работающие инвалиды поощряются и активно привлекаются к предпринимательской деятельности: малому и среднему бизнесу [175, 197, 214]. Например, в Дании работающий инвалид может рассчитывать на получение от государства финансовых средств для найма до пяти помощников, необходимых ему для осуществления трудовой деятельности [195, 208, 210, 213].

Описан зарубежный опыт реализации системы профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями, в которой активно участвуют общественные организации инвалидов, в том числе [55], при осуществлении поддерживаемого трудоустройства [185, 194, 217–219]. А в Шотландии поддерживаемое трудоустройство широко поддерживается организациями инвалидов и финансируется в результате реализации программ правительства Шотландии, Европейского социального фонда и лотереи [166, 191, 209, 220].

Ведущую роль в системе профессиональной реабилитации инвалидов выполняют специалисты учреждений МСЭ – определяют потребности инвалидов в мерах профессиональной реабилитации [29] и на основе оценки реабилитационного и трудового потенциала и прогноза разрабатывают программу

профессиональной реабилитации в ИПРА [52, 71, 74]. Реабилитационная направленность в деятельности учреждений МСЭ регламентирована положениями Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ [109], приказом Минтруда России «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 30.12.2020 г. № 979н [29, 67, 117]. В этих нормативно-правовых документах содержатся задачи и функции по реабилитации инвалидов [29, 42–44, 69, 95, 110, 113]:

– определение потребности инвалидов в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе экспертно-реабилитационной диагностики (для определения структуры и степени нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности, социальной недостаточности, реабилитационного потенциала) [29];

– подбор профессий и видов профессиональной деятельности, показанных инвалидам по состоянию здоровья (проведение профподбора) [29];

– формирование программы профессиональной реабилитации в ИПРА с заключением о противопоказанных и доступных условиях и видов трудовой деятельности, примерных профессиях и видов труда [29];

– направление инвалидов на подбор профессии в специализированные и консультативные учреждения (при затруднении в подборе показанных условий и видов профессиональной деятельности) – Главное бюро МСЭ, федеральные научно-практические центры МСЭ и реабилитации инвалидов, в центры профессиональной реабилитации инвалидов СЗН [29];

– оказание консультативной помощи инвалидам, обратившихся в бюро МСЭ по вопросам реализации трудовых рекомендаций, профессионального обучения, занятости, трудового законодательства [29];

– проведение разъяснительных работ с инвалидами по реализации рекомендаций профессионального обучения и трудоустройства, формированию трудовой установки, коррекции профессиональных интересов инвалидов [29];

– оказание необходимого содействия в реализации ИПРА в иных учреждениях и организациях [29];

– контроль за исполнением реабилитационных мероприятий: ФГУ МСЭ имеют право запрашивать и получать информацию о деятельности любого учреждения по реализации ИПРА, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности [29];

– оценка эффективности реабилитации инвалидов – по результатам выполнения мероприятий ИПРА [29];

– учет, обобщение и анализ потребностей инвалидов в различных мерах реабилитационной помощи и их обеспечения, а также результатов реабилитации на региональном и муниципальном уровнях [29];

– проведение информационно-просветительской работы по вопросам реабилитации инвалидов [29];

– внесение предложений в законодательные и исполнительные органы власти по улучшению реабилитации, в том числе, трудоустройства инвалидов [29];

– участие в разработке комплексных программ в области профилактики инвалидности, медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной защиты инвалидов [29].

Деятельность ФГУ МСЭ для реализации мер программы профессиональной реабилитации инвалидов включает следующие этапы: 1) осуществление экспертизы для установления наличия и степени ограничения способности к трудовой деятельности (ОСТД), 2) определение потребностей в мерах профессиональной реабилитации, 3) оценка реабилитационного и трудового потенциала (прогноза), 4) разработка мероприятий профессиональной реабилитации [29, 75, 91, 92, 112].

Для определения степени ОСТД необходимым является проведение клинико-функциональной, профессионально-трудовой и психофизиологической диагностики [29, 74].

С целью установления ОСТД у лиц с нарушением сенсорных функций: зрения и слуха специалисты ФГУ МСЭ руководствуются [29] приказом Минтруда «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» №585н [77, 108, 117]. Специалистами МСЭ оценивается степень ОСТД освидетельствуемого (впервые или повторно) и способность и возможность осуществлять трудовую деятельность в соответствии требованиям выполняемой должности. Оценивается возможность по содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы [117, 123, 131]. При определении ОСТД первой степени (1 ст.) у освидетельствуемого определяются способности к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, а также при необходимости перевода на другую работу более низкой квалификации; при установлении ОСТД второй степени (2 ст.) освидетельствуемый способен выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях (на специально созданном рабочем месте) с использованием вспомогательных технических средств. При ОСТД третьей степени (3 ст.) у освидетельствуемого определяется способность к выполнению элементарной трудовой деятельности со значительной помощью других лиц или невозможность (противопоказанность) ее осуществления в связи с имеющимися значительно выраженными нарушениями функций организма [71, 77].

Соответственно, при установлении в бюро МСЭ ОСТД 2 или 3 ст. инвалиды способны выполнять трудовую деятельность в специально созданных условиях [77] (на специально созданном рабочем месте) [55]. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации № 789, специально созданные производственные условия предполагают установление сокращенного рабочего дня, индивидуальных норм выработки, дополнительные перерывы в работе, рабочее место оснащается специальными вспомогательными техническими средствами, в процессе трудовой деятельности проводится

систематическое медицинское наблюдение и создаются соответствующие санитарно-гигиенические условия на рабочем месте [66, 78, 156].

По данным литературных источников [4, 9, 12], в процессе клинико-функциональной диагностики специалисты бюро МСЭ выясняют: а) наличие противопоказанных факторов в трудовой деятельности, которые при продолжении трудовой деятельности ухудшают состояние его здоровья, б) влияние заболевания на значимые качества, необходимые для выполнения работы в конкретной профессии, в) оценка сохранных функций организма для определения остаточной трудоспособности пациента [29]. Клинико-функциональная диагностика осуществляется на основании экспертной оценки характера заболевания, степени выраженности нарушенных функций организма, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, реабилитационных возможностей и возможного влияния внешних факторов [29], определяющих реабилитационный потенциал (РП) [75, 90].

В процессе профессионально-трудовой диагностики оцениваются физиолого-гигиенические условия рабочей среды, наличие вредных факторов рабочей среды, тяжесть и напряженность трудового процесса, а также изучается профессионально-трудовой статус: профессиональный маршрут, основная профессия, квалификация, занятость. Данный вид диагностики уточняет содержание работы: индивидуальная или коллективная форма организации труда, режим труда и отдыха, оценивает условия труда [29, 70, 75, 91, 146, 151].

Психофизиологическая диагностика основывается на оценке психофизиологических функций инвалида и проводится на основе исследования профессионально значимых функций и качеств инвалида, их соответствия требованиям работы в конкретной профессии. В ходе психофизиологической диагностики оценивается: а) состояния профессионально значимых функций, которые необходимы для выполнения работы в основной профессии (сохранены, нарушены, утрачены); б) состояния других психофизиологических функций и качеств для определения пригодности инвалида работать [29] в иных видах профессиональной деятельности [70, 75, 91, 146].

Определено, что последующим этапом по профессиональной реабилитации в реабилитационной деятельности ФГУ МСЭ является разработка программы профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида. В научной литературе достаточно полно освещены вопросы разработки и реализации ИПРА инвалида, в том числе, инвалидов по зрению и слуху [4, 7, 8, 35, 98, 151]. Разработка программы профессиональной реабилитации в ИПРА включает разработку следующих мероприятий: профориентации, общего и профессионального образования (профобучения), содействия в трудоустройстве и производственной адаптации [5, 7, 9, 117].

Для формирования и реализации программы профессиональной реабилитации ИПРА в оценке реабилитационного потенциала особое внимание представляет профессионально-трудовая составляющая реабилитационного потенциала. Профессионально-трудовая составляющая [29] реабилитационного потенциала, по сути дела, является трудовым потенциалом [75]. Трудовой потенциал состоит из комплекса биологических, психологических, социальных характеристик и социально-средовых факторов, регламентирующих реализацию способностей инвалида в трудовой деятельности [75, 116, 145, 160, 161]. Трудовой потенциал зависит от ряда социально-демографических, медико-социальных и профессиональных характеристик: пола, возраста, образования, профессии, квалификации, вида заболевания, состояния средовой инфраструктуры [71, 75, 95, 120]. В литературе достаточно работ, посвященных изучению и реализации трудового потенциала инвалидов [25, 71, 75, 95, 150, 152]. Установлено, что только комплексная оценка клинико-функциональных, социальных, психологических, профессиографических критериев позволяют квалифицированно разработать и оформить содержание программы профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида [9-12, 54, 74, 122]. При формировании ИПРА центральным звеном программы профессиональной реабилитации ИПРА являются трудовые рекомендации, которые определяют режим, условия и формы трудовой деятельности инвалидов с нарушениями

сенсорных функций. От качества трудовых рекомендаций зависит успешность рационального трудоустройства инвалидов по зрению и слуху [7, 13, 35, 36, 90].

Поскольку реализация мер профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов осуществляется на основе разработанной специалистами МСЭ программы профессиональной реабилитации в ИПРА, то необходимо повышать роль межведомственного взаимодействия ФГУ МСЭ и службы занятости населения (СЗН) [70]. Именно СЗН отвечает за полноту и качество реализации мер профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов [28, 70].

Следует подчеркнуть, что в последние годы введены в действие современные нормативные акты, касающиеся совершенствования организационных аспектов профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов [80, 107, 153, 158, 159], устанавливающие нормативные основы деятельности государств по реализации прав инвалидов на труд [78] и трудоустройству в соответствии с состоянием здоровья.

В последние годы в Российской Федерации введены нормативные правовые акты, касающиеся организации и технологии профессиональной реабилитации и трудоустройства, введены изменения, дополнения или разработаны документы, отвечающие требованиям современного состояния системы профессиональной реабилитации [91, 107, 127, 158].

Гарантии государства по трудоустройству инвалидов содержатся в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ. В ст.20. «Обеспечение занятости инвалидов» ФЗ-181 регламентируются основные мероприятия: установления квоты; создания условий труда в соответствии с ИПРА; резервирование рабочих мест по профессиям [16], поддержка предпринимательской деятельности; организация обучения инвалидов по новым профессиям [55–57]. Размеры федеральной и региональной квот обозначены в ст. 21., а функции и обязанности работодателей при трудоустройстве инвалидов изложены в ст. 23 и ст. 24 ФЗ-181 [1, 24, 30, 36].

Все государственные гарантии, касающиеся профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов, реализуются в результате деятельности СЗН. В законе [54] «О занятости населения в Российской Федерации» в ст. 7. «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере занятости населения» прописаны положения о необходимости оценки деятельности органов СЗН по трудоустройству инвалидов согласно разработанным показателям [54, 55, 158]. Положения ст. 13.1. данного закона «Сопровождение при содействии занятости инвалидов» раскрывают содержание понятия «сопровождение занятости инвалида»; что означает «оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения до места работы и обратно и по территории работодателя»[77]. В последние два года был принят федеральный государственный стандарт государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов [77].

Данный стандарт содержит требования к порядку, составу, последовательности, срокам и результатам предоставления услуги по организации сопровождения при трудоустройстве инвалидов [77]. В ст. 24.1. и 25 закона «О занятости населения в Российской Федерации» содержатся положения по обязательствам СЗН по учету трудоустроенных инвалидов [77], а также по оказанию методической помощи работодателям при осуществлении сопровождения трудоустройства инвалидов [70, 71, 73].

Как отмечено выше, инвалиды, имеющие нарушения сенсорных функций и ОСТД II и III ст. могут быть трудоустроены в специально созданных условиях (ССУ), в том числе на созданном специальном рабочем месте (СРМ). В приказе Минтруда России №685н «Основные требования к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности» изложены требования

технологического характера по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалидов [77].

С введением Федерального закона № 419, повысилась роль межведомственного взаимодействия в системе МСЭ и реабилитации [77] инвалидов, в том числе – профессиональной реабилитации [71]. Поскольку основными исполнителями мероприятий профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов являются органы СЗН и подведомственные им учреждения, то и увеличилась ответственность СЗН за результаты реализации программы профессиональной реабилитации в ИПРА [9, 23, 71].

В учреждениях СЗН для инвалидов осуществляются следующие формы профессиональной реабилитации: а) проведение профориентации; б) профессиональное обучение по профессиям, пользующихся наибольшим спросом на рынке труда; в) осуществление временной (сезонной) занятости; г) организация общественных работ (контролеры на транспорте, участие в выборной компании и т.д.); д) систематическое проведение ярмарок рабочих мест для подбора их инвалидам [64, 69, 83, 103].

С целью повышения показателей трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями со стороны ФГУ МСЭ специалистам учреждений СЗН необходимо оказывать методическую помощь. Приказами Минтруда России утверждены методические рекомендации «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций» №46 [70, 73, 78, 134], и методические рекомендации «Определение потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных» № 765 [70, 73, 117, 132]. Основные положения этих методических рекомендаций ориентированы на разработку единообразного подхода при выявлении потребностей инвалидов с нарушениями сенсорных функций при проведении профессиональной реабилитации и трудоустройстве [29].

Согласно ст. 11. Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [29] ИПРА для инвалида носит рекомендательный характер. Поэтому в государственной системе трудоустройства инвалидов необходимым является контроль и оценка результатов трудоустройства [83, 84]. Важность функции надзора и контроля за приемом на работу инвалидов [78] определена в Трудовом Кодексе, в положениях ст. 7.1-1 закона «О занятости населения в Российской Федерации», распоряжении Правительства Российской Федерации «Об утверждении плана мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов..» [78] и других документах. На основе «Положения о федеральном государственном надзоре за соблюдением трудового законодательства» [124] и «Административного регламента исполнения Федеральной службой по труду и занятости государственной функции по осуществлению федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства...» [78] оцениваются соблюдение требований трудового законодательства при организации условий труда для инвалидов [77] и доступности [155] специального рабочего места. Принятие мер по результатам контроля и надзора предусмотрены ст.5.42 и 19.7 «Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях», в том числе, возбуждение дела об административном правонарушении [77, 155].

Как изложено выше, инвалиды, имеющие ОСТД 2-й и 3-й ст., могут трудиться только в специально созданных условиях труда [77]. Одним из центральных звеньев создания ССУ является организация специальных рабочих мест. Работодатель при поддержке государства обязан обеспечить специальные рабочие места дополнительными мерами организации труда, включая переоборудование или адаптацию основного и вспомогательного оборудования [5, 49, 78, 129].

В Российской Федерации введен в действие в 2011 г. национальный стандарт «Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов» [77]. Согласно стандарту, к услугам по профессиональной реабилитации относятся «услуги, восстанавливающие трудоспособность инвалида и способствующие максимальному включению в трудовую

деятельность с учетом нарушений функций организма» и ОСТД, имеющихся у инвалида. В стандарте определен алгоритм действий по трудоустройству инвалидов: информирование, консультирование, составление плана трудоустройства, включая психологическую и социальную поддержку и адаптацию на рынке труда. Согласно данному алгоритму, инвалидов необходимо информировать о состоянии рынка труда, наличии вакантных мест и должностей, о соответствии требуемых на рынке труда профессиях и тех профессиях, которые рекомендованы специалистами МСЭ [70, 84, 103].

Для успешного трудоустройства важным является знание профессиографических характеристик доступных профессий, условий и характера труда, а также различных форм и вариантах занятости и т.д. [64, 77]. В стандарте рекомендованы такие виды организации форм трудовой деятельности как организация трудовой деятельности на специализированном предприятии, организации трудовой деятельности на специализированном цехе или участке, на открытом рынке труда, в домашних условиях, или организация трудовой деятельности при осуществлении «поддерживаемого» трудоустройства [93, 103, 119, 163].

В Российской Федерации используются две организационные формы трудовой деятельности: специализированная и интегрированная [71, 72, 93]. При организации интегрированной формы трудовой деятельности осуществляется трудоустройство инвалидов III группы с ОСТД I ст. на обычных предприятиях в обычных условиях труда. При специализированной форме осуществляется трудоустройство инвалидов I и II групп, имеющих ОСТД II ст. в специально созданных условиях труда. Опыт организации разных форм трудовой деятельности инвалидов с нарушениями сенсорных функций как в специализированной, так и интегрированной формах трудовой деятельности отражен в работах авторов [28, 35, 36, 57, 62, 70–73, 92].

Как отмечено выше, основу специально созданных условий труда для инвалидов с сенсорными нарушениями составляют специальные рабочие места [29], при организации которых подразумевается значительные материальные и

финансовые затраты, связанные с дополнительными мерами оснащения и организационного переоборудования, с учетом индивидуальных возможностей инвалидов по зрению и по слуху [5, 6, 7, 8, 29]. Следует отметить, что организация специальных рабочих мест для инвалидов [55] реализуется через координацию действий СЗН, работодателей, негосударственного сектора, органов и учреждений [29] социальной защиты населения при непосредственном участии ФГУ МСЭ [29, 73, 138]. Количество специальных рабочих мест определяется исполнительными органами власти субъектов [75] Российской Федерации на основе [29] потребностей, выявленных специалистами МСЭ у инвалидов с сенсорными нарушениями при первичном или повторном освидетельствовании [4-7, 70]. Специалисты бюро МСЭ при разработке рекомендаций по трудоустройству должны исходить не только из специфики профессии, но учитывать круг рекомендуемых работ, ориентируясь на нормативные документы, в частности, на Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих ОК 016-94 и тарифных разрядов [74, 127, 128]; Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих [74].

Учреждения различных ведомств, участвующих в системе профессиональной реабилитации инвалидов, обязаны в рамках своей профессиональной деятельности осуществлять реализацию мероприятий ИПРА и предоставлять в ФГУ МСЭ информацию по реализации ИПРА [19, 30]. Исполнение ИПРА допускается реабилитационными учреждениями любой формы собственности при наличии лицензии на право занятия этим видом деятельности, что обосновывает возможность более широкого участия некоммерческих, коммерческих и общественных организаций в реализации ИПРА [28, 35, 49, 74].

Специалистами ФГУ МСЭ оценка результатов реализации ИПРА выносится после коллегиального обсуждения. Комплексная оценка результатов реализации ИПРА проводится по: 1) по степени соответствия достигнутых результатов реабилитационного потенциала инвалида; 2) по достигнутым

результатам выполнения программ профессиональной реабилитации; 3) по динамике инвалидности; 4) по полноте [75] выполнения ИПРА [29, 72, 74, 75, 78].

В отношении профессиональной реабилитации инвалидов методическими требованиями к специалистам в ФГУ МСЭ являются: 1) знание нормативно-правовой и законодательной основ, обеспечивающих профессиональную реабилитацию инвалидов [74]; 2) оценка условий трудовой деятельности [74]; 3) оценка потребностей инвалидов в ТСП, необходимых для трудовой деятельности [74]; 4) организационно-методическая деятельность по созданию реабилитационной инфраструктуры в субъекте [74]; 5) разработка программ профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида по принципу раннего начала мероприятий профессиональной реабилитации [74]; 6) привлечение при освидетельствовании инвалидов консультантов для рационального удовлетворения потребностей инвалидов в мерах профессиональной реабилитации (специалистов по ТСП и СЗН, представителей предприятий, родственников и т.д.) [74].

В Российской Федерации до настоящего времени не внедрена в широкую практику методика организации трудовой деятельности и формы трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями. В научной литературе недостаточно изучены и представлены показатели образовательного, профессионального, социально-средового и мотивационного потенциала и трудовых возможностей и способностей данного контингента инвалидов [11, 28, 70].

В изученной литературе недостаточное количество работ по обоснованию модели организации специальных рабочих мест на основе объективно изученных потребностей инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций в мероприятиях профессиональной реабилитации и трудоустройстве. Важным при этом является изучение региональных особенностей и специфики создания специальных рабочих мест в субъектах Российской Федерации на основе [29] анализа реализации индивидуальных программ реабилитации/абилитации [29].

Таким образом, в современной научной литературе достаточно широко освещены организационно-правовые аспекты профессиональной реабилитации и

трудоустройства инвалидов. Вместе с тем, имеется сравнительно малое количество работ, посвященных изучению клинико-экспертных, медико-социальных, социально-психологических социально-средовых характеристик, влияющих [75] профессиональную реабилитацию инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций. Остается нерешенным вопрос научного обоснования модели трудоустройства инвалидов I и II групп вследствие болезней глаза, уха и носоглоточного отростка на специально созданных рабочих местах [55].

Изучение и анализ литературных данных позволяет сделать вывод, что дальнейшее совершенствование системы профессиональной реабилитации [74] инвалидов с нарушениями сенсорных функций связано с разработкой медико-социальных и организационно-методических основ организации трудоустройства на основе создания специальных рабочих мест и условий, пригодных для трудовой деятельности такой категории инвалидов [71, 99, 118, 143].

С учетом вышеизложенного, в современных условиях актуальность и практическую значимость приобретает научное практико-ориентированное исследование по разработке организационных и медико-социальных аспектов совершенствования профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование комплексное, медико-социальное, экспертно-реабилитационное и организационно-методическое.

Объектами исследования были выбраны:

– впервые и повторно признанные инвалидами вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, вследствие стойких нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу;

– учреждения МСЭ; органы СЗН и организации, занимающиеся вопросами медико-социальной реабилитации и социальной интеграции инвалидов на уровне субъекта Российской Федерации;

– международные и российские документы.

В исследовании применены методы: документальный, выкопировки данных, статистический, социально-гигиенический, социологического опроса, экспертных оценок, анкетирование, интервьюирование, аналитический, статистический, графический. Используются методы непараметрической статистики, динамического ряда (абсолютные, относительные, средние величины), выравнивание динамического ряда расчетом скользящей средней.

Обработка данных проведена с использованием стандартных программ Microsoft Word и Excel (лицензия № 87573537).

Для решения задач и достижения цели исследования разработана комплексная методика исследования, включающая четыре этапа (Таблица 1).

Таблица 1 – Блок- схема методики и организации исследования

Этапы выполнения, период наблюдения	Объект исследования, источники информации, объем исследования	Методы исследования
1	2	3
<p>Первый этап: анализ показателей ВПИ и ППИ вследствие нарушения сенсорных функций (болезней органа зрения и его придаточного аппарата и болезней уха и сосцевидного отростка) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу за 2015–2019 гг.</p>	<p>Объект исследования – ВПИ и ППИ вследствие нарушения сенсорных функций по Российской Федерации и Санкт-Петербургу</p> <p>Источники – отчетная форма № 7-собес.</p> <p>Исследование сплошное.</p> <p>Объем исследования:</p> <p>Российская Федерация:</p> <p>Российская Федерация: ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата по 100196 чел., ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 73898 чел., ВПИ вследствие стойких нарушений слуха – 61078, стойких нарушений зрения – 89654, одновременного нарушения зрения и слуха – 7331; ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата: 229955, ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 96480, вследствие стойких нарушений слуха – 55789; зрения – 181719 , одновременного нарушения зрения и слуха – 8902.</p> <p>Санкт-Петербург: ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата 1320; ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 1010; ВПИ вследствие стойких нарушений слуха – 735 , стойких нарушений зрения – 1138, одновременного нарушения зрения и слуха – 229. ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата – 3605; ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 1050; ППИ вследствие стойких нарушений слуха – 756, стойких нарушений зрения – 3229, одновременного нарушения зрения и слуха – 299</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, статистический</p>

Продолжение Таблицы 1

1	2	3
<p>Второй этап: анализ потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации, анализ потребности инвалидов в создании СРМ в ИПРА граждан, анализ потребностей в ТСР граждан, ВПИ и ППИ по Российской Федерации и Санкт-Петербургу; анализ индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида по результатам создания СРМ в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг.</p>	<p>Объект исследования – совокупность инвалидов, нуждающихся в мероприятиях профессиональной реабилитации в Российской Федерации и Санкт-Петербурге за 2015-2019 гг. Источники – акты освидетельствования, статистические талоны, отчетная форма № 7-собес. Исследование сплошное. Объем исследования: Российская Федерация – 288730 чел., Санкт-Петербург – 7060 чел.</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический, метод экстраполяции и аппроксимации динамического ряда, метод экспертных оценок, прогнозирования, графический</p>
<p>Третий этап: анализ контингента безработных инвалидов, состоящих на учете в СЗН, по Санкт-Петербургу за 2015-2019 гг.</p>	<p>Объект исследования – совокупность инвалидов, состоящих на учете в СЗН в Санкт-Петербурге за 2015-2019 гг. Источники – отчетная форма № 2 -Т Исследование сплошное. Объем исследования: 21400 человек</p>	<p>Документальный, выкопировки данных, метод экспертных оценок</p>
<p>Четвертый этап: анкетирование инвалидов трудоспособного возраста вследствие нарушения зрения и одновременного нарушения зрения и слуха и их потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации</p>	<p>Объект исследования – инвалиды вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения зрения и слуха. Источники: «Анкета по изучению потребности инвалидов трудоспособного возраста в мероприятиях профессиональной реабилитации». Исследование выборочное. Объем исследования – 119 респондентов</p>	<p>Анкетирование, интервьюирование, экспертных оценок, документальный</p>

Первый этап: анализ показателей первичной и повторной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарат; болезней уха и сосцевидного отростка; нарушений сенсорных функций (зрения, слуха,

одновременного нарушения функции зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу за 2015–2019 гг.

Второй этап: изучение деятельности ФГУ МСЭ по выявлению потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации, потребностей инвалидов в технических средствах реабилитации в ИПРА ВПИ и ППИ вследствие нарушения сенсорных функций о Российской Федерации и в Санкт-Петербурге.

Третий этап: анализ деятельности учреждений службы занятости населения и контингента безработных инвалидов, состоящих на учете в государственной службе занятости населения по Санкт-Петербургу за 2015-2019 гг.

Четвертый этап: медико-социальное исследование инвалидов трудоспособного возраста и их потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации, технологии включения в трудовую деятельность, удовлетворенность условиями труда.

2.1. Характеристика этапов исследования

В рамках *первого* этапа проведен анализ показателей первичной и повторной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарат; болезней уха и сосцевидного отростка; нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения функции зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу за 2015–2019 гг.

Объект исследования – впервые и повторно признанные инвалидами вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, вследствие стойких нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу.

Источники – форма государственной статистической отчетности учреждений МСЭ 7-собес; данные, полученные из ФГИС ЕАВИИАС МСЭ.

Исследование сплошное, охватывающее всех инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка, стойких нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения функции зрения и слуха) в Российской Федерации и Санкт-Петербурге за пять лет с 2015 по 2019 гг.

Методы исследования: документальный, выкопировки данных, статистический. Обработка данных проведена с использованием стандартных программ Microsoft Word и Excel (лицензия № 87573537).

Объем исследования:

1) Российская Федерация: ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата по 100196, ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 73898, ВПИ вследствие стойких нарушений слуха – 61078, стойких нарушений зрения – 89654, одновременного нарушения зрения и слуха – 7331; ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата: 229955, ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 96480, вследствие стойких нарушений слуха – 55789; зрения – 181719, одновременного нарушения зрения и слуха – 8902.

2) Санкт-Петербург: ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата 1320; ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 1010; ВПИ вследствие стойких нарушений слуха – 735, стойких нарушений зрения – 1138, одновременного нарушения зрения и слуха – 229. ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата – 3605; ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка – 1050; ППИ вследствие стойких нарушений слуха – 756, стойких нарушений зрения – 3229, одновременного нарушения зрения и слуха – 299.

Изучены показатели динамики численности инвалидов, впервые признанных инвалидами вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка:

– абсолютный прирост (размер увеличения или уменьшения уровня ряда за определенный промежуток времени); рассчитан по формуле:

$$\Delta i = y_i - y_0$$

где

y_i – текущий уровень ряда;

y_0 – начальный уровень ряда.

– темп роста/снижения (отношение двух сравниваемых уровней ряда, выраженное в процентах); рассчитан по формуле:

$$T_r = \frac{Пнп}{Пкп}$$

где:

T_r – темп роста;

Пнп – показатель начала периода;

Пкп – показатель конца периода.

– темп убыли/прироста (изменение сравниваемого уровня в процентах по отношению к базе сравнения); рассчитан по формуле:

$$T_{п} = \left(\frac{Пип}{Пбп} - 1 \right) \times 100\%$$

где:

$T_{п}$ – темп прироста;

Пбп – показатель базисного периода;

Пип – показатель исследуемого периода.

– показатель наглядности (соотношение однородных показателей для разных групп или разных периодов); рассчитан по формуле:

$$X = \frac{Пур \times 100}{Иур}$$

где:

Пур – последующий уровень ряда;

Иур – исходный уровень ряда.

Проанализирован уровень первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка по формуле:

$$\frac{\text{Абсолютное число инвалидов} \times 10\,000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Изучена структура инвалидности по возрасту, группам инвалидности, по стойким нарушениям сенсорных функций: зрения, слуха, одновременным нарушением зрения и слуха, по формам болезней: болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка) по формуле:

$$x = \frac{\text{часть явления} \times 100}{\text{явление в целом}}$$

где:

часть явления – совокупность инвалидов (ВПИ или ППИ определенной группы инвалидности (I, II или III) или возрастной группы (от 18 до 44 лет, от 45 лет до 54 лет (женщины); от 45 лет до 59 лет (мужчины), 55 лет и старше (женщины); 60 лет и старше (мужчины);

явление в целом – совокупность ВПИ или ППИ в целом.

На *втором* этапе проведено изучение потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации ВПИ и ППИ вследствие нарушения сенсорных функций по Российской Федерации и в Санкт-Петербурге. Проведен анализ потребностей инвалидов в технических средствах реабилитации в ИПРА граждан, ВПИ и ППИ в Санкт-Петербурге.

Объект исследования – совокупность инвалидов, нуждающихся в мероприятиях профессиональной реабилитации в Российской Федерации и Санкт-Петербурге за 2015-2019 гг.

Источники – акты освидетельствования, статистические талоны, форма государственной статистической отчетности учреждений МСЭ 7-собес; данные, полученные из ФГИС ЕАВИИАС МСЭ.

Исследование сплошное.

Методы исследования: документальный, выкопировки данных, социально-гигиенический, статистический, метод экстраполяции и аппроксимации динамического ряда, метод экспертных оценок, прогнозирования, графический.

Объем исследования: Российская Федерация – 288730, Санкт-Петербург – 7060.

В показателях рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА ВПИ и ППИ изучена структура нуждаемости в профессиональной ориентации по формуле:

$$\frac{\text{рекомендации о профориентации} \times 100}{\text{рекомендации по профессиональной реабилитации}}$$

Удельный вес рекомендации по содействию трудоустройству на СРМ рассчитывался по формуле:

$$\frac{\text{рекомендации в содействии в трудоустройстве на СРМ} \times 100}{\text{рекомендации в содействии в трудоустройстве (в целом)}}$$

В показателях потребности инвалидов в технических средствах реабилитации изучена структура тифлотехнических и сурдотехнических средств реабилитации:

$$\frac{\text{количество тифлотехнические(сурдотехнические) ТСР} \times 100}{\text{количество ТСР}}$$

На *третьем* этапе проводился анализ контингента безработных инвалидов, состоящих на учете в государственной службе занятости, по Санкт-Петербургу за 2015-2019 гг.

Объект исследования – совокупность инвалидов, состоящих на учете в государственной службе занятости в Санкт-Петербурге за 2015-2019 гг.

Источники – официальная форма государственной статистической отчетности службы занятости населения 2-Т.

Исследование сплошное.

Методы исследования: документальный, выкопировки данных, метод экспертных оценок.

Объем исследования: 21400.

Проводилось изучение показателей трудоустройства инвалидов в Санкт-Петербурге за изучаемый период по формуле:

$$\frac{\text{количество трудоустроенных инвалидов через СЗН} \times 100}{\text{число инвалидов, обратившихся в СЗН с целью трудоустройства}}$$

Производился расчет удельного веса инвалидов, трудоустроенных на квотируемые рабочие места по формуле:

$$\frac{\text{количество инвалидов, трудоустроенных на квотируемые рабочие места} \times 100}{\text{количество трудоустроенных инвалидов}}$$

Изучена структура заявленной работодателями потребности в рабочей силе для трудоустройства инвалидов, в том числе на СРМ по формуле:

$$\frac{\text{потребность для трудоустройства инвалидов} \times 100}{\text{потребность в рабочей силе}}$$

Удельный вес инвалидов, получивших услугу по профессиональной ориентации, осуществленной в СЗН, рассчитывался по формуле:

$$\frac{\text{количество выданных заключений инвалидам} \times 100}{\text{количество выданных заключений}}$$

Методом экстраполяции и экспоненциальной аппроксимации динамического ряда определялись прогнозные значения по результатам создания специальных рабочих мест в соответствии с уравнением:

$$y = ae^{bx},$$

где

a – коэффициенты;

b – константы.

При подборе линии тренда в Excel произведен автоматический расчёт значение величины R^2 , которая характеризует достоверность аппроксимации: чем ближе значение R^2 к единице, тем надежнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс, в исследовании $R^2 = 0,8756$ (Российская Федерация), $R^2 = 0,9994$ (Санкт-Петербург).

В рамках *четвертого* этапа проведено собственное медико-социальное исследование инвалидов трудоспособного возраста по изучению и оценке их потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации. Исследование проведено в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района и в центре медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению Санкт-Петербурга по разработанной анкете.

Объект исследования – инвалиды с нарушением функции зрения и одновременным нарушением функции зрения и слуха.

Источники: «Анкета по изучению потребности инвалидов трудоспособного возраста в мероприятиях профессиональной реабилитации».

Исследование выборочное.

Объем исследования – 119 респондентов.

Методы исследования: анкетирование, интервьюирование, экспертных оценок, документальный, статистический.

Для решения задач данного исследования специально разработана оригинальная «Анкета по изучению потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями». Вопросы анкеты составлены с учетом опросника профессиональной реабилитации WORQ и приказа Минтруда от 29 декабря 2012 года № 643 «О проведении мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела».

Анкета по изучению потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями включала 34 учетных признака (Таблица 2).

В анкете изучены:

- общие сведения (пол, возраст, семейное положение);
- медико-социальные данные: виды нарушенных функций организма (зрение и одновременное нарушение зрения и слуха), группа инвалидности, ее длительность, уровень образования, являющиеся основанием для определения потребности в реабилитационных мероприятиях;
- потребности в реабилитационных мероприятиях: нуждаемость в профессиональной ориентации и содействии трудоустройстве, в том числе на СРМ; проведенные мероприятия профессиональной реабилитации: информирование по вопросам трудоустройства, профессиональная ориентация, содействие в трудоустройстве, психологическая помощь, частота пребывания в реабилитационных центрах; изучены показатели удовлетворенности СРМ и условиями труда.

Таблица 2 – Анкета по изучению потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями

<i>Уважаемый гражданин!</i>		
<i>Просим вас принять участие в исследовании и ответить на поставленные в анкете вопросы. Вся сообщенная информация рассматривается как конфиденциальная и будет использована только для анализа сводных данных. Поставьте «галочку» напротив нужного варианта ответа.</i>		
1	2	3
<i>1. Ваш пол</i>		
1.	мужской;	
2.	женский;	
<i>2. Укажите ваш возраст _____ и отметьте внизу интервал, соответствующий вашему возрасту:</i>		
1.	18-25 лет	
2.	26-35 лет	
3.	36-45 лет	
4.	46-55 лет	
5.	56-65 лет	
6.	старше 65 лет	
<i>3. Ваше семейное положение:</i>		
1.	замужем / женат / гражданский брак	
2.	не замужем / холост	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>4. Вы являетесь инвалидом (один ответ):</i>		
1.	инвалидом I группы	
2.	инвалидом II группы	
3.	инвалидом III группы	
<i>5. Длительность инвалидности?</i>		
1.	год	
2.	от двух до пяти лет	
3.	от пяти до десяти лет	
4.	более 10 лет	
5.	инвалидность с детства	
<i>6. Вы являетесь инвалидом:</i>		
1.	с нарушением функции зрения	
2.	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	
3.	с нарушением функции слуха	
4.	с нарушением языковых и речевых функций	
5.	другое (уточните) _____	
<i>7. Ваше образование:</i>		

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
1.	высшее профессиональное	
2.	незаконченное высшее профессиональное	
3.	среднее профессиональное (квалифицированный рабочий)	
4.	общее среднее (10-11 классов)	
5.	неполное среднее (8-9 классов)	
6.	среднее профессиональное (специалист среднего звена)	
7.	начальное общее	
8. Как было организовано ваше обучение?		
1.	по массовой образовательной программе	
2.	с возможностью инклюзивного обучения	
3.	обучение по адаптированным программам (преимущественно для инвалидов)	
4.	не учился	
9. Установление инвалидности повлияло на смену трудовой деятельности?		
1.	да, сейчас не работаю	
2.	да, работаю на прежнем месте не по профессии	
3.	да, работаю в другом месте по профессии	
4.	нет, инвалидность не сказалась на работе, продолжаю трудиться на прежнем месте по профессии	
10. Если Вам приходилось менять место работы после установлению инвалидности, то по какой причине? (возможно выбрать несколько вариантов)		
1.	сложно добираться до работы (не устраивает территориальное расположение работы)	
2.	низкая оплата труда	
3.	нежелание работодателя адаптировать рабочее место	
4.	отношение коллег	
5.	отношение работодателя	
6.	возросла нагрузка на глаза	
7.	другое (уточните, пожалуйста, что именно _____)	
8.	место работы не менял	
9.	затрудняюсь с ответом	
11. Есть ли у Вас индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, разработанная учреждениями медико-социальной экспертизы?		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
12. Есть ли у Вас в индивидуальной программе реабилитации рекомендации по профессиональной реабилитации (ИПРА)?		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
3.	затрудняюсь ответить (переходите к вопросу 12)	
<i>13. Какие рекомендации по профессиональной реабилитации в ИПРА? (возможно выбрать несколько вариантов)</i>		
1.	профорентация	
2.	нуждаемость в содействии в трудоустройстве	
3.	обычные условия производства с предоставлением соответствующих условий труда	
4.	специально созданные условия труда и на дому	
5.	специальное рабочее место, оснащенное с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида	
6.	рекомендаций нет	
7.	затрудняюсь ответить	
<i>14. Уточните, пожалуйста, работаете ли Вы в настоящее время?</i>		
1.	да, работаю	
2.	нет, не работаю	
3.	в процессе трудоустройства	
4.	в поисках подходящего рабочего места	
<i>15. Довольны ли вы информацией по трудоустройству ФГУ МСЭ?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>16. Вам перед трудоустройством проводилась профорентация?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
4.	не знаю что это такое	
<i>17. Работал ли с Вами психолог при содействии занятости?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>18. Оказывалось ли Вам сопровождение при содействии занятости?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>19. При содействии занятости вам оказывалась помощь волонтерами или представителями общественных организаций инвалидов?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>20. При трудоустройстве отношение работодателя к Вам:</i>		

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
1.	позитивное	
2.	негативное	
3.	безразличное	
4.	нейтральное	
5.	затрудняюсь ответить	
<i>21. Вы трудоустроены на специально созданном рабочем месте?</i>		
1.	да, работаю на специально созданном рабочем месте (СРМ) с учетом моих нарушенных функций (для слепого)	
2.	нет, работаю на обычном рабочем месте	
3.	да (для ОДА – «колясочника»)	
4.	затрудняюсь ответить	
5.	не знаю, что такое «специальное рабочее место»	
<i>22. Устраивает ли вас СРМ обеспечением необходимым?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
4.	работаю на обычном месте	
<i>23. Используете ли Вы вспомогательные технические средства (ТСР) на своем рабочем месте?</i>		
1.	да, использую постоянно	
2.	да, иногда использую	
3.	нет, не использую	
4.	у меня нет вспомогательных ТСР	
5.	затрудняюсь ответить	
<i>24. Какие вспомогательные (ТСР) вы используете на своем рабочем месте?</i>		
1.	специальные компьютерные программы для слабовидящих	
2.	увеличители	
3.	шрифт Брайля	
4.	другое, уточните, пожалуйста, что именно _____	
5.	не использую	
<i>25. Удовлетворены ли вы своей работой?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>26. Устраивает ли Вас размер заработной платы?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>27. Имеете ли Вы желание профессионального роста на имеющемся рабочем месте?</i>		
1.	скорее да, чем нет	

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>28. Нуждаетесь ли Вы в смене работы? (один ответ):</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да (переходите к вопросу 30)	
.	затрудняюсь ответить (переходите к вопросу 30)	
<i>29. Каковы Ваши основные причины смены работы? (возможно выбрать несколько вариантов)</i>		
1.	не устраивает уровень оплаты труда	
2.	не устраивает режим работы;	
3.	не устраивает отношение коллег по работе	
4.	работа далеко от дома	
5.	сложно добираться до места работы	
6.	не устраивает отношение работодателя	
7.	не устраивает рабочее место	
8.	другое, уточните, пожалуйста, что именно _____	
<i>30. Как вы хотели бы Вы работать?</i>		
1.	полный рабочий день полную рабочую неделю	
2.	полный рабочий день неполную рабочую неделю	
3.	неполный рабочий день полную рабочую неделю	
4.	неполный рабочий день неполную рабочую неделю;	
5.	на дому	
6.	по сменам	
7.	не имею желания трудиться	
8.	затрудняюсь ответить	
<i>31. Укажите периодичность пребывания в центре реабилитации для инвалидов?</i>		
1.	в год один раз	
2.	чаще одного раза в год (уточните, пожалуйста, сколько _____)	
3.	другое (укажите, пожалуйста, что именно _____)	
<i>32. Знаете ли вы что такое ярмарка вакансий рабочих мест?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>33. Посещаете ли вы ярмарки вакансий рабочих мест?</i>		
1.	скорее да, чем нет	
2.	скорее нет, чем да	
3.	затрудняюсь ответить	
<i>34. Как часто, по вашему мнению, должны проводиться ярмарки вакансий?</i>		
1.	один раз в три месяца	
2.	один раз в два месяца	

Продолжение Таблицы 2

1	2	3
3.	один раз в месяц	
4.	два раза в год	
5.	затрудняюсь ответить	
<i>Благодарим вас за участие!</i>		

При осуществлении медико-социального исследования общий объем выборочной совокупности составил 119 респондентов, из которых сформированы две группы исследуемых. Основную группу исследуемых (81 респондент) составили инвалиды, имеющие выраженные и значительно выраженные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД второй степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств. Группу сравнения (38 респондентов) составили инвалиды, имеющие умеренные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД первой степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы.

На момент проведения анкетирования респонденты исследуемых групп осуществляли трудовую деятельность.

В основе выборки – метод направленного выбора.

Распределение по полу показало, что в основной группе: 70,0% (57) женщины, 30,0% (24) – мужчины; в группе сравнения: 66,0% (25) женщины, 34,0% (13) мужчины (Таблица 3).

Таблица 3 – Распределение инвалидов по полу

Пол	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
мужской	24	30,0	13	34,0
женский	57	70,0	25	66,0
всего	81	100,0	38	100,0

По возрасту респонденты основной группы распределились следующим образом: 22,2% (18) в возрасте 26-35 лет, 66,9% (54) в возрасте 36-45 лет, 10,8% (9) в возрасте 46-55 лет, 5,0% (4) в возрасте 56-65 лет, 5,9% (5) старше 65 лет. В группе сравнения по возрасту респонденты распределились следующим образом: 23,6% (9) в возрасте 26-35 лет, 58,0% (22) в возрасте 36-45 лет, 10,5% (4) в возрасте 46-55 лет, 5,2% (2) в возрасте 56-65 лет, 2,7% (1) старше 65 лет (Таблица 4).

Таблица 4 – Распределение инвалидов по возрасту

Возраст	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
18-25 лет	–		–	–
26-35 лет	18	22,2	9	23,6
36-45 лет	54	66,9	22	58,0
46-55 лет	9	10,8	4	10,5
56-65 лет	4	5,0	2	5,2
старше 65 лет	5	5,9	1	2,7
всего	81	100,0	38	100,0

По семейному положению в основной группе: 47,0% (38) находились в браке, 53,0% (43) в браке не состояли; в группе сравнения: 55,0% (21) находились в браке, 45,0% (17) в браке не состояли (Таблица 5).

Таблица 5 – Распределение инвалидов по семейному положению

Семейное положение	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
замужем / женат / гражданский брак	38	47,0	21	55,0
не замужем / холост	43	53,0	17	45,0
затрудняюсь ответить	–	–	–	–
всего	81	100,0	38	100,0

Распределение по группам инвалидности в основной группе: 37,0% (30) инвалиды I группы, 63,0% (51) инвалиды II группы; в группе сравнения 100,0% (38) инвалиды III группы (Таблица 6).

Таблица 6 – Распределение инвалидов по группам инвалидности

Группа инвалидности	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
I	30	37,0	–	–
II	51	63,0	–	–
III	–	–	38	100,0
всего	81	100,0	38	100,0

Анализ основной группы показал, что 6,2 % (5) инвалидов имели инвалидность с детства, 7,4% (6) от двух до пяти лет, 66,7% (54) – от 5 до 10 лет, 19,7% (16) более 10 лет. В группе сравнения 7,9% (3) имели инвалидность с детства, 7,9% (3) от двух до пяти лет, 68,4% (26) от пяти до десяти лет, 15,8% (6) более 10 лет (Таблица 7).

Таблица 7 – Распределение инвалидов по продолжительности инвалидности

Продолжительность инвалидности	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
инвалидность с детства	5	6,2	3	7,9
от двух до пяти лет	6	7,4	3	7,9
от пяти до десяти лет	54	66,7	26	68,4
более 10 лет	16	19,7	6	15,8
всего	81	100,0	38	100,0

По видам нарушенных функций в основной группе: 96,3% (78) со стойкими нарушениями функции зрения, 3,7% (3) с одновременным нарушением функции зрения и слуха; в группе сравнения 94,7% (36) со стойкими нарушениями функции зрения, 5,3% (2) с одновременным нарушением функции зрения и слуха (Таблица 8).

Таблица 8 – Распределение инвалидов по видам нарушенных функций

Вид нарушенной функции	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
зрение	78	96,3	36	94,7
одновременное нарушение зрения и слуха	3	3,7	2	5,3
всего	81	100,0	38	100,0

В результате медико-социального исследования 119 респондентов – инвалидов с нарушениями сенсорных функций, были выявлены основные социальные, клиничко-экспертные характеристики жизнедеятельности инвалидов в основной группе и в группе сравнения.

2.2. Методы статистического анализа

Расчет средних арифметических производился по формуле:

$$\mu = \frac{x_1 + \dots + x_n}{n}$$

где:

μ – среднее значение;

x – случай;

n – количество случаев.

По формуле А.М. Меркова рассчитан объем выборки:

$$n = \frac{-t^2 pq}{\Delta^2}$$

где:

n – «искомое» число наблюдения;

t – доверительный коэффициент (2,0 при достоверности 95,0%);

p – показатель, равный 75,0;

q – 100- p ;

Δ – предельная ошибка показателя, равная 5,0.

Оценка ошибки репрезентативности вычислялась показателем средней ошибки этих величин по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

где:

m – средняя ошибка показателя,

p – статистический показатель,

q – величина, обратная p ($1 - p$, $10 - p$, $100 - p$ и т.д.),

n – число наблюдений.

Для оценки взаимосвязи изучаемых данных медико-социального исследования применялся непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена, который вычисляли с помощью функции «Ранговые корреляции Спирмена» пакета статистических программ STATISTICA 10 (© StatSoft Inc, USA).

Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена включает следующие этапы:

- а) сопоставить каждому из признаков их порядковый номер (ранг) по возрастанию или убыванию;
- б) определить разности рангов каждой пары сопоставляемых значений (d);
- в) возвести в квадрат каждую разность и суммировать полученные результаты;
- г) вычислить коэффициент корреляции рангов по формуле:

$$\rho = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Сила корреляционной связи оценивалась как: сильная от 0,7 до 1; средняя: от 0,3 до 0,699; слабая: от 0,1 до 0,299.

Пороговый уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

На основании проведенного корреляционного анализа и выделения приоритетных факторов определены основные компоненты организационно-функциональной модели создания СРМ для инвалидов с нарушениями зрения.

С учетом полученных результатов представлено обоснование медико-социальных и организационно-методических компонентов, составляющих модель создания специального рабочего места. Разработаны научно обоснованные предложения по улучшению системного взаимодействия между ФГУ МСЭ, СЗН, работодателями, некоммерческими организациями и общественными организациями инвалидов, что повышает показатели включения в трудовую деятельность инвалидов с нарушениями сенсорных функций.

**ГЛАВА 3. ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СЕНСОРНЫХ
НАРУШЕНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
И В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.)**

**3.1. Изучение и анализ показателей первичной инвалидности вследствие
нарушений сенсорных функций среди взрослого населения
в Российской Федерации и Санкт-Петербурге**

Значительные функциональные расстройства зрения, слуха, одновременного нарушения зрения и слуха обуславливают ограничение практически всех категорий жизнедеятельности. В данном аспекте актуальным является изучение проблемы инвалидизации населения, организации медико-социальной реабилитации инвалидов данного контингента для возможно полного включения их в жизнь. В настоящих социально-экономических условиях особенно важным является изучение особенностей инвалидизации взрослого населения на региональном уровне. Осуществлено комплексное изучение и анализ основных показателей первичной инвалидности вследствие стойких нарушений сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения слуха и зрения) среди взрослого населения, вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, болезней уха и сосцевидного отростка в динамике за 5 лет (2015–2019 гг.).

В структуре ВПИ по формам болезней, возрасту и группам инвалидности удельный вес ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата составил 3,0% от общего числа ВПИ. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в среднем за пять лет составила 1,7 на 10 тыс. взрослого населения, при этом самый высокий уровень отмечен в 2015 г. – 1,8 на 10 тыс. взрослого населения, самый низкий в 2019 г. – 1,6 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 9).

Таблица 9 – Динамика первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Российской Федерации за 2015–2019 гг.

Год	ВПИ (абс.)	Абсолютный рост/убыль	Темп роста (%)	Темп прироста	Значение 1% прироста	Показатель наглядности (%)	Уровень (на 10 тыс.)
2015	21699	–	–	–	нет	100,0	1,8
2016	20574	-1125,0	94,8	-5,2	216,3	94,8	1,7
2017	19840	-734,0	96,4	-3,6	203,9	91,4	1,7
2018	19352	-488,0	97,5	-2,5	195,2	89,2	1,7
2019	18731	-621,0	96,8	-3,2	194,1	86,3	1,6
<i>μ</i>	21699	–	–	–	–	–	1,7

Для решения вопросов включения инвалидов в труд и социум, важное значение имеет изучение контингента инвалидов с учетом возраста. Безусловно, инвалиды трудоспособного возраста имеют больший профессионально-трудовой потенциал по сравнению с инвалидами пенсионного возраста. Поэтому проанализированы показатели впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Российской Федерации за 2015–2019 гг. с учетом возраста.

Согласно приказа Росстата от 05.12.2019 № 742 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения статистические данные формы «7-собес» учитывают: молодой возраст – число инвалидов в возрасте 18–44 лет; средний возраст – число инвалидов в возрасте 45–54 лет (женщины) и 45–59 лет (мужчины); пенсионный возраст – число инвалидов в возрасте ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины).

Доля инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата трудоспособного возраста составляла 32,7%, удельный вес остальных ВПИ (67,3%) приходился на лиц в пенсионном возрасте. У ВПИ в трудоспособном возрасте определена инвалидность I группы – в 10,3%, II группы – в 31,7%, III группы – в 58,0%.

Распределение по группам инвалидности ВПИ пенсионного возраста следующее: I группа инвалидности определена у 32,7% инвалидов, II группа – у 37,3% инвалидов, III группа – у 30,0% инвалидов.

Уровень первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в среднем за пять лет составил 1,3 на 10 тыс. взрослого населения, при этом самый высокий уровень отмечен в 2018 г. и 2019 г. – 1,5 на 10 тыс. взрослого населения, самый низкий в 2015 г. – 1,0 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 10).

Таблица 10 – Динамика первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Российской Федерации за 2015–2019 гг.

Год	ВПИ (абс.)	Абсолютный рост/убыль	Темп роста (%)	Темп прироста	Значение 1% прироста	Показатель наглядности (%)	Уровень на 10 тыс.
2015	11878	–	–	–	–	–	1,0
2016	13190	1312,0	111,0	11,0	119,3	124,7	1,1
2017	14815	1625,0	112,3	12,3	132,1	139,7	1,3
2018	16588	1773,0	112,0	12,0	147,8	146,7	1,5
2019	17427	839,0	105,1	5,1	164,5	111,0	1,5
<i>μ</i>	21699	–	–	–	–	–	1,3

Доля болезней уха и сосцевидного отростка в структуре ВПИ по формам болезней, возрасту и группам инвалидности в среднем составила 2,2%. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста составил 29,6%; подавляющее большинство которых (свыше 99,0%) имели III группу инвалидности. Удельный вес инвалидов в возрасте ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) составил 70,4%; при этом в последнем году наблюдаемого периода – в 2019 г., отмечен наиболее высокий удельный вес ВПИ в группе ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) – 73,6%. У пожилых ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в 98,0% случаев установлена III группа (Таблица 11).

Согласно приказа Минтруда России от 27.08.2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», к основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся: нарушения сенсорных функций (зрения; слуха;

обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль).

Проанализированы ВПИ, имеющие нарушения сенсорных функций, а именно: 1) нарушение слуха, 2) нарушение зрения, 3) одновременное нарушение слуха и зрения. Изучено распределение ВПИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека, возрасту и группам инвалидности в Российской Федерации за 2015–2019 гг. (Таблица 12). В среднем удельный вес стойких нарушений сенсорных функций от общего числа ВПИ составляет 5,7% (37430), при этом инвалиды от 18 до 44 лет составили 16,2 % (6065), от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) – 17,0% (6362), ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) – 66,8% (25003). Отмечается увеличение абсолютного числа ВПИ по нарушениям сенсорных функций организма с 37342 в 2015 г. до 38189 в 2019 г., самый высокий показатель отмечен в 2018 г. – 38374, низкий – в 2016 г. 36248, Удельный вес инвалидов со стойкими нарушениями сенсорных функций в общей структуре ВПИ и в 2018 г., и в 2019 г. составил 6,0%.

За пять лет увеличился показатель доли впервые признанных инвалидами вследствие стойких нарушений функции зрения: с 1,4% в 2015 г. до 3,0% в 2019 г. в структуре всех ВПИ в Российской Федерации. В общей структуре лиц с сенсорными нарушениями функций организма инвалиды, имеющие стойкие расстройства функции зрения, в среднем составили 47,9% (17930). Отмечалось увеличение удельного веса и общего числа инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения в структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных с 26,4% (9841) в 2015 г. до 49,4% (18848) в 2019 г., при этом в 2016 г. зафиксирован самый высокий показатель удельного веса 57,0% (20650), что практически в 2,2 раза выше, чем в 2015 г.

В структуре ВПИ со стойкими нарушениями функции зрения, лица трудоспособного возраста составляли 33,0% (6032), из них инвалиды от 18 лет до 44 лет – 17,7% (3166). Среди ВПИ со стойкими нарушениями функции зрения более половины инвалидов (57,1%) имели III группу инвалидности, 34,8% – II группу, 8,9% – I группу инвалидности. В возрасте от 45 до 54 лет (женщины),

от 45 до 59 лет (мужчины) доля инвалидов составляла 16,0% (2866), из них удельный вес инвалидов I группы составил 14,9% (427), II группы 27,8% (796), III группы 57,3% (1643).

Удельный вес стойких нарушений слуха в структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций в среднем составляет 32,6% (12215), при этом доля и абсолютное число в возрасте от 18 до 44 лет 13,5% (1651), возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) 16,9 % (2063), ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) – 69,6% (8501).

В этом виде стойких нарушений сенсорных функций выявленными медико-социальными особенностями явилось то, что во всех возрастных группах определялась III группа инвалидности до 99,8%; а также увеличение практически в 2,5 раза удельного веса стойких нарушений слуха в структуре ВПИ с 16,0% (5871) в 2015 г. до 39,4 % (15037) в 2019 г.

Анализ возрастных особенностей ВПИ, имеющих стойкие нарушения функции слуха, показал, что в структуре ВПИ лица трудоспособного возраста суммарно составляют 30,4% (3714). В возрастной группе от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) отмечается абсолютное увеличение инвалидов со стойкими нарушениями функции слуха с 1136 в 2015 г. до 2406 в 2019 г.; у лиц в возрасте от 18 лет до 44 лет отмечено увеличение практически в два раза абсолютного числа инвалидов от 888 в 2015 г. до 1806 в 2019 г.

В структуре всех ВПИ удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха увеличился: с 0,004% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г. Отмечено значительное увеличение удельного веса одновременного нарушения функций слуха и зрения с 0,1% (25) в 2015 г. до 9,4% (3594) в 2019 г. в структуре инвалидов, имеющих стойкие нарушения сенсорных функций. Лица трудоспособного возраста, имеющие одновременное нарушение функции слуха и зрения составляют 14,8% (218), из них 87,6% (191) инвалиды III группы. Инвалиды в пенсионном возрасте составили 85,2% (1248), из них удельный вес инвалидов I группы составил 14,6% (182), II группы 16,2% (203), III группы 69,2% (863).

Таблица 11 – Распределение ВПИ по формам болезней, возрасту и группам инвалидности в Российской Федерации, %

Год	Наименование классов и отдельных болезней	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2015	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3721 100,0	6,9	38,8	54,3	n=3486 100,0	11,9	29,4	58,7	n=14492 100,0	30,1	37,0	32,9
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=1734 100,0	0,05	0,8	99,15	n=2178 100,0	0,0	0,1	99,9	n=7966 100,0	0,01	0,4	99,5
2016	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3850 100,0	6,5	39,1	54,4	n=3216 100,0	13,8	28,2	58,0	n=13508 100,0	29,2	37,7	33,1
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=1852 100,0	0,0	0,5	99,5	n=2306 100,0	0,0	0,1	99,9	n=9032 100,0	0,01	0,3	99,6
2017	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3661 100,0	6,8	32,6	60,6	n=3006 100,0	14,0	26,8	59,2	n=13173 100,0	29,3	37,6	33,1
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=2027 100,0	0,0	0,5	99,5	n=2390 100,0	0,0	0,1	99,9	n=10398 100,0	0,0	0,2	99,8
2018	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3183 100,0	7,6	33,0	59,4	n=2869 100,0	13,8	26,2	60,0	n=13300 100,0	29,8	37,3	32,9

Продолжение Таблицы 11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=2135 100,0	0,0	0,3	99,7	n=2630 100,0	0,0	0,08	99,9	n=11823 100,0	0,0	0,1	99,9
2019	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3007 100,0	8,4	32,3	59,3	n=2772 100,0	15,0	27,0	42,0	n=12952 100,0	31,5	36,8	31,7
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=1932 100,0	0,0	0,3	99,7	n=2658 100,0	0,0	0,2	99,8	n=12837 100,0	0,008	0,1	99,8
μ	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=3484 100,0	7,2	35,4	57,4	n=3069 100,0	13,6	27,6	58,8	n=13486 100,0	30,0	37,3	32,7
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=1936 100,0	0,01	0,5	99,5	n=2432 100,0	0,0	0,2	99,8	n=10411 100,0	0,006	0,2	99,8

Таблица 12 – Распределение ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций по возрасту и группам инвалидности в Российской Федерации, %

Год	Виды стойких нарушений функций организма человека	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I груп-пы	II груп-пы	III груп-пы	Всего	I груп-пы	II груп-пы	III груп-пы	Всего	I груп-пы	II груп-пы	III груп-пы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2015	нарушение слуха	n=888 100,0	0,1	1,5	98,4	n=1136 100,0	0,1	0,4	99,5	n=3847 100,0	0,1	0,4	99,5
	нарушение зрения	n=1315 100,0	11,2	32,6	66,2	n=1500 100,0	15,7	36,0	48,3	n=7026 100,0	33,0	43,0	24,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=0	0,0	0,0	0,0	n=2 100,0	0,0	100,0	0,0	n=23 100,0	43,5	48,0	8,5
2016	нарушение слуха	n=1616 100,0	0,0	0,5	99,5	n=2022 100,0	0,05	0,05	99,0	n=7792 100,0	0,04	0,2	99,7
	нарушение зрения	n=3936 100,0	7,8	39,1	53,1	n=3352 100,0	14,7	27,3	58,0	n=13362 100,0	29,0	37,6	33,4
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=27 100,0	7,4	18,5	74,1	n=26 100,0	15,4	3,8	80,8	n=283 100,0	24,4	22,0	53,6
2017	нарушение слуха	n=1935 100,0	0,0	0,4	99,6	n=2279 100,0	0,09	0,1	99,8	n=9580 100,0	0,02	0,1	99,8
	нарушение зрения	n=3850 100,0	8,3	32,6	59,1	n=3274 100,0	14,4	27,1	58,5	n=13373 100,0	29,2	37,5	33,3
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=45 100,0	11,1	20,0	69,0	n=67 100,0	1,5	12,0	86,5	n=739 100,0	19,8	23,1	57,1

Продолжение Таблицы 12

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2018	нарушение слуха	n=2012 100,0	0,0	0,2	99,8	n=2472 100,0	0,0	0,04	99,9	n=10462 100,0	0,03	0,1	99,8
	нарушение зрения	n=3457 100,0	9,2	32,5	58,3	n=3153 100,0	14,4	26,3	59,3	n=13208 100,0	29,8	37,0	33,3
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=148 100,0	4,7	10,8	84,5	n=259 100,0	3,9	4,6	91,5	n=2118 100,0	13,6	16,6	69,8
2019	нарушение слуха	n=1806 100,0	0,1	0,2	99,7	n=2406 100,0	0,04	0,2	99,7	n=10825 100,0	0,02	0,07	99,9
	нарушение зрения	n=3273 100,0	9,6	32,0	58,4	n=3052 100,0	16,0	26,4	57,6	n=12523 100,0	31,2	36,6	32,2
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=171 100,0	0,2	0,3	99,5	n=346 100,0	5,2	9,0	85,8	n=3077 100,0	12,8	13,6	73,6
μ	нарушение слуха	n=1651 100,0	0,04	0,5	99,4	n=2063 100,0	0,05	0,2	99,8	n=8501 100,0	0,04	0,2	99,8
	нарушение зрения	n=3166 100,0	8,9	34,0	57,1	n=2866 100,0	14,9	27,8	57,3	n=11898 100,0	30,1	37,8	32,1
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=78 100,0	5,6	11,2	83,2	n=140 100,0	5,0	7,9	87,1	n=1248 100,0	14,6	16,2	69,2

В Санкт-Петербурге, в среднем, ежегодно впервые устанавливалась инвалидность вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в 264 случаях, средний показатель уровня первичной инвалидности на 10 тыс. взрослого населения составил 0,7, что в 1,9 раза меньше уровня первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Российской Федерации – 1,7 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 13). Установлено увеличение уровня инвалидности с 0,6 на 10 тыс. населения в 2015 г. до 0,8 на 10 тыс. населения в 2019 г.

Таблица 13 – Динамика первичной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг.

Год	ВПИ (абс.)	Абсолютный рост/убыль	Темп роста (%)	Темп прироста	Значение 1% прироста	Показатель наглядности (%)	Уровень на 10 тыс.
2015	261	–	–	–	–	100,0	0,6
2016	253	-8,0	96,9	-3,1	2,6	96,9	0,7
2017	279	26,0	110,3	10,3	2,5	106,9	0,7
2018	259	-20,0	92,8	-7,2	2,8	99,2	0,7
2019	270	11,0	104,2	4,2	2,6	103,4	0,8
<i>μ</i>	264	–	–	–	–	–	0,7

Уровень первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в среднем за пять лет составил 0,5 на 10 тыс. взрослого населения, что в 2,6 раза ниже уровня первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка по Российской Федерации – 1,3 на 10 тыс. взрослого населения. Самый высокий уровень отмечен в 2019 г. – 0,9 на 10 тыс. взрослого населения, самый низкий в 2015 г. – 1,0 на 10 тыс. взрослого населения (Таблица 14).

Таблица 14 – Динамика первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг.

Год	ВПИ (абс.)	Абсолютный рост/убыль	Темп роста (%)	Темп прироста	Значение 1,0% прироста	Показатель наглядности (%)	Уровень на 10 тыс.
2015	101	–	–	–	–	100,0	0,2
2016	136	35,0	134,7	34,7	1,0	134,7	0,4
2017	206	70,0	151,5	51,5	1,4	204,0	0,5
2018	271	65,0	131,6	31,6	2,1	268,3	0,7
2019	296	25,0	109,2	9,2	2,7	293,1	0,9
<i>μ</i>	202	–	–	–	–	–	0,5

С 2015 г. по 2019 г. удельный вес ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата колебался от 1,2% до 1,4 %, при незначительном увеличении удельного веса ВПИ пенсионного возраста с 62,5% в 2015 г. до 64,8 % – таблица 15.

Динамика ВПИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в возрасте от 18 лет до 44 лет изменялась с 15,7% в 2015 г. до 16,0% в 2019 г., при незначительном снижении удельного веса ВПИ от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) включительно с 21,8% в 2015 г. до 19,2% в 2019 г.

Удельный вес ВПИ вследствие болезни глаза и его придаточного аппарата трудоспособного возраста составил 34,5% (91). Удельный вес ВПИ по болезням глаза и его придаточного аппарата от 18 лет до 44 лет включительно составляет 15,2% (40), из них 65,0% (26) инвалиды III группы, 27,5% (11) II группы, 7,5% (3).

Доля лиц среднего трудоспособного возраста от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) составила 19,3% (51), из них инвалиды III группы – 51,0% (26), 39,2% (20) II группы, 9,8% (5) I группы.

Удельный вес инвалидов лиц пенсионного возраста 65,5 % (173), среди них наибольшая доля инвалидов II группы – 54,3% (94) и III группы – 26,1% (74) доля инвалидов I группы 19,6% (34).

Анализ ВПИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка показал, что ВПИ в возрасте от 18 лет до 44 лет включительно, составляет 22,0% (44), преимущественно в 98,0% устанавливается инвалидность III группы.

Доля ВПИ в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) включительно составляет 23,8% (48), из них 100% случаев инвалиды III группы; доля ВПИ в возрасте ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) 54,2% (110), с преимущественно инвалидов III группы – 99,5%.

Удельный вес нарушений сенсорных функций в структуре ВПИ в Санкт-Петербурге по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека в среднем составляет 2,5% (505), из них 41,0% (206) инвалиды трудоспособного возраста (Таблица 16).

В структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций 45,0% (227) занимают стойкие нарушения зрения, из них 29,0% (147) – стойкие нарушения слуха, 9,1% (46) – одновременное нарушение зрения и слуха.

В структуре ВПИ, имеющих стойкие нарушения функции зрения, лица трудоспособного возраста составили 33,7% (80), причем доля инвалидов в возрасте от 18 до 44 лет составила 16,7%. Из них 10,5 % (4) – инвалиды I группы, 31,5% (12) – II группы, 58,0% (22) – III группы.

За пять лет в Санкт-Петербурге в структуре ВПИ увеличился удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие стойких нарушений функции зрения: с 0,7% в 2015 г. до 1,3% в 2019 г.

Установлено увеличение удельного веса стойких нарушений зрения в общей структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций с 33,7% (157) в 2015 г. до 43,2% (252) в 2019 г.

Таблица 15 – Распределение ВПИ по формам болезней, возрасту и группам инвалидности в Санкт-Петербурге, %

Год	Наименование классов и отдельных болезней	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2015	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=41 100,0	12,2	26,8	61,0	n=57 100,0	8,7	29,8	61,5	n=163 100,0	21,0	53,4	25,6
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=27 100,0	0,0	7,4	92,6	n=27 100,0	0,0	0,0	100,0	n=47 100,0	0,0	2,1	97,9
2016	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=30 100,0	3,3	20,0	76,7	n=46 100,0	15,2	32,6	52,2	n=177 100,0	20,3	56,0	23,7
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=39 100,0	0,0	5,0	95,0	n=35 100,0	0,0	0,0	100,0	n=62 100,0	0,0	3,0	97,0
2017	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=45 100,0	4,4	31,1	64,5	n=51 100,0	4,0	54,9	41,1	n=183 100,0)	18,5	57,0	24,5
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=48 100,0	0,0	0,0	100,0	n=53 100,0	0,0	0,0	100,0	n=105 100,0	0,0	0,0	100,0
2018	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=39 100,0	7,7	30,7	61,6	n=50 100,0	14,0	36,0	50,0	n=170 100,0	20,6	48,2	31,2
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=59 100,0	0,0	0,0	100,0	n=63 100,0	0,0	0,0	100,0	n=149 100,0	0,0	0,0	100,0
2019	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=43 100,0	7,0	28,0	65,0	n=52 100,0	7,6	46,2	46,2	n=175 100,0	16,5	56,5	27,0

Продолжение Таблицы 15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=48 100,0	0,0	0,0	100,0	n=60 100,0	0,0	0,0	100,0	n=188 100,0	0,0	0,0	100,0
μ	в т. ч. болезни глаза и его придаточного аппарата	n=40 100,0	7,5	27,5	65,0	n=51 100,0	9,8	39,2	51,0	n=173 100,0	19,6	54,3	26,1
	в т. ч. болезни уха и сосцевидного отростка	n=44 100,0	0,0	2,0	98,0	n=48 (100,0	0,0	0,0	100,0	n=110 100,0	0,0	0,5	99,5

Таблица 16 – Распределение ВПИ по стойким нарушениям сенсорных функций организма человека по возрасту и группам инвалидности в Санкт-Петербурге, %

Год	Виды стойких нарушений функций организма человека	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2015	нарушение слуха	n=20 100,0	0,0	0,0	100,0	n=22 100,0	0,0	0,0	100,0	n=24 (38,2)	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=19 100,0	42,1	57,9	0,0	n=22 100,0	22,7	77,3	0,0	n=116 100,0	29,3	70,7	0,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=2 100,0	0,0	50,0	50,0	n=1 100,0	0,0	100,0	0,0	n=1 100,0	0,0	0,0	100,0
2016	нарушение слуха	n=22 100,0	0,0	4,5	95,5	n=22 100,0	0,0	0,0	100,0	n=26 (37,2)	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=24 100,0	4,2	20,8	75,0	n=35 100,0	17,1	34,2	48,7	n=152 100,0	20,4	54,6	25,0

Продолжение Таблицы 16

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=2 100,0	0,0	50,0	50,0	n=1 100,0	0,0	100,0	0,0	n=1 100,0	0,0	0,0	100,0
2017	нарушение слуха	n=42 100,0	0,0	0,0	100,0	n=46 100,0	0,0	0,0	100,0	n=91 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=47 100,0	8,5	29,8	61,7	n=52 100,0	3,8	57,7	(38,5)	n=175 100,0	19,4	56,6	24,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=3 100,0	0,0	33,3	66,7	n=1 100,0	0,0	0,0	100,0	n=9 100,0	22,2	55,6	22,2
2018	нарушение слуха	n=43 100,0	0,0	0,0	100,0	n=45 100,0	0,0	0,0	100,0	n=123 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=48 100,0	8,3	33,3	58,4	n=49 100,0	16,3	34,7	49,0	n=147 100,0	21,8	45,6	32,6
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=10 100,0	0,0	0,0	100,0	n=21 100,0	0,0	4,8	95,2	n=54 100,0	11,1	27,8	61,1
2019	нарушение слуха	n=37 100,0	0,0	0,0	100,0	n=48 100,0	0,0	0,0	100,0	n=122 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=51 100,0	11,7	31,4	56,9	n=54 100,0	7,4	42,6	50,0	n=147 100,0	18,4	55,1	26,5
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=11 100,0	0,0	0,0	100,0	n=15 100,0	13,3	13,3	73,4	n=97 100,0	2,1	20,6	77,3
μ	нарушение слуха	n=33 100,0	0,0	0,5	89,0	n=37 100,0	0,0	0,0	100,0	n=77 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=38 100,0	10,5	5,3	58,0	n=42 100,0	12,0	48,0	40,0	n=147 100,0	21,8	56,0	22,2
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=6 100,0	0,0	10,0	90,0	n=8 100,0	5,0	12,5	82,5	n=32,0 100,0	1,4	25,0	73,6

В структуре стойких нарушений функции слуха 47,6% составили инвалиды трудоспособного возраста, из них с преимуществом свыше 99,0% инвалиды с III группой. В структуре стойких нарушений сенсорных функций отмечено увеличение удельного веса стойких нарушений слуха с 14,5% (68) в 2015 г. до 35,5 % (207) в 2019 г.

В Санкт-Петербурге за пять лет увеличился удельный вес одновременного нарушения зрения и слуха, в как структуре ВПИ с 0,01% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г., так и в структуре стойких нарушений сенсорных функций: с 0,9% в 2015 г. до 21,1% в 2019 г.

Удельный вес лиц с одновременным нарушением слуха и зрения у лиц трудоспособного возраста составляет 30,4%, из них свыше 80,0% инвалиды III группы.

Сравнительный анализ инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка в Российской Федерации и Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.) показал, что в структуре ВПИ в Санкт-Петербурге по сравнению с Российской Федерацией удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата ниже в 2,5 раза (1,3% в Санкт-Петербурге и 3,0% в Российской Федерации) и болезней уха и сосцевидного отростка в 2,2 раза (1,0% в Санкт-Петербурге и 2,2% в Российской Федерации).

Таким образом, сравнительный анализ первичной инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций среди взрослого Российской Федерации и Санкт-Петербурга показал, что за пять лет в структуре ВПИ увеличился удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие стойких нарушений функции зрения: в Российской Федерации с 1,4% в 2015 г. до 3,0% в 2019 г.; в Санкт-Петербурге с 0,7% в 2015 г. до 1,3% в 2019 г.; увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: в Российской Федерации с 0,004% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г.; в Санкт-Петербурге с 0,01% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г.

3.2. Изучение и анализ показателей повторной инвалидности вследствие нарушений сенсорных функций среди взрослого населения в Российской Федерации и Санкт-Петербурге

В Российской Федерации в структуре ППИ удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата составил 3,6% (51066) в 2015 г. и 3,4% (35975) в 2019 г. Самый высокий удельный вес установлен в 2017 г. – 3,7% (48778), самый низкий в 2019 г. – 3,4% (35975).

Удельный вес ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в структуре ППИ уменьшился с 1,25% (17738) в 2015 г. до 0,9% (9374) в 2019 г.

В структуре ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата удельный вес инвалидов в возрасте от 18 до 44 лет составил 31,6 % (14552), из них инвалиды I группы 7,9% (1165), 38,7% (5627) инвалиды II группы, 53,4% (7769) – III группы. Инвалиды от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) составили 19,4% (8932), из них инвалиды I группы 14,0 (1254), II группы 38,8% (3467) и 47,2% (4211) III группы. Инвалиды ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) составили 49,0% (22507), из них 34,3% (7710) инвалиды I группы, 40,0% (9001) II группы, 25,7% (5796) III группы (Таблица 17).

В структуре болезней глаза и его придаточного аппарата отмечено увеличение удельного веса ППИ ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) глаза с 46,9% (23949) в 2015 г. до 66,6 % (18356) в 2019 г., при одновременном снижении удельного веса ППИ от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) с 20,8%(10624) в 2015 г. до 18,6% (6696) в 2019 г. и ППИ от 18 лет до 44 лет включительно с 32,3% (16493) в 2015 г. до 30,4% (10923) в 2019 г. соответственно.

В структуре болезней уха и сосцевидного отростка установлено незначительное увеличение удельного веса ППИ от 18 лет до 44 лет включительно с 36,2% (6422) в 2015 г. до 38,4% (3601) в 2019 г., снижение удельного веса ППИ в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) включительно с 20,8% (10624) в 2015 г. до 19,1% (1794) в 2019 г, при этом во всех возрастных группах преимущественно установлена III группа инвалидности.

В структуре ППИ увеличился удельный вес инвалидов вследствие стойких нарушений функции зрения: с 1,7% в 2015 г. до 3,5% в 2019 г.

В структуре ППИ по стойким нарушениям функций удельный вес ППИ с нарушениями сенсорных функций составил 5,4% (69133). В общей структуре ППИ вследствие сенсорных нарушений инвалиды вследствие стойких нарушений функции зрения занимают 59,4% (41090), среди которых лица трудоспособного возраста составляют 51,3% (21092), при этом доля лиц в возрасте от 18 до 44 лет составляет 31,7% (13020), из них 2,9% (1200) инвалиды I группы, 38,7% (5039) инвалиды II группы, 58,4% (7861) III группы (Таблица 18).

В структуре стойких нарушений функции зрения доля лиц от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) составляет 19,6% (8072), из них 14,8% (1198) I группы, 39,1% (3157) II группы и 46,1% (3717) – III группы. Удельный вес инвалидов ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) в структуре стойких нарушений функции зрения удельный вес составил – 48,7% (19998), из которых 34,0% (6795) с I группой, 41,0% (8123) – со II группой инвалидности, 25,0% (5080) с III группой.

Обращает внимание увеличение доли стойких нарушений функции зрения в структуре ППИ вследствие стойких нарушений сенсорных функций с 31,0% (23731) в 2015 г. до 74,0% в 2019 г. (41090).

В общей структуре ППИ вследствие сенсорных нарушений доля стойких нарушений функции слуха составила 21,0% (14545). При этом выявлено, что 33,0% (4810) – от 18 лет до 44 лет, 22,2% (3234) – от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины), 44,8% (6501) составляют инвалиды в возрасте от 55 лет (женщины) и 60 лет (мужчины). Во всех возрастных группах с преимуществом более 96,5% составляют инвалиды III группы.

Обращает внимание увеличение удельного веса стойких нарушений функции слуха в структуре ППИ вследствие стойких нарушений сенсорных функций с 13,0% (10047) в 2015 г. до 17,2% (8547) в 2019 г., при этом максимальный удельный вес зафиксирован в 2018 г. – 25,8% (17362).

Таблица 17 – Распределение ППИ по формам болезней, возрасту и группам инвалидности в Российской Федерации, %

Год	Наименование классов и отдельных болезней	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		n	%	%	%	n	%	%	%	n	%	%	%
2015	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=16493 100,0	7,1	40,5	52,4	n=10624 100,0	12,4	40,5	47,1	n=23949 100,0	35,1	38,7	26,2
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=6422 100,0	0,0	5,6	94,4	n=4113 100,0	0,0	0,6	99,4	n=7203 100,0	0,1	1,5	98,4
2016	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=16208 100,0	7,2	40,3	52,5	n=10145 100,0	13,4	40,2	46,4	n=24701 100,0	32,5	41,4	26,1
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=6372 100,0	0,02	4,3	95,6	n=4215 100,0	0,0	0,5	99,5	n=8272 100,0	0,05	1,2	98,7
2017	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=15492 100,0	8,0	40,0	52,0	n=9205 100,0	41,3	39,2	19,5	n=24081 100,0	33,4	50,0	16,6
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=18479 100,0	2,0	72,9	25,1	n=11337 100,0	1,8	69,3	71,1	n=2106 100,0	3,9	63,8	32,3
2018	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=13646 100,0	8,6	36,4	55,0	n=7991 100,0	14,8	37,9	47,3	n=21446 100,0	34,5	40,2	25,3
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=5659 100,0	0,0	2,1	97,9	n=3941 100,0	0,0	0,2	99,8	n=8990 100,0	0,02	0,5	99,4
2019	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=10923 100,0	9,5	34,5	56,0	n=6696 100,0	3,0	34,8	62,2	n=18356 100,0	36,4	38,3	25,3
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=3601 100,0	0,06	2,9	97,0	n=1794 100,0	0,0	0,5	99,5	n=3979 100,0	0,05	0,7	99,2
μ	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=14552 100,0	7,9	38,7	53,4	n=8932 100,0	14,0	38,8	47,2	n=22507 100,0	34,3	40,0	25,7
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=8106 100,0	0,9	35,3	63,7	n=5080 100,0	0,8	31,2	68,0	n=6110 100,0	0,3	5,3	94,4

Таблица 18 – Распределение ППИ со стойкими сенсорными нарушениями функций организма человека по возрасту и группам инвалидности в Российской Федерации, %

Год	Основные виды стойких нарушений функций организма человека	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2015	нарушение слуха	n=3503 100,0	0,1	5,7	94,2	n=2487 100,0	0,0	0,7	99,3	n=4057 100,0	0,6	0,8	98,6
	нарушение зрения	n=6647 100,0	10,1	42,3	47,6	n=4945 100,0	14,5	47,0	38,5	n=12139 100,0	36,0	45,2	18,8
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=21 100,0	23,8	57,1	19,1	n=14 100,0	28,6	35,7	35,7	n=77 100,0	37,7	48,0	14,3
2016	нарушение слуха	n=5838 100,0	0,6	5,2	94,0	n=4038 100,0	0,7	2,6	96,7	n=8076 100,0	2,8	5,0	92,1
	нарушение зрения	n=15831 100,0	8,2	41,2	50,6	n=9930 100,0	13,9	40,0	53,9	n=23797 100,0	32,5	41,0	26,5
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=99 100,0	13,1	45,5	41,4	n=89 100,0	24,7	29,2	46,1	n=474 100,0	39,9	30,2	29,9
2017	из них: нарушение слуха	n=6023 100,0	0,06	2,6	97,3	n=4141 100,0	0,03	0,4	99,5	n=8653 100,0	0,1	0,2	99,7
	нарушение зрения	n=16210 100,0	9,0	40,4	50,6	n=9758 100,0	15,0	39,0	46,0	n=24671 100,0	33,0	40,7	26,3

Продолжение Таблицы 18

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=194 100,0	19,0	31,0	50,0	n=204 100,0	17,6	26,5	55,9	n=1094 100,0	35,5	34,6	29,9
2018	нарушение слуха	n=5365 100,0	0,05	1,7	98,2	n=3785 100,0	0,08	0,3	99,6	n=8212 100,0	0,1	0,2	99,7
	нарушение зрения	n=14665 100,0	9,3	36,2	54,5	n=8566 100,0	14,9	37,7	47,4	n=21414 100,0	34,0	39,7	26,3
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=495 100,0	8,5	18,6	72,9	n=477 100,0	13,0	13,0	74,0	n=2509 100,0	26,7	26,8	46,5
2019	нарушение слуха	n=3321 100,0	0,06	2,1	97,8	n=1719 100,0	0,2	0,3	99,5	n=3507 100,0	0,25	0,5	99,2
	нарушение зрения	n=11749 100,0	10,3	34,2	55,5	n=7160 100,0	16,3	34,3	49,4	n=17968 100,0	35,6	38,0	26,4
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=475 100,0	9,5	17,9	72,6	n=412 100,0	16,7	19,4	63,9	n=2268 100,0	33,4	29,2	37,4
μ	нарушение слуха	n=4810 100,0	0,07	3,4	96,5	n=3234 100,0	0,2	1,0	98,5	n=6501 100,0	0,9	1,5	97,5
	нарушение зрения	n=13020 100,0	2,9	38,7	58,4	n=8072 100,0	14,8	39,1	46,1	n=19998 100,0	34,0	41,0	25,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=257 100,0	10,9	22,9	66,2	n=239 100,0	16,2	19,0	64,8	n=1284 100,0	32,0	29,5	38,5

Доля ППИ с одновременным нарушением слуха и зрения в общей структуре ППИ с нарушений сенсорных функций составила 2,6% (1780). Из них доля инвалидов трудоспособного возраста составила 27,8% (496), из них инвалиды I группы составили 13,3% (66), II группы 21,0% (104), III группы 65,7% (326).

Увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: с 0,01% в 2015г. до 0,3% в 2019 г.

Отмечено увеличение удельного веса ППИ с одновременным нарушением слуха и зрения в структуре ППИ вследствие стойких нарушений сенсорных функций с 0,2% (112) в 2015 г. до 6,3% (3155) в 2019 г.

В Санкт-Петербурге удельный вес ППИ вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата в среднем составил 2,1,% (721). Из них для инвалидов трудоспособного возраста составила 43,0% (323). Доля лиц в возрасте от 18 лет до 44 лет составила – 24,0% (171), среди них больше половины составляют лица с тяжелыми группами инвалидности: со II группой 42,1% (72), и I группой – 8,2% (14) удельный вес инвалидов III группы составил – 49,7% (85) – Таблица 19.

Доля инвалидов в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) составила 19,0% (135), из них более половины составляли лица с тяжелыми группами инвалидности: 51,1% (69) составили инвалиды II группы и I группы – 8,9% (12). Доля инвалидов III группы – 40,0% (54).

Доля лиц ППИ в пенсионном возрасте составила 57,0% (398), из них наибольшая доля инвалидов II группы – 57% (227) и I группы 24,3% (97), удельный вес инвалидов III группы 18,7% (74).

Удельный вес инвалидов вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в структуре ППИ в Санкт-Петербурге составляет с 2015 г. до 2019 г. оставался на уровне 0,6%. Наибольшее число ППИ вследствие болезней уха и сосцевидного отростка 51,0% среди лиц от 18 лет до 44 лет включительно, из них 99,0% составляют инвалиды III группы; примерно равное распределение ППИ среди лиц от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) включительно – 24,3 %, из них 100,0% инвалидов III группы и лиц ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) – 24,7% соответственно, из них 98,0% инвалиды III группы.

Изучено распределение ППИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека, возрасту и группам инвалидности в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг. (Таблица 20). В Санкт-Петербурге в структуре ППИ по видам стойких нарушений функций организма удельный вес стойких нарушений сенсорных функций в среднем занимает 3,0% (1039).

Распределение их по возрасту показало, что доля инвалидов в возрасте от 18 лет до 44 лет составил 35,2% (366), в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) 20,1% (209) – и 44,7% (464) – инвалиды ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины). Обращает внимание то, что более половины инвалидов в возрастных группах от 18 лет до 44 лет и от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) имеют III группу (67,8% (248) и 64,6% (135) соответственно) и II группу 26,5% (97) и 30,6% (64), удельный вес инвалидов I группы составил 5,7% (21) и 4,8% (10). В возрастной группе ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) доля инвалидов I группы составила 49,4% (229), II группы – 22,0% (102), III группы – 28,6% (133).

Доля нарушений функции зрения в структуре ППИ в Санкт-Петербурге в среднем за пять лет составил 62,2% (646). В структуре ППИ увеличилась доля инвалидов вследствие стойких нарушений функции зрения: с 1,3% в 2015 г. до 1,5% в 2019 г.

Отмечено увеличение удельного веса ППИ со стойкими нарушениями зрения в структуре ППИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека с 44,4% (570) в 2015 г. до 66,6% (428) в 2019 г.

В структуре стойких нарушений функции зрения доля инвалидов в возрасте от 18 лет до 44 лет – 32,0% (207), из них с I группой 9,2% (19), со II группой 42,5% (88) и 48,3% (100) с III группой. Удельный вес инвалидов от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины) – 17,0% (110), из них 11,0% (12) инвалиды I группы, 58,2% (64) инвалиды II группы и 30,8% (34) инвалиды III группы. Инвалиды ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) составили – 51,0% (329), из них 59,3% (195) инвалиды II группы и 25,5% (84) инвалиды I группы.

Таблица 19 – Распределение ППИ по формам болезней, по возрасту и группам инвалидности в Санкт-Петербурге, %

Год	Наименование классов и отдельных болезней	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2015	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=211 100,0	4,3	38,9	56,8	n=168 100,0	7,1	44,7	48,2	n=460 100,0	25,2	57,0	17,8
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=157 100,0	0,0	0,6	99,4	n=52 100,0	0,0	0,0	100,0	n=42 100,0	0,0	7,0	93,0
2016	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=226 100,0	8,0	39,0	53,0	n=154 100,0	7,1	50,7	42,2	n=401 100,0	24,2	56,4	19,4
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=109 100,0	0,0	1,8	98,2	n=52 100,0	0,0	0,0	100,0	n=53 100,0	0,0	5,7	94,3
2017	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=182 100,0	6,0	41,0	53,0	n=127 100,0	12,6	54,3	33,1	n=393 100,0	25,0	55,5	19,5
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=102 100,0	0,0	0,0	100,0	n=69 100,0	0,0	0,0	100,0	n=58 100,0	0,0	1,7	98,3

Продолжение Таблицы 19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2018	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=197 100,0	10,2	35,5	54,3	n=127 100,0	9,4	54,3	36,3	n=491 100,0	20,4	60,3	19,3
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=87 100,0	0,0	0,0	100,0	n=56 100,0	0,0	0,0	100,0	n=68 100,0	0,0	0,0	100,0
2019	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=121 100,0	8,3	38,0	53,7	n=101 100,0	7,9	53,5	38,6	n=247 100,0	30,0	53,8	16,2
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=79 100,0	0,0	0,0	100,0	n=26 100,0	0,0	0,0	100,0	n=41 100,0	0,0	0,0	100,0
μ	болезни глаза и его придаточного аппарата	n=171 100,0	8,2	42,1	49,7	n=135 100,0	8,9	51,1	40,0	n=398 100,0	24,3	57,0	18,7
	болезни уха и сосцевидного отростка	n=107 100,0	0,0	1,0	99,0	n=51 100,0	0,0	0,0	100,0	n=52 100,0	0,0	2,0	98,0

Таблица 20 – Распределение ППИ по стойким нарушениям сенсорных функций организма человека, возрасту и группам инвалидности в Санкт-Петербурге, %

Год	Основные видов стойких нарушений функций организма человека	от 18 лет до 44 лет				от 45 до 54 лет (жен.), от 45 до 59 лет (муж.)				≥ 55 лет (жен.) и ≥ 60 лет (муж.)			
		Всего	I	II	III	Всего	I	II	III	Всего	I	II	III
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2015	нарушение слуха	n=70 100,0	0,0	0,0	100,0	n=30 100,0	0,0	0,0	100,0	n=30 100,0	0,0	3,3	96,7
	нарушение зрения	n=113 100,0	10,6	89,4	0,0	n=92 100,0	13,0	87,0	0,0	n=365 100,0	31,2	68,8	0,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=2 100,0	0,0	100,0	0,0	n=0	0,0	0,0	0,0	n=2 100,0	50,0	50,0	0,0
2016	нарушение слуха	n=76 100,0	0,0	0,0	100,0	n=31 100,0	0,0	0,0	100,0	n=31 100,0	0,0	3,2	96,8
	нарушение зрения	n=264 100,0	9,8	38,3	51,9	122 100,0	0,7	51,6	47,7	n=325 100,0	27,7	54,8	17,5
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=3 100,0	0,0	100,0	0,0	n=0	0,0	0,0	0,0	n=3 100,0	33,3	66,7	0,0
2017	нарушение слуха	n=90 100,0	0,0	0,0	100,0	n=62 100,0	0,0	0,0	100,0	n=46 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=248 100,0	7,7	37,5	54,8	n=125 100,0	12,8	53,6	33,6	n=382 100,0	12,5	55,5	32,0
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=9 100,0	0,0	66,7	33,3	n=5 100,0	0,0	60,0	40,0	n=14 100,0	35,7	64,3	0,0
2018	нарушение слуха	n=73 100,0	0,0	0,0	100,0	n=46 100,0	0,0	0,0	100,0	n=59 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=264 100,0	9,5	33,0	57,5	n=120 100,0	10,0	52,5	37,5	n=381 100,0	18,4	61,2	20,4

Продолжение Таблицы 20

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=29 100,0	10,3	31,0	58,7	n=18 100,0	5,6	33,3	61,1	n=115 100,0	18,5	52,2	29,3
2019	нарушение слуха	n=64 100,0	0,0	0,0	100,0	n=18 100,0	0,0	0,0	100,0	n=30 100,0	0,0	0,0	100,0
	нарушение зрения	n=148 100,0	9,5	38,5	52,0	n=93 100,0	9,7	52,7	37,6	n=187 100,0	28,3	54,0	17,7
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=18 100,0	0,0	22,2	77,8	n=15 100,0	0,0	33,3	66,7	n=66 100,0	28,8	43,9	27,3
μ	нарушение слуха	n=75 100,0	0,0	0,0	100,0	n=37 100,0	0,0	0,0	100,0	n=39 100,0	0,0	1,0	99,0
	нарушение зрения	n=207 100,0	9,2	42,5	48,3	n=110 100,0	11,0	58,2	30,8	n=329 100,0	25,5	59,3	15,2
	одновременное нарушение слуха и зрения	n=12 100,0	8,0	42,0	50,0	n=8 100,0	0,0	25,0	75,0	n=40 100,0	27,5	50,0	22,5

Удельный вес стойких нарушений слуха в среднем за пять лет составил 14,5% (151). Самый высокий показатель стойких нарушений слуха отмечен в 2017 г. – 19,3% (198), самый низкий – в 2015 г. – 10,2% (130). В структуре стойких нарушений слуха инвалиды от 18 лет до 44 лет составляли 49,7% (75), 25,8% (39) инвалиды ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины), 24,5% (37) – инвалиды в возрасте от 45 до 54 лет (женщины), от 45 до 59 лет (мужчины). Во всех возрастных группах с преимуществом в 99,0–100,0% преобладают инвалиды III группы.

В структуре ППИ увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: с 0,01% в 2015 г. до 0,4% в 2019 г. В структуре ППИ по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека установлено увеличение удельного веса одновременных нарушений слуха и зрения с 0,3% (4) в 2015 г. до 15,4% (99) в 2019 г.

В структуре одновременных нарушений слуха и зрения лица трудоспособного возраста в среднем составили 33,3% (20), преимущественно II (35,0% – 7) и III группы (60,0% – 12). Удельный вес лиц ≥ 55 лет (женщины) и ≥ 60 лет (мужчины) – 66,7% (40), из них 50,0% (20) инвалиды II группы.

Сравнительный анализ ППИ по возрасту показал, что в Российской Федерации (55,0%) и в Санкт-Петербурге (55,0%) преобладают инвалиды трудоспособного возраста. В структуре ППИ в Санкт-Петербурге удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата (2,1%) в 1,3 раза ниже аналогичного показателя по Российской Федерации (3,6%). Доля болезней уха и сосцевидного отростка в Санкт-Петербурге (0,6%) ниже в 2,5 аналогичного показателя по Российской Федерации (1,5%).

В структуре ППИ вследствие нарушения сенсорных функций удельный вес одновременного нарушения слуха и зрения в Санкт-Петербурге (5,8%) в 2,5 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации (2,6%), удельный вес стойких нарушений слуха в Санкт-Петербурге (14,5%) в 1,4 раза ниже, чем по Российской Федерации (21,0%), при этом удельный вес стойких нарушений зрения примерно на одном уровне, как в Российской Федерации (59,4%), так и в Санкт-Петербурге (62,2%). По видам сенсорных нарушений удельный вес стойких

нарушений зрения в Санкт-Петербурге ниже в 1,1 раза аналогичного показателя по Российской Федерации, тогда как удельный вес стойких одновременных нарушений слуха и зрения в Санкт-Петербурге в 2,4 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации.

Таким образом, за период с 2015 г. по 2019 г. в структуре ППИ по Российской Федерации и Санкт-Петербургу увеличился удельный вес инвалидов вследствие стойких нарушений функции зрения: с 1,7% до 3,5% в Российской Федерации; с 1,3% до 1,5% в Санкт-Петербурге; увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: с 0,01% до 0,3% в Российской Федерации; с 0,01% до 0,4% в Санкт-Петербурге. Особенности первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в разных возрастных группах населения необходимо учитывать при анализе потребностей инвалидов для эффективной реализации типовых программ медико-социальной реабилитации данного контингента.

В главе использованы материалы следующих публикаций:

1. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации у лиц, впервые признанными инвалидами в Санкт-Петербурге в 2019 г. // Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, Е. В. Кароль, Е. А. Белавина // Материалы III национального конгресса с международным участием «Реабилитация – 21 век: Традиции и инновации». – 2020. – С. 156–159.

2. Горяйнова, М. В. Особенности первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в разных возрастных группах населения Санкт-Петербурга за 2006-2010 гг. / М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева, Н. В. Дубровская // Офтальмология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 14–16.

ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.)

4.1. Оценка показателей потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации по Российской Федерации

Реализация государственной программы «Доступная среда» и ее подпрограмм, направленных на создание в субъектах Российской Федерации моделей трудовой занятости инвалидов, обуславливают специфику регионального рынка труда при трудоустройстве инвалидов. Проанализированы показатели потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации на основе изучения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалидов с учетом ее структуры в ИПРА (профориентации и трудоустройства) и группы инвалидности.

В структуре разработанных ИПРА при первичном освидетельствовании удельный вес инвалидов I группы – 19,5%, II группы – 36,5%, III группы – 44,2%.

Показатель нуждаемости в профессиональной ориентации в среднем за пять лет составил 26,8%, при этом самый высокий показатель отмечен в 2019 г. – 29,4%. Удельный вес нуждаемости в профессиональной ориентации для инвалидов I группы – 1,8% (1627), II группы – 37,7% (34202), III группы – 60,5% (54924) – таблица 21.

Изучение потребности в трудоустройстве показало, что отмечен незначительный рост потребности с 27,5% в 2015 г. до 30,6% в 2019 г., при этом наиболее высокий удельный вес отмечен в 2019 г. – 30,6%, низкий в 2016 г. – 26,9%. В среднем за пять лет удельный вес нуждаемости инвалидов в содействии в трудоустройстве составил 27,9%. В содействии в трудоустройстве нуждалось только 1,3% (2837) инвалидов I группы, 41,8% (91625) инвалидов II группы, 56,9% (124742) инвалидов III группы.

Таким образом, анализ нуждаемости ВПИ в профессиональной реабилитации Российской Федерации показал, что, несмотря на абсолютное снижение количества разработанных ИПРА, удельный вес рекомендаций по профессиональной реабилитации увеличился с 30,6% в 2015 до 38,0% в 2019 г.; отмечен относительно высокий удельный вес нуждаемости в трудоустройстве инвалидов II группы (45,6% – 5816).

Анализ потребности ППИ в мероприятиях профессиональной реабилитации показал снижение абсолютного числа разработанных ИПРА при переосвидетельствовании с 1587013 в 2015 г. до 1198509 в 2019 г. Установлено снижение удельного веса ИПРА, разработанных при переосвидетельствовании с 69,6% в 2015 г. до 62,2% в 2019 г. В среднем за пять лет удельный вес нуждаемости ППИ в профессиональной ориентации составил 73,2%. Анализ по группам инвалидности показал, что в среднем в мероприятиях профессиональной ориентации нуждаются 1,8% (4404) инвалидов I группы, 36,4% (90165) у инвалидов II группы, 61,8% (152921) у инвалидов III группы. Самый высокий удельный вес нуждаемости в профессиональной ориентации отмечен в 2015 г. – 75,1%, самый низкий в 2019 г. – 70,6% (Таблица 21).

Анализ показал, что потребности в трудоустройстве ППИ показали, их удельный вес в 2,6 раза выше, чем у ВПИ и составил, в среднем, 72,1% (566827), из них у инвалидов I группы – 1,2% (6558), II группы – 40,8% (231423), III группы – 58,0% (328846).

Таким образом, сравнительный анализ рекомендации по профессиональной реабилитации граждан, признанных инвалидами по Российской Федерации за 5 лет с 2015 г. по 2019 г. показал, что установленная в бюро МСЭ потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации оказалась низкой: 16,2% в мероприятиях профессиональной ориентации и 37,7% нуждаемости в содействии в трудоустройстве. Преимущественно потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации у ППИ – 73,2% от общего количества рекомендаций в профессиональной ориентации и 72,1% от общего количества рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве.

Таблица 21 – Данные распределения рекомендаций по профессиональной реабилитации граждан (по Российской Федерации), %

Год	Рекомендации	ВПИ	I группы	II группы	III группы	ППИ	I группы	II группы	III группы
2015	профессиональная ориентация	n=96153 100,0	1,9	38,5	59,6	n=290216 100,0	2,1	34,6	63,3
	содействие в трудоустройстве	n=291890 100,0	0,9	44,3	45,2	n=770260 100,0	0,9	41,5	57,6
2016	профессиональная ориентация	n=93166 100,0	0,9	38,2	60,9	n=260369 100,0	1,1	37,4	61,5
	содействие в трудоустройстве	n=217079 100,0	0,7	42,5	56,8	n=589364 100,0	0,8	41,4	42,2
2017	профессиональная ориентация	n=87649 100,0	1,3	37,9	60,8	n=237187 100,0	3,7	37,3	59,0
	содействие в трудоустройстве	n=200891 100,0	0,9	41,5	57,6	n=535886 100,0	1,0	41,7	57,3
2018	профессиональная ориентация	n=84525 100,0	1,8	36,8	61,4	n=228523 100,0	1,7	37,1	61,2
	содействие в трудоустройстве	n=190212 100,0	1,4	40,0	58,6	n=493871 100,0	1,3	40,5	58,2
2019	профессиональная ориентация	n=92173 100,0	3,0	37,0	60,0	n=221256 100,0	2,6	36,0	61,4
	содействие в трудоустройстве	n=195947 100,0	2,8	39,3	57,9	n=444753 100,0	2,0	38,2	59,8
μ	профессиональная ориентация	n=90753 100,0	1,8	37,7	60,5	n=247490 100,0	1,8	36,4	61,8
	содействие в трудоустройстве	n=219204 100,0	1,3	41,8	56,9	n=566827 100,0	1,2	40,8	58,0

4.2. Оценка показателей потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации по Санкт-Петербургу

Проанализированы показатели потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации в Санкт-Петербурге.

Доля рекомендаций о необходимости профессиональной ориентации при первичном освидетельствовании составила в среднем за пять лет 31,4% – таблица 15. Потребность в профессиональной ориентации определена у более половины – 57,8% (2979) инвалидов II группы; 39,8% (2052) у инвалидов III группы и 2,4% (121) у инвалидов I группы. Отмечено незначительный рост удельного веса рекомендаций по профессиональной ориентации с 28,0% в 2015 г. до 31,4% в 2019 г.

Доля рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве у ВПИ в Санкт-Петербурге составила в среднем 33,0% (20455) от общего числа реабилитационных мероприятий, при этом отмечен рост удельного веса с 30,6% в 2015 г. до 38,0% в 2019 г. В содействии в трудоустройстве нуждались 2,6% (330) инвалидов I группы, 45,6% (5816) инвалидов II группы, 51,8% (6596) инвалидов III группы. Таким образом, анализ рекомендации по профессиональной реабилитации граждан, ВПИ по Санкт-Петербургу за 5 лет с 2015 г. по 2019 г. показал, что потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации имеет тенденцию к росту, о чем свидетельствует увеличение удельного веса за 5 лет наблюдений рекомендаций по профессиональной ориентации с 28,05 в 2015 г. до 34,4% в 2019 г. и рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве с 30,6% в 2015 г. до 38,0% в 2019 г.

Анализ потребности ППИ в профессиональной ориентации показал, что в среднем их удельный вес за пять лет составил 68,9% (Таблица 22). Доля рекомендаций по профессиональной ориентации для инвалидов I группы составила 1,5% (256), для II группы – 42,3% (7007), для III группы – 56,2% (9320). При этом доля рекомендаций о необходимости профессиональной ориентации уменьшилась с 72,0% в 2015 г. до 65,6% в 2019 г.

Отмечено, что удельный вес рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве в Санкт-Петербурге при переосвидетельствовании (67,0%) в 2 раза выше, чем при первичном освидетельствовании (33,0%). Установленная в бюро МСЭ потребность в содействии в трудоустройстве для инвалидов III группы составила 50,6% (13023), инвалидов II группы – 47,8% (12330), инвалидов I группы – 1,6% (423). Установлена тенденция снижения удельного веса рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве с 69,4% в 2015 г. до 62,0% в 2019 г.

Анализ потребностей ППИ в мероприятиях профессиональной реабилитации в Санкт-Петербурге за 5 лет с 2015 г. по 2019 г. показал, что удельный вес рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве в Санкт-Петербурге при переосвидетельствовании (67,0%) в 2 раза выше, чем при первичном освидетельствовании (33,0%), при этом удельный вес рекомендаций в профессиональной ориентации составил 68,9%, нуждаемости в содействии в трудоустройстве – 67,0%.

Сравнительный анализ рекомендации по профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации и Санкт-Петербурге показал, что в Санкт-Петербурге, как и в Российской Федерации, за пятилетний период у инвалидов установлена относительно низкая потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации. Однако удельный вес рекомендаций о необходимости профессиональной ориентации в среднем за пять лет в Санкт-Петербурге составил 35,1% от общего числа реабилитационных мероприятий, что в 2,2 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации (16,2%). Доля рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве в Санкт-Петербурге составила 62,2% от общего числа реабилитационных мероприятий, что в 1,7 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации (37,7%).

Таблица 22 – Данные распределения рекомендаций по профессиональной реабилитации граждан (по Санкт-Петербургу), %

Год	Рекомендации	ВПИ	из них инвалидам:			ППИ	из них инвалидам:		
			I группы	II группы	III группы		I группы	II группы	III группы
2015	профессиональная ориентация	n=7003 100,0	1,8	43,6	45,4	n=17967 100,0	1,7	46,3	52,0
	содействие в трудоустройстве	n=13908 100,0	1,2	46,5	52,3	n=31553 100,0	1,4	49,0	49,6
2016	профессиональная ориентация	n=7981 100,0	0,9	44,5	54,7	n=18285 100,0	1,2	47,2	51,6
	содействие в трудоустройстве	n=11857 100,0	0,7	46,8	52,5	n=26121 100,0	0,9	49,5	49,6
2017	профессиональная ориентация	n=7517 100,0	1,3	46,3	52,4	n=16406 100,0	1,4	48,7	49,9
	содействие в трудоустройстве	n=12481 100,0	1,2	47,9	50,9	n=25994 100,0	1,0	49,5	49,5
2018	профессиональная ориентация	n=6698 (33,0)	1,8	45,4	52,8	n=13627 100,0	1,9	48,1	50,0
	содействие в трудоустройстве	n=12471 100,0	1,9	46,0	52,1	n=24030 100,0	1,3	48,6	50,1
2019	профессиональная ориентация	n=4543 100,0	4,3	39,0	56,7	n=8646 100,0	3,0	40,8	56,2
	содействие в трудоустройстве	n=12994 100,0	7,8	41,2	51,0	n=21182 100,0	4,0	41,2	54,8
μ	профессиональная ориентация	n=5152 100,0	2,4	57,8	39,8	n=14986 100,0	1,7	46,7	51,6
	содействие в трудоустройстве	n=12742 100,0	2,6	45,6	51,8	n=25776 100,0	1,6	47,8	50,6

В главе использованы материалы следующих публикаций:

1. Горяйнова, М. В. Потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации (на примере Санкт-Петербурга) / М. В. Горяйнова, И. В. Горяйнов // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург : Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2020. – С. 240–243.

2. Показатели потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации / М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева, А. А. Нурова [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 2. – С. 37–43. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2021.2.37-43.

ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТИ ИНВАЛИДОВ В ТРУДОУСТРОЙСТВЕ НА СПЕЦИАЛЬНОМ РАБОЧЕМ МЕСТЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПО СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ЗА 5 ЛЕТ (2015–2019 гг.)

5.1. Потребность инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге

В настоящих условиях научный интерес вызывают вопросы удовлетворения потребностей инвалидов в трудоустройстве и создании специальных рабочих мест. Трудоустройство инвалидов I и II групп, имеющих ограничения способности к трудовой деятельности 2-й и 3-й степени, предполагает организацию специальных условий труда, в том числе создание специальных рабочих мест.

Инвалиды с выраженными сенсорными нарушениями могут трудиться на специально созданных рабочих местах (СРМ). Рекомендации по созданию СРМ для трудоустройства инвалидов содержатся в ИПРА инвалида, разрабатываемой специалистами бюро МСЭ. СРМ являются организационным инструментом, позволяющий инвалидам разных патологий с учётом их индивидуальных особенностей быть включёнными в трудовую деятельность.

Создание СРМ для трудоустройства инвалида в Российской Федерации регулируется Федеральным законом от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ. Согласно статье 22, специальные рабочие места для трудоустройства инвалидов – рабочие места, требующие дополнительных мер по организации труда, включая адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, дополнительного оснащения и обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов. СРМ для трудоустройства

инвалидов оснащаются (оборудуются) работодателями с учетом нарушенных функций инвалидов и ограничений их жизнедеятельности в соответствии с приказом Минтруда России от 19.11.2013 «Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности» № 685н. Создание СРМ для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями является основным инструментом их трудоустройства и занятости, будет способствовать наиболее полной их интеграции в общество и реализации собственных возможностей и внутреннего потенциала.

Проведен анализ нуждаемости в трудоустройстве на СРМ по Российской Федерации за 5 лет с 2015 г. по 2019 г. (Таблица 23). Среди общего контингента инвалидов (ВПИ и ППИ) за пять лет рекомендации о нуждаемости в трудоустройстве на СРМ в среднем оформлены 57746 инвалидам, что составило 7,3% от всех рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве. Самый высокий удельный вес рекомендаций отмечен в 2015 г. – 18,2%, низкий в 2017 г. – 1,4%.

В общей структуре рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ удельный вес для ВПИ в среднем за 5 лет составил 27,7% (15977). Рекомендации преимущественно оформлялись в основном инвалидам II группы – 89,8% (14341). Для ППИ удельный вес рекомендаций в среднем составил 72,3%, из них 88,4% (36937) для инвалидов II группы. Отмечено снижение в 10,9 раз показателя потребности в создании СРМ за этот период: в 2019 г. СРМ рекомендовано 530 инвалидам по сравнению с 2015 г. 5809 инвалидам.

Приказ Росстата от 22.12.2017 г. № 859 регламентирует учет рекомендаций по оснащению СРМ для трудоустройства инвалидов по зрению, по слуху, с одновременным нарушением функций зрения и слуха в форме статистической отчетности 7-собес. Согласно данному приказу, сведения по оснащению СРМ в форме 7-собес предоставляются специалистами МСЭ с 2018 г. Поэтому проанализированы показатели по созданию СРМ для трудоустройства инвалидов, страдающих расстройством сенсорных функций за два года: 2018–2019 гг.

Таблица 23 – Данные рекомендаций в содействии в трудоустройстве на СРМ (по Российской Федерации), %

Год	Рекомендации	ВПИ	I	II	III	ППИ	I	II	III
2015	содействие в СРМ	n=54639 100,0	1,9	97,9	0,2	n=138237 100,0	2,7	97,0	0,3
2016	содействие в СРМ	n=2672 100,0	11,5	82,7	5,8	n=10992 100,0	10,8	85,5	3,7
2017	содействие в СРМ	n=2038 100,0	20,2	75,0	4,8	n=8205 100,0	17,9	77,8	4,3
2018	содействие в СРМ	n=10541 100,0	8,2	73,9	17,9	n=26945 100,0	11,3	70,6	18,1
	по зрению	n=1289 100,0	27,7	61,8	0,5	n=5218 100,0	28,7	64,4	6,8
	по слуху	n=605 100,0	0,2	2,3	97,5	n=1956 100,0	0,7	8,9	90,3
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=5 100,0	0,8	99,2	0,0	n=118 100,0	61,9	34,7	3,4
2019	содействие в СРМ	n=9994 100,0	10,3	66,9	22,8	n=24469 100,0	14,7	64,4	20,9
	по зрению	n=1643 100,0	28,5	53,3	18,2	n=5981 100,0	28,7	57,4	13,9
	по слуху	n=973 100,0	0,3	2,5	97,2	n=2234 100,0	0,8	13,0	86,2
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=15 100,0	26,7	53,3	20,0	n=122 100,0	51,6	45,9	3,5
μ	содействие в СРМ	n=15977 100,0	4,6	89,8	6,6	n=41769 100,0	6,2	88,4	5,4
2018- 2019	по зрению	n=1466 100,0	28,2	57,0	14,8	n=5599 100,0	28,7	60,7	10,6
	по слуху	n=789 100,0	0,3	2,4	97,3	n=4068 100,0	0,4	5,7	93,9
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=10 100,0	30,0	60,0	10,0	n=120 100,0	56,7	40,0	3,3

Для достижения поставленной в диссертационном исследовании цели, специально изучены потребности по оснащению СРМ для инвалидов с нарушениями сенсорных функций (зрения, слуха, одновременного нарушения функции зрения и слуха).

При первичном освидетельствовании инвалидов по зрению в среднем (2018–2019 гг.) рекомендаций по оснащению СРМ дано 7065, что из общего числа оформленных рекомендаций по оснащению СРМ (20,8%). Анализ оформленных рекомендаций инвалидам со стойкими нарушениями функции зрения для создания СРМ с учетом групп инвалидности показал, что СРМ рекомендованы 85,2% инвалидов II и I группы: инвалидам II группы – 57,0% (836), I группы – 28,2% (413). Инвалидам III группы рекомендаций по созданию СРМ дано 14,8% (217).

Рекомендаций в трудоустройстве на СРМ инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения при повторном освидетельствовании дано 5599, что составило 79,2%. Анализ структуры рекомендаций в создании СРМ у ППИ по зрению с учетом группы инвалидности показал, что 60,7% (3398) рекомендаций по созданию СРМ дано инвалидам II группы, инвалидам I группы – 28,7% (1607), инвалидам III группы 10,6% (594).

Для оснащения СРМ ВПИ со стойкими нарушениями функции слуха всего, за 2018-2019 гг., в среднем, дано 4857 рекомендаций, из них 16,2% (789) для ВПИ, и 83,8% (4068) для ППИ., В структуре рекомендаций в создании СРМ как у ВПИ, так и ППИ превалировала доля инвалидам III группы – 97,3% (768) и 93,9% (3820) соответственно.

Для оснащения СРМ инвалидов с одновременным нарушением функций зрения и слуха в Российской Федерации в среднем рекомендовано 130 инвалидам. Удельный вес рекомендаций у ВПИ составил всего 7,7% (10). Распределение из них 60,0% (6) у инвалидов II группы, 30,0% (3) у инвалидов I группы, 10,0% (1) у инвалидов III группы.

Удельный вес рекомендаций для оснащения СРМ для инвалидов с одновременным нарушением функций зрения и слуха для ППИ составил 92,3%

(120), из них более половины у инвалидов I группы – 56,7% (68), у инвалидов II группы 40,0% (48), у инвалидов III группы 3,3% (4).

Обращает внимание, что в 2019 г. удельный вес рекомендаций по оснащению СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями зрения в сравнении с 2018 г. увеличился в 1,4 раза (22,1% (7624) в 2019 г. и 17,4% (6507) в 2018 г.).

Удельный вес рекомендаций по оснащению СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями слуха увеличился в 1,3 раза: в 2019 г. – 9,3% (3207) в сравнении с 2018 г. 6,8% (2561).

Удельный вес рекомендаций по оснащению СРМ для инвалидов с одновременным нарушением функции зрения и слуха увеличился в 1,3 раза: в 2019 г. – 0,3% (123) в сравнении с 2018 г. – 0,4% (137).

При переосвидетельствовании удельный вес рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на специальном рабочем месте, оснащенном (оборудованном) с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида (72,3%) в среднем в 2,6 раза выше, чем при первичном освидетельствовании (27,7%). Удельный вес рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ у инвалидов I группы составил 6,2% (2602), II группы – 88,4% (36937), III группы 5,4% (2230).

Таким образом, отмечено незначительное увеличение удельного веса рекомендаций по оснащению СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями при первичном освидетельствовании: для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения с 19,8% в 2018г. до 21,5% в 2019 г.; для инвалидов со стойкими нарушениями функции слуха с 23,6% в 2018 г. до 30,3% в 2019 г.; для инвалидов с одновременным нарушением функции зрения и слуха с 4,1% в 2018 г. до 10,9% в 2019 г.

В Санкт-Петербурге удельный вес выданных рекомендации о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ, оснащенном (оборудованном) с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности инвалида для ВПИ и ППП составил в среднем 3,7% от всех рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве (Таблица 24). При первичном освидетельствовании удельный

вес рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на специальном рабочем месте в среднем составил 27,2% (383), что в 2,7 раза ниже, чем при повторном освидетельствовании 72,8% (1029).

В содействии в трудоустройстве на СРМ нуждаются преимущественно II группы – 88,4% (338) и I группы – 8,4% (32), среди ППИ в содействии в трудоустройстве на СРМ нуждаются инвалиды II группы – 86,6% (891) и I группы 10,5% (108). Высокий показатель удельного веса рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ в структуре рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве в Санкт-Петербурге отмечен в 2015 г. – 12,8% (5809), что в 8,5 раз выше аналогичного показателя в 2019 г. – 1,5% (530).

В Санкт-Петербурге отмечено резкое снижение количества рекомендаций о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ в 2016 г. 0,3% (100) и в 2017 г. – 0,3% (117), при этом в 2018 г. и 2019 г. удельный вес рекомендаций незначительно увеличился и составил 1,4% (517) и 1,5% (530) соответственно.

В Санкт-Петербурге за 2018-2019 гг. в среднем ежегодно оформляется 260 рекомендаций по созданию СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения. Анализ показал, что дано 22,1% (57) для ВПИ, из них преимущественно у инвалидов II группы – 72,0% (41) и I группы 19,2 % (11).

Удельный вес рекомендаций по оснащению СРМ для ППИ составил 77,9% (203), из них преимущественно у инвалидов II группы – 73,4% (149) и I группы 21,7% (44) Обращает внимание, что удельный вес рекомендаций по оснащению СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения в 2018 г. (56,2%) выше, чем в 2019 г.(44,3%) в 1,2 раза.

Для оснащения СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями функции слуха в среднем за 2018-2019 гг. дано 62 рекомендаций, из них 26,6% (16) при первичном освидетельствовании и 73,4% (46) при повторном освидетельствовании, с преимуществом инвалидов III группы – 93,8% (15) и 82,6% (39) соответственно. Для оснащения СРМ для инвалидов с одновременным

нарушением функций зрения и слуха дано 15 рекомендаций, из них 6,7% (1) при первичном освидетельствовании, преимущественно у инвалидов I группы – 100,0% и 93,3% (14) при переосвидетельствовании, в равной степени для инвалидов I группы – 50,0% (7) и II группы – 50,0% (7).

Таким образом, сравнительный анализ о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ по Российской Федерации и Санкт-Петербургу показал, что удельный вес рекомендаций низкий в Российской Федерации (7,3%), и в Санкт-Петербурге (3,7%). Анализ в динамике изучаемого периода установил тенденцию увеличения потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации преимущественно с созданием СРМ специальных рабочих мест у инвалидов с сенсорными нарушениями в Российской Федерации и тенденцию уменьшения потребности в Санкт-Петербурге. Низкие показатели рекомендаций по оснащению СРМ, возможно связаны с отсутствием в Санкт-Петербурге, как и в целом в Российской Федерации, четкого алгоритма по созданию СРМ при трудоустройстве инвалидов. Для создания алгоритма профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями необходим мультифункциональный подход: выявление потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации специалистами бюро МСЭ, формирующих рекомендации о необходимости создания СРМ, взаимодействие со службой занятости населения и, непосредственно, с работодателем, технические средства реабилитации. При этом обращает внимание, что в статистической форме 7-собес, только начиная с 2018 г., регламентирована необходимость оформления рекомендаций по созданию СРМ для инвалидов с нарушениями сенсорных функций.

Таблица 24 – Данные рекомендаций в содействии в трудоустройстве на СРМ (по Санкт-Петербургу), %

Год	Рекомендации	ВПИ	Группа			ППИ	Группа		
			I	II	III		I	II	III
2015	содействие в СРМ	n=1618 100,0	3,8	96,2	0,0	n=4191 100,0	5,1	94,9	0,0
2016	содействие в СРМ	n=20 100,0	55,0	40,0	5,0	n=80 100,0	63,7	28,7	7,6
2017	содействие на СРМ	n=36 100,0	80,5	19,5	0,0	n=81 100,0	74,1	19,7	6,2
2018	содействие на СРМ	n=98 100,0	27,5	55,1	17,3	n=409 100,0	27,9	59,7	12,4
	по зрению	n=50 100,0	22,0	78,0	0,0	n=235 100,0	22,5	77,5	0,0
	по слуху	n=7 100,0	0,0	0,0	100,0	n=26 100,0	0,0	15,4	84,6
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=0	0,0	0,0	0,0	n=20 100,0	50,0	50,0	0,0
2019	содействие в СРМ	n=145 100,0	20,0	46,9	33,1	n=385 100,0	26,5	50,7	22,8
	по зрению	n=65 100,0	16,9	67,7	15,4	170 100,0	21,2	68,2	10,6
	по слуху	n=26 100,0	0,0	7,7	92,3	n=65 100,0	1,5	16,9	81,6
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=1 100,0	100,0	0,0	0,0	n=9 100,0	44,4	55,6	0,0
μ	на СРМ	n=383 100,0	8,4	88,4	3,2	n=1029 100,0	10,5	86,6	2,9
μ 2018 - 2019	из них: по зрению	n=57 100,0	19,2	72,0	8,8	n=203 100,0	21,7	73,4	4,9
	по слуху	n=16 100,0	0,0	6,2	93,8	n=46 100,0	2,2	15,2	82,6
	с одновременным нарушением функций зрения и слуха	n=1 100,0	100,0	0,0	0,0	n=14 100,0	50,0	50,0	0,0

5.2. Потребность инвалидов в тифло- и сурдотехнических средствах реабилитации в Санкт-Петербурге

Для преодоления ограничений жизнедеятельности и барьеров повседневной жизни, в том числе и в работе, инвалиды используют технические средства реабилитации (ТСР). К техническим средствам реабилитации инвалидов относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида (Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»). Наиболее важное значение ТСР приобретают для инвалидов с сенсорными нарушениями.

Проведено изучение рекомендаций по техническим средствам реабилитации в ИПРА граждан, признанных инвалидами в Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг. для инвалидов с сенсорными нарушениями (Таблица 25).

Для компенсации выраженных нарушений функций органа зрения слепые и слабовидящие используют тифлотехнические средства.

Специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения для инвалидов со зрительными нарушениями предназначены для компенсации ограничений способности к обучению, общению, трудовой деятельности, а также овладению навыками самообслуживания. В среднем в год удельный вес рекомендаций данных ТСР составляет 4,1% (1170) от общего числа ТСР, при этом большую часть – 79,2% (926) при повторном освидетельствовании, из них 77,1% (714) для инвалидов II группы.

Среди ВПИ специальные устройства для чтения «говорящие книги» и специальные устройства для коррекции слабовидения в 82,4% (201) случаев рекомендованы инвалидам II группы, 17,6% (43) инвалидам I группы, для инвалидов III группы не назначены; среди ППИ 77,1% (714) для инвалидов II группы, 22,8% (211) инвалидам I группы, 0,09% (1) для инвалидов III группы.

Собак-проводников с комплектом снаряжения рекомендуют для преодоления ограничения ориентации и безопасного передвижения инвалидов по зрению I группы. В целом удельный вес данных рекомендаций составляет 0,04% (10) от всех рекомендованных ТСР, в 100,0% (10) при повторном освидетельствовании.

Для самостоятельного передвижения, свободной ориентации, а также свободного пользования общественного транспорта инвалиды с нарушениями зрения используют тактильные трости. В среднем в Санкт-Петербурге рекомендуется 694 тактильных тростей в год, что составляет 2,4% от всех рекомендованных ТСР для инвалидов. Из них 77,1% (535) рекомендуется при повторном освидетельствовании, из которых 70,7% (378) для инвалидов II группы, 29,3% (157) для инвалидов I группы; удельный вес рекомендаций тактильных тростей при первичном освидетельствовании составляет в среднем 22,9% (159), из них 78,0% (124) для инвалидов II группы, 22,0% (35) для инвалидов I группы. Для инвалидов III группы тактильные трости не назначаются.

Для инвалидов с патологией слуха для компенсации ограничений способности к общению и ориентации рекомендуют сигнализаторы звука световые и вибрационные, а также слуховые аппараты, в том числе, с ушными вкладышами индивидуального изготовления. В среднем в год рекомендуется 2167 сигнализаторов звука, что составляет 7,6% от общего числа рекомендованных ТСР, из которых 87,6% (1899) рекомендуются при повторном освидетельствовании, из них 65,7% (1247) для инвалидов II группы, 28,8 (547) для инвалидов III группы, 5,5% (105) для инвалидов I группы; при первичном освидетельствовании удельный вес рекомендаций сигнализаторов звука в среднем составляет 12,4% (268), из которых 78,7% (211) для инвалидов III группы, 17,5% (947) для инвалидов II группы, 3,2% (10) для инвалидов I группы.

Удельный вес слуховых аппаратов, в том числе, с ушными вкладышами индивидуального изготовления от всех рекомендованных ТСР составил 9,0% (2571), из них 87,8% (2257) у ППИ, 69,5% (1569) из которых составили инвалиды II группы, 24,6% (556) инвалиды III группы, 5,9% (132) инвалиды I группы.

Таблица 25 – Данные по тифло- и сурдотехническим средствам реабилитации в Санкт-Петербурге, %

Год	Техническое средство	в том числе:							
		ВПИ	из них инвалидам:			ППИ	из них инвалидам:		
			I	II	III		I	II	III
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
2015	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=268 100,0	16,0	84,0	0,0	n=1238 100,0	19,6	80,1	0,3
	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0	0,0	0,0	0,0	n=9 100,0	100,0	0,0	0,0
	трости тактильные	n=105 100,0	22,9	77,1	0,0	n= 468 100,0	30,8	69,2	0,0
	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=114 100,0	6,1	14,9	79,0	n=1282 100,0	5,1	58,1	36,9
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=179 100,0	1,1	24,0	74,9	n=2119 100,0	5,8	68,9	25,3
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=48 100,0	2,0	4,0	94,0	n=590 100,0	3,0	42,2	54,8
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=35 100,0	0,0	5,7	94,3	n=458 100,0	3,0	30,5	66,5
2016	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=269 100,0	14,1	85,9	0,0	n=1190 100,0	19,4	80,5	0,1
	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0	0,0	0,0	0,0	n=11 100,0	100,0	0,0	0,0
	трости тактильные	n=158 100,0	38	120	0,0	n=690 100,0	30,4	69,6	0,0

Продолжение Таблицы 25

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
2016	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=164 100,0	3,0	22,0	75,0	n=1847 100,0	4,6	67,0	28,4
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=222 100,0	3,6	23,4	73,0	n=2302 100,0	4,9	77,8	17,3
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=77 100,0	0,0	19,5	80,5	n=698 100,0	4,3	51,6	44,1
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=60 11,2	0,0	20,0	80,0	n=476 100,0	4,0	37,6	58,4
2017	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=331 100,0	40 12,0	291 88,0	0 0,0	n=1059 100,0	207 19,5	852 80,5	0 0,0
	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	n=8 100,0	8 100,0	0 0,0	0 0,0
	трости тактильные	n=185 100,0	19,5	80,5	0,0	n=587 100,0	30,5	69,5	0,0
	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=264 100,0	3,8	19,3	76,9	n=2341 100,0	4,0	70,0	26,0
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=336 100,0	3,3	21,4	75,3	n=2666 100,0	4,8	72,3	22,9
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=111 100,0	2,7	16,2	81,1	n=878 100,0	2,8	57,2	40,0
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=109 100,0	2,8	12,8	84,4	n=848 100,0	2,9	55,8	41,3
2018	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=165 100,0	29,0	71,0	0,0	n=710 100,0	30,1	69,9	0,0

Продолжение Таблицы 25

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
2018	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0 100,0	0,0	0,0	0,0	n=13 100,0	100,0	0,0	0,0
	трости тактильные	n=160 100	27,5	72,5	0,0	n=646 100	26,3	73,7	0,0
	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=378 100,0	4,0	17,2	78,8	n=2199 100,0	6,5	65,8	27,7
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=401 100,0	3,7	19,2	77,1	n=2355 100,0	6,7	67,6	25,7
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=196 100,0	2,5	15,8	81,7	n=904 100,0	4,8	56,3	38,9
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=182 100,0	2,2	15,4	82,4	n=836 100,0	38 4,5	457 54,7	341 40,8
2019	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=268 100,0	16,0	84,0	0,0	n=1238 100,0	19,6	80,1	0,3
	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0	0,0	0,0	0,0	n=9 100,0	100,0	0,0	0,0
	трости тактильные	n=105 100,0	22,9	77,1	0,0	n= 468 100,0	30,8	69,2	0,0
	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=114 100,0	6,1	14,9	79,0	n=1282 100,0	5,1	58,1	36,9
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=179 100,0	1,1	24,0	74,9	n=2119 100,0	5,8	68,9	25,3
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=48 100,0	2,0	4,0	94,0	n=590 100,0	3,0	42,2	54,8

Продолжение Таблицы 25

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=35 100,0	0,0	5,7	94,3	n=458 100,0	3,0	30,5	66,5
μ	специальные устройства для чтения «говорящих книг», специальные устройства для коррекции слабовидения	n=269 100,0	14,1	85,9	0,0	n=1190 100,0	19,4	80,5	0,1
	собаки–проводники с комплектом снаряжения	n=0	0,0	0,0	0,0	n=11 100,0	100,0	0,0	0,0
	трости тактильные	n=158 100,0	38	120	0,0	n=690 100,0	30,4	69,6	0,0
	сигнализаторы звука световые и вибрационные	n=164 100,0	3,0	22,0	75,0	n=1847 100,0	4,6	67,0	28,4
	слуховые аппараты, в т.ч.с ушными вкладышами индивидуального изготовления	n=222 100,0	3,6	23,4	73,0	n=2302 100,0	4,9	77,8	17,3
	телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами	n=77 100,0	0,0	19,5	80,5	n=698 100,0	4,3	51,6	44,1
	телефонные устройства с текстовым выходом	n=60 11,2	0,0	20,0	80,0	n=476 100,0	4,0	37,6	58,4

Для адекватного получения информации путем ее вывода в текстовом формате инвалидам со значительным поражением органа слуха рекомендуют телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами и телефонные устройства с текстовым выходом. В среднем в год рекомендуется 1118 телевизоров с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами, что составляет 3,9%, из них 14,9% (167) при первичном освидетельствовании, 85,1% (951) при повторном освидетельствовании. Рекомендаций среди ВПИ распределились следующим образом: 82,0% (137) телевизоров рекомендуются для инвалидов III группы, 15,6% (26) для инвалидов II группы, 2,4% (4) для инвалидов I группы; при повторном освидетельствовании 56,6% (539) рекомендовано для инвалидов II группы, 39,0% (370) для инвалидов III группы, 4,0% (42) для инвалидов I группы.

Таким образом, проведенный анализ ИПРА показал, что у инвалидов с сенсорной патологией установлена высокая нуждаемость в ТСР, которая удовлетворена полной обеспеченностью инвалидов ТСР, выявленной при повторном освидетельствовании. Обеспечение ТСР инвалидов с нарушением сенсорных функций позволяют компенсировать имеющиеся ограничения в основных категориях жизнедеятельности: самостоятельном передвижении, обучении, общении, ориентации, трудовой деятельности, что важно для реализации мероприятий профессиональной реабилитации.

5.3. Анализ индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида по результатам создания специальных рабочих мест в Российской Федерации и Санкт-Петербурге

Реализация раздела профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида возложена на орган исполнительной власти в области труда и занятости. В связи с этим значительно повысилась актуальность межведомственного взаимодействия учреждений МСЭ и службы занятости, поскольку вносить заключение о нуждаемости инвалида в проведении мероприятий

профессиональной реабилитации в ИПРА обязаны специалисты МСЭ, а удовлетворить нуждаемость инвалида в профессиональной реабилитации обязаны специалисты СЗН. С целью выполнения поставленных задач диссертационного исследования, проведен анализ результатов выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) при переосвидетельствовании в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг. (Таблица 26).

Ранее установлено, что в среднем в год для ВПИ выдается 15977 рекомендаций по созданию СРМ в Российской Федерации и 383 в Санкт-Петербурге. При этом в 2015 г. в Российской Федерации создано 3902 специальных рабочих места, что составило 24,4% от рекомендованных, в 2016 г. создано 2996 СРМ (18,8%), в 2017 г. 852 СРМ (5,3%), в среднем в год создается 2583 СРМ (16,2% от рекомендованных).

В среднем в год для ВПИ выдается 383 рекомендаций по СРМ в Санкт-Петербурге, при этом в 2015 г. создано 101 СРМ, что составило 26,4% от рекомендованных, в 2016 г. 67 СРМ (17,5%), в 2017 г. 46 СРМ (12,0%). В среднем в год создается 71 СРМ (18,6% от рекомендованных).

Таблица 26 – Данные реализации ИПРА инвалида по созданию СРМ (по Российской Федерации и Санкт-Петербургу)

Год	Российская Федерация		Санкт-Петербург	
	Создано СРМ		Создано СРМ	
	абс.	%	абс.	%
2015	3902	24,4	101	26,4
2016	2996	18,8	67	17,5
2017	852	5,3	46	12,0
μ	2583	16,2	71	18,6

За три года средний показатель создания СРМ для инвалидов составил 16,2% по Российской Федерации и 18,6% по Санкт-Петербургу.

Приказом Росстата от 22 декабря 2017 г. «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы № 859» внесены изменения в раздел 3.1 (рекомендации по реабилитации и абилитации граждан, признанных инвалидами). Как сказано выше, начиная с 2018 г., в форме отчетности 7-собес выделены рекомендации по созданию СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями (по зрению, по слуху, с одновременным нарушением функции зрения и слуха). При этом в разделе 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании), отсутствуют сведения о создании СРМ, поэтому оценить результаты выполнения рекомендаций по созданию СРМ, начиная с 2018 г., не представляется возможным.

Для разработки региональной модели создания СРМ проведен анализ рекомендаций по созданию СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения, поскольку доля их рекомендаций по созданию СРМ составляет 50,2% от рекомендаций по созданию СРМ для всех инвалидов, имеющих стойкие нарушения сенсорных функций.

В Санкт-Петербурге ежегодно выдается 260 рекомендаций по СРМ для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения, из них 57 (21,9%) для ВПИ. Для инвалидов со стойкими нарушениями слуха выдается 62 рекомендации, из них 16 (25,8 %) для ВПИ. Для инвалидов с одновременным нарушением функций зрения и слуха – 15 рекомендаций в СРМ, из них 1(6,7%) для ВПИ.

С целью прогнозирования тенденции создания СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями использован метод экспоненциальной аппроксимации (Рисунок 1, Рисунок 2).

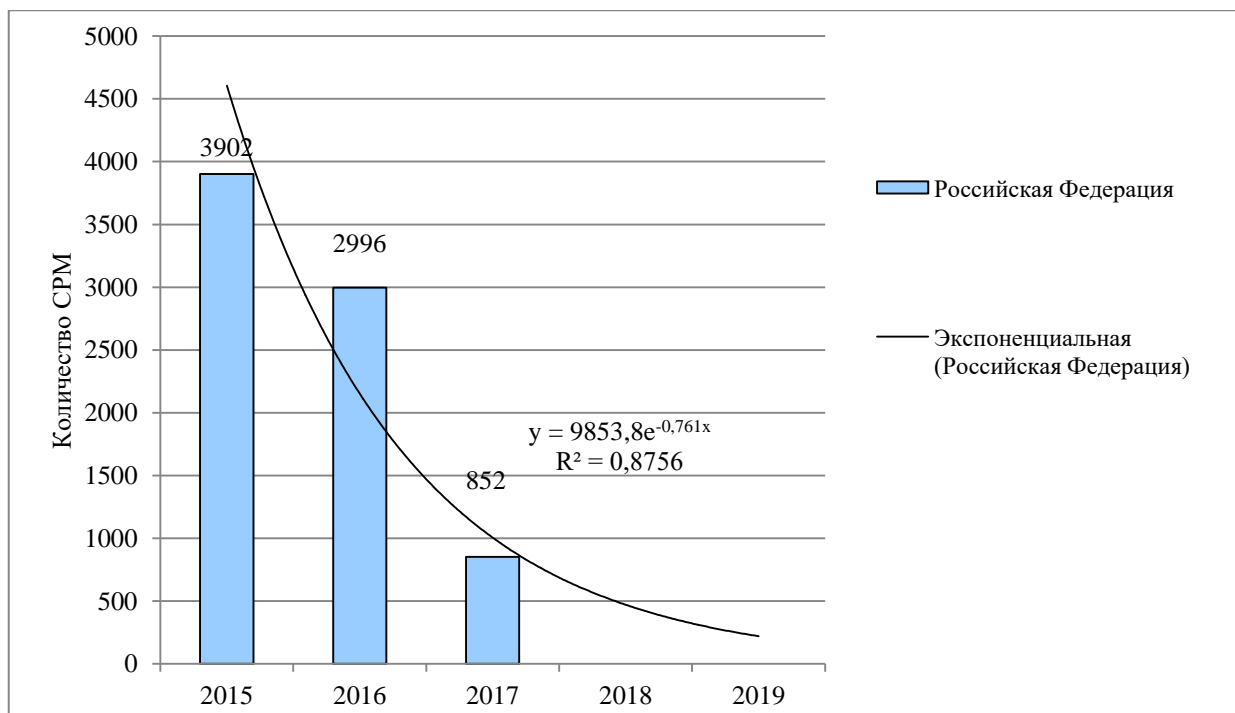


Рисунок 1 – Результаты реализации ИПРА инвалида по показателю создания СРМ в Российской Федерации за 2015–2019 гг.

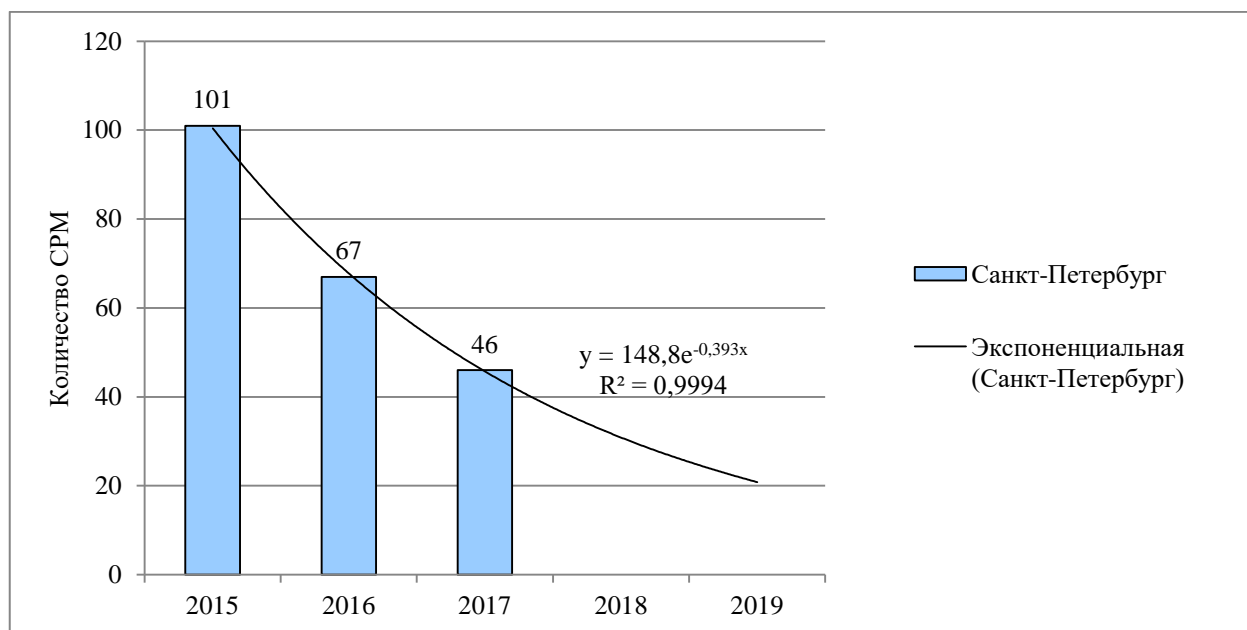


Рисунок 2 – Результаты реализации ИПРА инвалида по показателю создания СРМ в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг.

Выявлено, что в Санкт-Петербурге при первичном освидетельствовании в среднем в год инвалидность I и II группы вследствие стойких нарушений

функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха устанавливается в 165 случаях, из них потребность по созданию СРМ устанавливается у 32,0% (53 инвалидов).

В структуре всех рекомендаций по созданию СРМ для ВПИ удельный вес выявленной потребности для инвалидов I и II группы вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха составил всего 14,0%. Прогностическим методом установлено, что в среднем в год в Санкт-Петербурге для инвалидов I и II группы со стойкими нарушениями функции зрения и слуха и одновременным нарушением функции зрения и слуха создается 9 СРМ, что составляет 17,0% от заявленной потребности. За изучаемый период СРМ созданы всего 38,8% инвалидам I и II групп со стойкими нарушениями функции зрения и одновременным нарушением слуха и зрения, что в 3,5 раза ниже объективной потребности.

Таким образом, проведенный анализ на примере многомиллионного города, показал, что реализация СРМ для инвалидов со значительными нарушениями функций зрения предельно низкая, что вызывает необходимость формирования региональной многокомпонентной организационно-функциональной модели создания СРМ для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорной функции.

В главе использованы материалы следующих публикаций:

1. Карасаева, Л. А. Вопросы организации межведомственного взаимодействия в реабилитации инвалидов / Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова // Современные тенденции профессиональной реабилитации инвалидов : материалы научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 23 апреля 2015 года. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургское социально-реабилитационное предприятие «Павел» Всероссийского общества глухих», 2015. – С. 278–280.

2. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации у лиц, впервые признанными инвалидами в Санкт-Петербурге в 2019 г. // Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, Е. В. Кароль, Е. А. Белавина //

Материалы III национального конгресса с международным участием «Реабилитация – 21 век: Традиции и инновации». – 2020. – С. 156–159.

3. Показатели потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации / М.В. Горяйнова, Л.А. Карасаева., А.А. Нурова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 21–27. – DOI: 10.17816/MSER65083

5. Карасаева, Л.А. Анализ потребности инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021.– Т. 24. – № 3. – С. 15-22.

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ

6.1. Анализ деятельности службы занятости населения по трудоустройству инвалидов в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.)

В соответствии с «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года», утвержденной Правительством Российской Федерации в период с 2007 по 2019 г. предпринят ряд мер в медико-социальной сфере, в сфере труда и занятости, направленных на повышение уровня занятости различных групп населения, в том числе инвалидов. Реализация дополнительных мероприятий в сфере занятости населения предусматривалась следующими нормативными актами:

– Постановление Правительства РФ от 31.12.2008 №1089 «О дополнительных мероприятиях, направленных на снижение напряжённости на рынке труда субъектов Российской Федерации»;

– Распоряжение Правительства РФ от 25.12.2012 №2524-р «Об утверждении Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации»;

– Распоряжение Правительства РФ от 15.10.2012 №1921-р «О комплексе мер, направленных на повышение эффективности реализации мероприятий по содействию трудоустройству инвалидов и на обеспечение доступности профессионального образования»;

– Распоряжение Правительства РФ от 30.11.2010 №2136-р «Об утверждении Концепции устойчивого развития сельских территорий Российской Федерации на период до 2020 года»;

– Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №298 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Содействие занятости населения».

Для эффективного регулирования вопросов занятости инвалидов регламентирован мультифункциональный подход, законодательно закрепленный положениями Конвенции ООН о правах инвалидов, Конституцией Российской Федерации, Трудовым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 № 1032-1, Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ, приказом Минтруда России от 04.08.2014 № 515 «Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности»; приказом Минтруда России от 01.02.2018 № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций»; приказом Минтруда России от 03.08.2018 № 518н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов», а также методическим письмом Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.06.2019 № 22127/2019 «О порядке реализации положений нормативных правовых документов по сопровождаемому трудоустройству инвалидов». Мультифункциональный подход включает межведомственное взаимодействие органов исполнительной власти, в том числе, со службой занятости населения (СЗН).

Проведен анализ оказанных государственных услуг в области содействия занятости населения в Санкт-Петербурге с 2015 г. по 2019 г. (Таблица 27).

В течение наблюдаемого периода за содействием в поиске подходящей работы в среднем в год обращалось 119186 граждан, из которых 3,6% (4280) –

инвалиды. Наиболее высокий удельный вес инвалидов, обратившихся в службу занятости для трудоустройства, отмечен в 2018 г. – 4,0%.

Из общего числа инвалидов, обратившихся в СЗН, трудоустраиваются в среднем 39,2%. Отмечено, что наибольшее число инвалидов трудоустроено в 2018 г. – 2085 (43,2%), наименьший показатель занятости инвалидов выявлен в 2017 г. – 1558 (93,7%) трудоустроенных инвалидов.

На квотируемые рабочие места трудоустраиваются в среднем 2,6% от общего числа трудоустроенных инвалидов. Выяснено, что наибольший показатель трудоустроенных инвалидов в счет квоты в 2016 г. – 3,9%, наименьший – в 2015 г. и в 2018 г. – 2,0%.

Таблица 27 – Данные по трудоустройству инвалидов (по Санкт-Петербургу), %

Год	Трудоустроены		
	всего	через СЗН	на квотируемые раб. места
2015	n=1653 100,0	69,3	2,0
2016	n=1167 100,0	60,0	3,9
2017	n=1558 100,0	61,0	2,9
2018	n=2085 100,0	69,7	2,0
2019	n=1931 100,0	69,0	2,9
μ	n=1678 100,0	66,5	2,6

Одним из важных направлений профессиональной реабилитации является профессиональная ориентация, целью которой является ориентация на оказание помощи инвалидам в профессиональном самоопределении с учетом их потребностей. Согласно Положению о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации, утвержденному Постановлением Минтруда Российской Федерации № 1 от 27.09.1996, профессиональная ориентация - это обобщенное понятие одного из компонентов

общечеловеческой культуры, проявляющегося в форме заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развития природных дарований, а также проведения комплекса специальных мер содействия человеку в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом его потребностей и возможностей, социально-экономической ситуации на рынке труда. Профессиональная ориентация проводится в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, прохождения профессионального обучения, а также предполагает выбор профессии, не причиняющей вреда здоровью и наиболее соответствующей индивидуальным возможностям гражданина, его интересам, мотивам. В среднем, удельный вес оказанных услуг по профессиональной ориентации инвалидов составляет 2,7% от общего количества выданных заключений (Таблица 28).

Таблица 28 – Показатели профессиональной ориентации, осуществленной в СЗН в Санкт-Петербурге за 2015–2019 гг.

Год	Показатель	абс.	%
2015	количество заключений	59027	100,0
	из них инвалидам	1111	1,9
2016	количество заключений	62491	100,0
	из них инвалидам	1857 (3,0)	3,0
2017	количество заключений	61647	100,0
	из них инвалидам	2075	3,4
2018	количество заключений	73537	100,0
	из них инвалидам	2025	2,8
2019	количество заключений	73315	100,0
	из них инвалидам	1969	2,7
μ	количество заключений	66003	100,0
	из них инвалидам	1807	2,7

Отмечено незначительное увеличение удельного веса выданных заключений по профессиональной ориентации инвалидов с 1,9% в 2015 г. до 2,7% в 2019 г. При этом наибольший удельный вес установлен в 2017 г. – 3,4%, наименьший в 2015 г. – 1,9%.

С целью анализа конкурентоспособности инвалидов на рынке труда изучена заявленная работодателями потребность в работниках в Санкт-Петербурге в 2015–2019 г. (Таблица 29). Анализ показал, что в среднем в год для трудоустройства инвалидов работодателями заявляется 10,5% рабочих мест. Отмечено увеличение доли заявленных рабочих мест для инвалидов с 7,4% в 2015 г. до 15,8% в 2019 г.

Проанализированы показатели заявленных специальных рабочих мест. Установлено, что в среднем этот показатель составляет 0,4% от всего числа заявленных рабочих мест для трудоустройства инвалидов, при этом отмечено, что в последние два года (2018–2019 гг.) он равен 0.

Для замещения рабочих профессий ежегодно трудоустраиваются в среднем 10,9% инвалидов. Обращает внимание снижение удельного веса рабочих для замещения рабочих профессий инвалидами с 10,6% в 2015 г. до 8,7% в 2019 г.

Количество заявленных работодателями рабочих мест для замещения рабочих профессий инвалидами на СРМ в среднем составляет 24,6%, при этом самый высокий показатель отмечен в 2015 г. – 30,4%, в 2018–2019 гг. показатель отсутствует.

Одной из важных мотиваций трудоустройства граждан является оплата труда. Проведен анализ показателей трудоустройства инвалидов с оплатой труда выше прожиточного минимума в субъекте Российской Федерации. Установлено, что в среднем 24,9% инвалидов трудоустраиваются с оплатой труда выше прожиточного минимума, при этом самый высокий показатель зафиксирован в 2016 г. – 34,6%, самый низкий в 2019 г. – 18,4%.

Трудоустройство с оплатой труда выше прожиточного минимума на СРМ в среднем составляет 30,4%, при этом обращает внимание, что в 2015 г. показатель составлял 37,8%, в 2016 г. – 18,95, в 2017 г. – 36,0%, в 2018 г. и в 2019 г. показатель отсутствует.

Таблица 29 – Потребность в рабочей силе в Санкт-Петербурге, %

Год	Наименование показателей	заявлено	из них в связи с трудоустройством граждан по направлению органов СЗН	для замещения рабочих профессий	с оплатой труда выше прожиточного минимума	на квотируемые рабочие места для трудоустройства инвалидов
2015	для трудоустройства инвалидов	n=11714 100,0	1,6	10,6	23,3	–
	в СРМ	n=158 100,0	100,0	30,4	37,8	–
2016	для трудоустройства инвалидов	n=10269 100,0	0,7	15,5	34,6	–
	в СРМ	n=111 100,0	48,6	7,1	18,9	–
2017	для трудоустройства инвалидов	n=13829 100,0	0,2	11,7	29,2	–
	в СРМ	n=11 100,0	9,0	18,0	36,0	–
2018	для трудоустройства инвалидов	n=17755 100,0	0,2	10,4	24,2	–
	в СРМ	n=0	0,0	0,0	0,0	–
2019	для трудоустройства инвалидов	n=19597 100,0	0,2	8,7	18,4	–
	в СРМ	n=0	0,0	0,0	0,0	–
μ	для трудоустройства инвалидов	n=14632 100,0	0,5	10,9	24,9	–
	в СРМ	n=56 (0,4) 100,0	79,6	24,6	30,4	–

Удельный вес заявленных мест для трудоустройства инвалидов на квотируемые рабочие места в среднем составляет 2,5%. В 2017 и 2018 гг. удельный вес квотируемых рабочих мест составлял 2,5%, в 2019 г. снизился и составлял – 2,0%.

Для повышения эффективности и качества оказания услуг по профессиональной реабилитации инвалидам ФГУ МСЭ и СЗН заключено Соглашению по межведомственному взаимодействию, согласно плану которого, ежегодно, за 10 месяцев в году, между учреждениями должно проводиться не менее 10 семинаров (круглых столов). Установлено, что в 2018 г. было проведено 8 семинаров, а в 2019 г. – всего 7 семинаров между ФГУ МСЭ и СЗН.

Одним из важных мероприятий в сфере трудоустройства являются ярмарки вакансий, основными участниками которой являются работодатели, предлагающие имеющиеся вакансии, в том числе, для трудоустройства инвалидов. Установлено, что в Санкт-Петербурге ярмарки вакансий для инвалидов проводятся 4 раза в год.

Проведенный анализ оказанных государственных услуг в области содействия занятости населения в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.), показал, что удельный вес инвалидов, обращающихся за услугами низкий – 3,6%, из них 39,2% трудоустраиваются, при этом на квотируемые рабочие места – 2,6%. По профессиональной ориентации, доля выданных заключений для инвалидов очень низкая – 2,7%. Полученные данные свидетельствуют о низкой мотивации инвалидов к труду и неудовлетворительных результатах профессиональной реабилитации инвалидов.

Заявленная работодателями потребность для трудоустройства инвалидов также невысокая и составляет 10,5% от всех заявок. Обращает внимание низкий удельный вес заявок с созданием СРМ для инвалидов 0,4%, причем в последние два года заявки отсутствуют. Удельный вес заявок для трудоустройства на квотируемые рабочие места достаточно низкий и составляет 2,7% от всех заявок. Обращает внимание недостаточное количество проводимых ярмарок вакансий для инвалидов – 4 раза в год. Возможно, это связано с нежеланием или невозможностью работодателя нести дополнительные затраты по организации труда инвалидов: на адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

6.2. Анализ данных медико-социального исследования инвалидов со стойкими нарушениями сенсорных функций по технологии трудоустройства (в том числе, на специальном рабочем месте) и удовлетворенности инвалидов условиями трудовой деятельности

Проводилось анкетирование повторно признанных инвалидами с нарушением функции зрения и с одновременным нарушением функции зрения и слуха.

Респонденты разделены на две группы. Основную группу исследуемых (81 респондент) составили инвалиды, имеющие выраженные и значительно выраженные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД второй степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в ССУ с использованием вспомогательных ТСР.

Группу сравнения (38 респондентов) составили инвалиды, имеющие умеренные нарушения сенсорных функций (зрения, одновременного нарушения зрения и слуха) с ОСТД первой степени, при которой трудовая деятельность осуществляется в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы. На момент исследования среди респондентов основной группы трудоустроены и работают 100,0% (81) респондентов, среди респондентов группы сравнения 100,0% (38) трудоустроены и также осуществляют трудовую деятельность.

Исследование показало, что в основной группе 56,7% (46) респондентов имели высшее профессиональное образование, 23,5% (19) – среднее специальное образование, 16,1 % (13) – общее среднее образование, 3,7% (3) – неполное среднее образование (Рисунок 3).

В группе сравнения 55,3% (21) имели высшее профессиональное образование, 44,7% (17) – среднее специальное образование (Рисунок 4).



Рисунок 3 – Распределение по образованию (основная группа), %

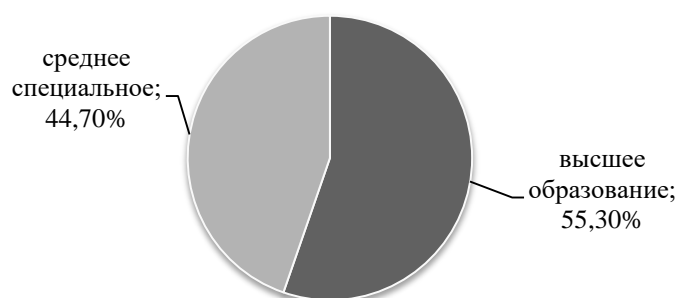


Рисунок 4 – Распределение по образованию (группа сравнения), %

В основной группе 49,4% (40) обучались по массовой образовательной программе, 24,7% (20) по программе с возможностью инклюзивного обучения, 25,9% (21) обучались по адаптированным программам (преимущественно для инвалидов). В группе сравнения 57,9% (22) обучались по массовой образовательной программе, 42,1% (16) по программе с возможностью инклюзивного обучения.

Таблица 30 – Данные по условиям организации обучения

Условия организации обучения	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
по массовой образовательной программе	40	49,4	22	57,9
с возможностью инклюзивного обучения	20	24,7	16	42,1
обучение по адаптированным программам (преимущественно для инвалидов)	21	25,9	–	–
всего	81	100,0	38	100,0

В основной группе после установление группы инвалидности 40,0% (32) сменили сферу деятельности и трудоустроены не по профессии, 36,7% (30) поменяли место работы, но вновь трудоустроены по профессии, 23,3% (19) продолжают работать на прежнем рабочем месте – рисунок 5.

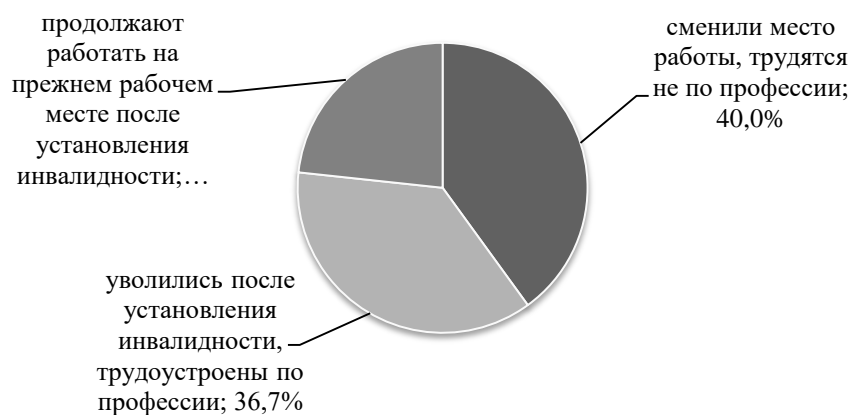


Рисунок 5 – Трудовая деятельность инвалидов после установления инвалидности (основная группа), %

В группе сравнения после установления инвалидности 42,1% (16) респондентов сменили сферу деятельности и трудоустроены не по профессии, 50,0% (19) поменяли место работы, но вновь трудоустроены по профессии, 7,9% (3) продолжают трудиться на прежнем рабочем месте – рисунок 6.

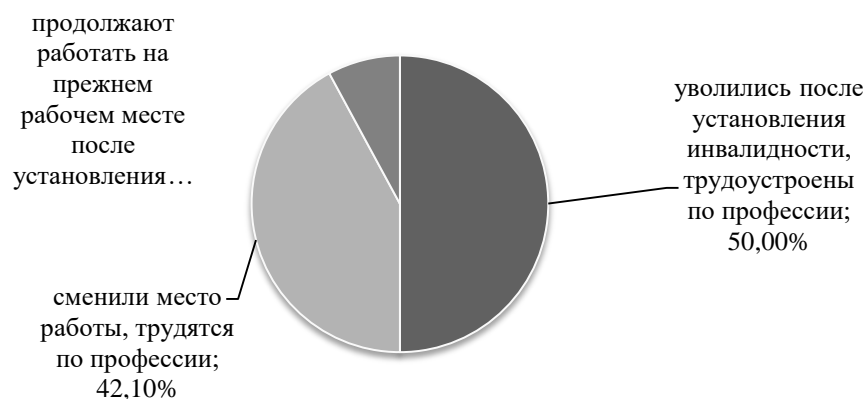


Рисунок 6 – Трудовая деятельность инвалидов после установления инвалидности (группа сравнения), %

Респондентов основной группы, сменивших место работы после установления инвалидности, не устраивало территориальное расположение работы 85,7% (53), 14,3% (9) затруднились с ответом. В группе сравнения респондентов, сменивших место работы после установления инвалидности, не устраивало территориального расположение работы 18,3% (7), затруднились с ответом 81,7% (28) – таблица 31.

Таблица 31 – Данные о причине смены инвалидами трудовой деятельности

Причины	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
неудобство территориального расположения	53	85,7	7	18,3
затруднение с ответом	9	14,3	28	81,7
всего	62	100,0	35	100,0

В основной группе и группе сравнения на вопрос о наличии ИПРА 100,0% респондентов ответили положительно. В основной группе 83,3% (67) инвалидов имели в ИПРА рекомендации о нуждаемости в мероприятиях профессиональной реабилитации, 16,7% (14) затруднились с ответом. В сравниваемой группе 52,6% (20) имели рекомендации, 47,4% (18) затруднились с ответом (Таблица 32).

Таблица 32 – Данные о рекомендациях по профессиональной реабилитации

Рекомендации	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
рекомендовано	67	80,0	20	52,6
не рекомендовано	–	–	–	–
затруднение с ответом	14	16,7	18	47,4
всего	81	100,0	38	100,0

Из респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА, в основной группе 80,0% (53) имели рекомендации в профессиональной ориентации, у 20,0% (14) рекомендаций нет; в группе сравнения рекомендаций о профессиональной ориентации у 45,0% (9), затруднились с ответом 55,00% (11) – таблица 33.

Таблица 33 – Данные по рекомендациям профессиональной ориентации

Рекомендации	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
рекомендовано	53	80,0	9	45,0
не рекомендовано	14	20,0	–	
затруднение с ответом	–		11	55,0
всего	67	100,0	20	100,0

В основной группе среди респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА, 36,7% (24) рекомендованы специально созданные условия труда, 60,0% (41) рекомендовано специально рабочее место, затруднились с ответом 3,3% (2). В группе сравнения среди респондентов, имеющих рекомендации в ИПРА по профессиональной реабилитации 80,0% (16) рекомендованы обычные условия труда с предоставлением соответствующих условий труда, 20,0% (4) затруднились с ответом (Таблица 34).

Таблица 34– Данные по рекомендованным по условиям труда

Рекомендации	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
специально созданные условия труда	41	60,0	–	–
специально созданное рабочее место	24	36,7	–	–
обычные условия труда с предоставлением соответствующих условий труда для инвалидов	–	–	16	80,0
затруднение с ответом	2	3,3	4	20,0
всего	67	100,0	20	100,0

Информированием по вопросам трудоустройства, проводимым в учреждениях МСЭ в основной группе удовлетворены 79,0% (64) респондентов, 21,0% (17) затруднились с ответом, в группе сравнения положительно ответили 45,0% (17), затруднились с ответом 55,0% (21). Перед трудоустройством услуга по профессиональной ориентации в основной группе оказана 40,0% респондентов (32), 60,0% (49) затруднились с ответом, в группе сравнения 20,0% (8) получили услугу, 80,0% (30) затруднились с ответом. Психологическое сопровождение в

основной группе было оказано 51,0% (41), 29,0% (23) не оказывалось, 20,0% (17) затруднились с ответом; в группе сравнения 20,0% (8) получили сопровождение, 80,0% (30) затруднились с ответом. Услуга по сопровождению при содействии занятости в основной группе оказана 16,7% (14), 33,0% (27) – услуга не оказывалась, 50,0% (40) затруднились с ответом; в группе сравнения 30,0% (11) получили услугу, 70,0% (27) затруднились с ответом. При организации занятости в основной группе 48,0% (38) респондентам оказывалась помощь волонтерами или представителями общественных организаций инвалидов, 21,0 % (17) не оказывалась, 30,0% (24) затруднились с ответом. В группе сравнения 13,2% (5) не оказывалась, 86,8% (33) затруднились с ответом (Таблица 35).

Таблица 35 – Данные по оказанным инвалидам услугам

Вид оказанной услуги	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
информирование по вопросам трудоустройства:				
оказывалась	64	79,0	17	45,0
не оказывалась	–	–	–	–
затруднение с ответом	17	21,0	21	55,0
всего	81	100,0	38	100,0
профессиональная ориентация:				
оказывалась	32	40,0	8	20,0
не оказывалась	–	–	–	–
затруднение с ответом	49	60,0	30	80,0
всего	81	100,0	38	100,0
психологическое сопровождение:				
оказывалась	41	51,0	8	20,0
не оказывалась	23	29,0	–	–
затруднение с ответом	17	20,0	30	80,0
всего	81	100,0	38	100,0
сопровождение при содействии занятости				
оказывалась	14	16,7	–	–
не оказывалась	27	33,0	11	30,0
затруднение с ответом	40	50,0	27	70,0
всего	81	100,0	38	100,0

Продолжение Таблицы 35

1	2	3	4	5
помощь волонтерами/ представителями общественных организаций инвалидов				
оказывалась	38	48,0	–	–
не оказывалась	17	21,0	5	13,2
затруднение с ответом	24	30,0	33	86,8
всего	81	100,0	38	100,0

В основной группе при трудоустройстве 84,0% (68) отметили нейтральное отношение работодателя, 10,0% (8) безразличное, 6,0% (5) затруднились с ответом; в группе сравнения 29,0% (11) отметили нейтральное отношение, 71,0% (27) безразличное (Таблица 36).

Таблица 36 – Данные по распределению ответов респондентов об отношении работодателя при трудоустройстве

Отношение работодателя при трудоустройстве	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
безразличное	8	10,0	27	71,0
нейтральное	68	84,0	11	29,0
затруднение с ответом	5	6,0	–	–
всего	81	100,0	38	100,0

Среди респондентов основной группы 43,3% (35) трудились на обычном рабочем месте, 56,7% (46) трудились на СРМ; в группе сравнения 90,0% (34) трудятся на обычном рабочем месте, 10,0% (4) затруднились с ответом. Из всех работающих на СРМ удовлетворены организацией и условиями на СРМ 71,4% (32) опрошенных, 28,6 (14) затруднились с ответом. В основной группе используют на рабочем месте вспомогательные ТСР 53,3% (43), не постоянно 46,7%. В группе сравнения на рабочем месте вспомогательные ТСР не используют. Используемые ТСР: специальные компьютерные программы для слабовидящих – 36,7% (30,0), увеличители – 53,3% (43), лупы – 10,0% (8) (Таблица 37).

Таблица 37 – Данные о видах ТСП, используемых инвалидами

ТСП	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
специальные компьютерные программы	30	36,7	–	–
увеличители	43	53,3	–	–
лупы	8	10,0	–	–
не использую	–	–	38	100,0
всего	81	100,0	38	100,0

На вопрос об удовлетворенности своей работой в основной группе 71,6% (58) респондентов ответили положительно, 28,4% (23) ответили отрицательно; в группе сравнения 47,0% (18) ответили положительно, 50,0% (19) ответили отрицательно, 3,0% (1) затруднились с ответом (Таблица 38).

Таблица 38 – Данные об удовлетворенности инвалидов работой

Ответ респондента	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
скорее да, чем нет	58	71,6	18	47,0
скорее нет, чем да	23	28,4	19	50,0
затруднение с ответом	–	–	1	3,0
всего	81	100,0	38	100,0

Одним из важных атрибутов жизнедеятельности человека является удовлетворенность финансовым положением, поэтому в анкету включен вопрос об уровне заработной платы и удовлетворенности ею инвалидами. В основной группе 84,0% (68) респондентов не удовлетворены уровнем заработной платы, 16,0% (13) затруднились с ответом; среди респондентов в группе сравнения 78,0% (29) не удовлетворены уровнем заработной платы, 22,0% (9) затруднились с ответом (Таблица 39).

Таблица 39 – Данные об удовлетворенности инвалидов заработной платой

Ответ респондента	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
скорее да, чем нет	–	–	–	–
скорее нет, чем да	68	84,0	29	78,0
затруднение с ответом	13	16,0	8	22,0
всего	81	100,0	38	100,0

Из всех респондентов основной группы 41,4% (33) высказали желание профессионального роста на рабочем месте, 58,6% (48) затруднились с ответом. Среди респондентов группы сравнения высказали желание профессионального роста на рабочем месте 68,8% (26), затруднились с ответом 31,2% (12) – таблица 40.

Таблица 40 – Распределение по предпочтениям профессионального роста

Ответ респондента	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
скорее да, чем нет	33	41,4	26	68,8
скорее нет, чем да	–	–	–	–
затруднение с ответом	48	58,6	12	31,2
всего	81	100,0	38	100,0

Среди инвалидов основной группы 16,7% (14) высказали желание о смене работы, 83,3% (67) не планируют смену трудовой деятельности; в группе сравнения 47,0% (18) планируют сменить работу, 53,0% (20) не планируют (Таблица 41).

Таблица 41 – Данные по предпочтениям смены трудовой деятельности

Ответ респондента	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
скорее да, чем нет	14	16,7	18	47,0
скорее нет, чем да	67	83,3	20	53,0
затруднение с ответом	–	–	–	–
всего	81	100,0	38	100,0

Из респондентов, желающих сменить работу, в основной группе 90,0% (12) указали, что причиной желанья смены работы является неудовлетворенность

уровнем оплаты труда, 10,0% (2) причиной указали отдаленность работы от дома; в группе сравнения 75,0% (14) указали, что причиной желанья смены работы является неудовлетворенность уровнем оплаты труда, 8,0% (1) не устраивал режим работы, 17,0% (3) причиной указали отдаленность работы от дома (Таблица 42).

Таблица 42 – Данные о причинах смены трудовой деятельности

Ответ респондента	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
не устраивает уровень оплаты труда	12	90,0	14	75,0
не устраивает режим работы;	–	–	1	8,0
сложно добираться до места работы	2	10,0	3	17,0
всего	14	100,0	20	100,0

По предпочтениям по продолжительности рабочей недели и условиям работы (на дому, по сменам и др.) в основной группе 26,7% (21) хотели бы трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю, 23,3% (19) неполный рабочий день и неполную рабочую неделю, 13,3% (11) полный рабочий день и неполную рабочую неделю, 13,3% (11) неполный рабочий день и полную рабочую неделю, 23,3% (19) хотели бы трудиться на дому (Рисунок 7).

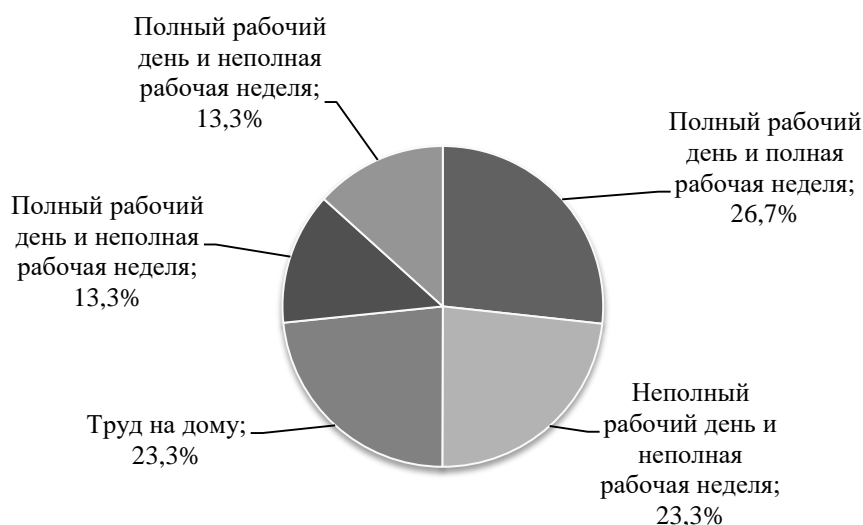


Рисунок 7 – Распределение предпочтений по трудоустройству в основной группе, %

По предпочтениям по продолжительности рабочей недели и условиям работы (на дому, по сменам и др.) в группе сравнения 85,0% (32) хотели бы трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю, 15,0% (6) полный рабочий день и неполную рабочую неделю, (Рисунок 8).

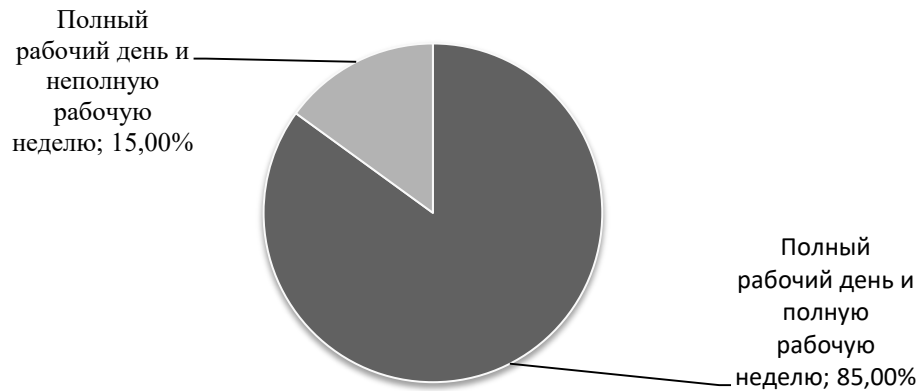


Рисунок 8 – Распределение предпочтений по трудоустройству в основной группе, %

Важным звеном в процессе реабилитации и интеграции инвалидов по зрению являются центры социальной и медико-социальной реабилитации, в которых в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов оказываются услуги, необходимые в профессиональной деятельности: обучение пространственному ориентированию, основам персонального компьютера, чтению и письму по системе Брайля, подбор индивидуальных тифлотехнических средств реабилитации (трости, оптические средства и т.д.), психологическое консультирование. Установлено, что в основной группе у 73,0% (59) респондентов периодичность пребывания в центре реабилитации составляла 1 раз в год, у 17,0% (14) респондентов 1 раз в два года, 10,0% (8) не пребывали в центре реабилитации ни разу. Среди респондентов группы сравнения у 16,0% (6) респондентов периодичность пребывания в центре реабилитации составляла 1 раз в год, у 40,0% (15) респондентов 1 раз в два года, 44,0% (17) не пребывали в центре реабилитации ни разу (Таблица 43).

Таблица 43 – Данные о периодичности пребывания в центрах реабилитации

Периодичность	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
в год один раз	59	73,0	6	16,0
один раз в два года	14	17,0	15	40,0
не пребывал	8	10,0	17	44,0
всего	81	100,0	38	100,0

В основной группе 89,0% (72) анкетированных знают, что такое ярмарка вакансий рабочих мест, 11,0% (9) затруднились ответить на вопрос; в группе сравнения 75,0% (28) знают, что такое ярмарка вакансий, 25,0% (10) затруднились с ответом. Посещали ярмарки вакансий рабочих мест в основной группе 89,0% (72) опрошенных инвалидов, 11,0% (9) затруднились с ответом; в группе сравнения 75,0% (28) посещали ярмарку вакансий, 25,0% (10) затруднились с ответом.

По периодичности проведения ярмарок вакансий рабочих мест предпочтения респондентов основной группы распределились следующим образом: 86,0% (69) – один раз в два месяца, 14,0% (12) – 1 раз в три месяца; в группе сравнения 85,0% (32) – два раза в год, 15,0% (6) затруднились с ответом (Таблица 44).

Таблица 44 – Данные распределения ответов респондентов о предпочтениях по проведению ярмарок вакансий рабочих мест

Частота проведения ярмарок вакансий	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
один раз в три месяца	12	14,0	–	–
один раз в два месяца	69	86,0	–	–
два раза в год	–	–	32	85,0
затруднение с ответом	–	–	6	15,0
всего	81	100,0	38	100,0

Таким образом, анализ данных медико-социального исследования по технологии трудоустройства (в том числе на специальном рабочем месте) инвалидов с сенсорными нарушениями и удовлетворенности инвалидами

условиями труда показал, что характерными показателями статуса инвалидов с сенсорными нарушениями являлись: возраст, образование, наличие рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА, проведенные мероприятия по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве, в том числе, на СРМ; психологическое сопровождение, ТСП, удовлетворенность условиями труда и СРМ, периодичность пребывания в центрах реабилитации.

Для установления достоверных взаимосвязей между индивидуальными характеристиками инвалидов и результатами профессиональной реабилитации и трудоустройства проводилось статистическое изучение.

Одним из основных показателей, влияющих на профессиональное ориентирование, является возраст инвалидов. В основной группе прямые корреляционные связи достоверно свидетельствовали о том, что возраст обследованных инвалидов взаимосвязан с профориентацией, преимущественно у инвалидов в возрасте от 36 до 45 лет ($r = 0,892$, $p < 0,01$). Инвалиды в возрасте 26-35 лет имели более низкую мотивацию к труду и карьерному росту ($r = 0,102$). В группе сравнения у инвалидов в возрасте 26-35 лет установлена положительная корреляционная связь между профориентацией и возрастом: преимущественно у инвалидов в возрасте 26-35 лет ($r = 0,602$, $p < 0,05$). Инвалиды в возрасте 26-35 лет имели более высокую мотивацию к труду и карьерному росту ($r = 0,635$, $p < 0,05$).

В основной группе установлены корреляционные связи между возрастом и желанием профессионального роста на имеющемся рабочем месте, установкой на труд: преимущественно в возрасте 36-45 лет у инвалидов высокая мотивация на карьерный рост ($r = 0,556$, $p < 0,05$), и желание трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю ($r = 0,496$, $p < 0,05$). Прямая корреляционная связь установлена между возрастом и удовлетворенностью СРМ ($r = 0,882$, $r = 0,889$) и трудовой деятельностью, чем старше инвалиды, тем выше степень их удовлетворенности СРМ и условиями труда. В группе сравнения у инвалидов в возрасте 26-35 лет установлена положительная корреляционная связь между возрастом и желанием карьерного роста ($r = 0,670$, $p < 0,05$), чем младше

инвалиды, тем выше их мотивация на карьерный рост и желание трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю ($r = 0,574$, $p < 0,05$).

В основной группе установлена корреляционная связь между возрастом и трудоустройством по имеющейся специальности на СРМ, т.е. чем старше инвалиды, тем чаще они трудоустраиваются по профессии ($r = 0,762$) и на СРМ ($r = 0,685$) при $p < 0,01$. Установлены корреляции между возрастом и желанием смены трудовой деятельности и удовлетворённостью условиями труда: чем моложе инвалиды, тем выше желание изменить трудовую деятельность ($r = 0,487$) и не устраивают имеющиеся условия труда ($r = 0,658$) при $p < 0,05$. В группе сравнения установлены корреляции между возрастом и желанием смены трудовой деятельности и удовлетворённостью условиями труда: чем моложе инвалиды, тем выше желание изменить трудовую деятельность ($r = 0,495$) и не устраивают имеющиеся условия труда ($r = 0,558$) при $p < 0,05$.

Между семейным положением и желанием трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю в основной группе установлена корреляционная связь ($r = 0,679$), а также между уровнем образования ($r = 0,901$) и желанием трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю ($p < 0,01$). В группе сравнения между семейным положением и частотой пребывания в реабилитационных центрах установлена корреляционная связь ($r = 0,721$), а также уровнем образования ($r = 0,863$) и желанием трудиться полный рабочий день и полную рабочую неделю.

В основной группе установлена корреляционная связь между профессиональной ориентацией и удовлетворенностью СРМ ($r = 0,730$) при $p < 0,01$. Инвалиды, которым проводилась профориентация с учетом их потребностей, не нуждаются в смене трудовой деятельности ($r = 0,529$), при $p < 0,05$. В группе сравнения профессиональная ориентация и удовлетворенность рабочим местом, желанием сменить трудовую деятельность не коррелировали ($r < 0,2$).

В основной группе между трудоустройством на СРМ по профессии и проведенной профориентацией после установления инвалидности установлена корреляционная связь ($r = 0,99$) при $p < 0,01$; в группе сравнения между

трудоустройством на рабочее место по профессии и проведенной профориентацией корреляции низкие ($r < 0,3$).

Инвалиды основной группы, которым оказывалось сопровождение в трудоустройстве, удовлетворены СРМ ($r = 0,902$) и не нуждались в смене трудовой деятельности ($p < 0,01$). Инвалиды, которым оказывалась помощь психолога, имели желание профессионального роста ($r = 0,601$, $p < 0,05$). Инвалиды, которым оказывалась помощь волонтеров или представителей общественных организаций инвалидов, удовлетворены СРМ ($r = 0,765$, $p < 0,01$). У инвалидов группы сравнения низкие корреляции между сопровождением в трудоустройстве и удовлетворенностью рабочим местом, между оказываемой помощью волонтеров или представителей общественных организаций инвалидов и удовлетворенностью рабочим местом ($r < 0,1$); между оказанной психологической помощью и желанием карьерного роста установлена корреляция ($r = 0,463$, $p < 0,05$).

В основной группе при использовании в работе вспомогательных ТСР инвалиды удовлетворены СРМ ($r = 0,892$, $p < 0,01$). В группе сравнения на рабочем месте инвалиды не используют ТСР.

Между пребыванием в центре реабилитации и желанием профессионального роста в основной группе установлена корреляционная связь ($r = 0,785$) при $p < 0,01$; в группе сравнения корреляции между пребыванием в центре реабилитации и желанием профессионального роста не установлены.

Полученные результаты корреляционного анализа позволили выявить приоритетные показатели, оказывающие влияние на организацию СРМ для трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

6.3. Разработка модели организации специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями

Выполненный комплексный анализ и оценка системы профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями позволил выявить основные проблемы:

1. Недостаточность системного взаимодействия службы МСЭ, службы занятости населения, работодателей, производственных предприятий. Установлено, что количество межведомственных семинаров между ФГУ МСЭ и СЗН в среднем за 2018-2019 гг. составило всего 8, при плане по Соглашению – 10; ярмарки вакансий рабочих мест проводятся 4 раза в году, что не достаточно для охвата всех категорий инвалидов. По мнению инвалидов, рекомендуемое число ярмарок вакансий рабочих мест – 1 раз в 2 месяца (пункт Анкеты №34).

2. Недостаточно сформирована система консультативной и информационной помощи инвалидам с сенсорными нарушениями в вопросах профессиональной реабилитации и трудоустройства (оценивалась система консультативной помощи: пункты «Анкеты...» № 11, 12, 15-18).

3. Неготовность инвалидов с сенсорными нарушениями к интеграции на рынок труда из-за наличия ОЖД в практически всех категориях, сужающих круг профессиональных предпочтений (оценивались следующие показатели: тяжесть инвалидности, ограничения жизнедеятельности: у инвалидов I и II групп стойкими нарушениями функции зрения не только ограничение способности к трудовой деятельности, но и ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, что значительно снижает круг профессионального выбора (см. глава 4). На неготовность инвалидов к интеграции в открытый рынок труда указывали и показатели анкетирования: возраст, уровень образования, недостаточное количество проводимых мероприятий по профессиональной и социальной реабилитации, периодичность пребывания в центре реабилитации для инвалидов (пункты «Анкеты...» № 2, 4-9, 31).

4. Слабая мотивация к труду у инвалидов: ориентированность на гарантированные социальные выплаты, уклонение от рисков, связанных с трудоустройством: нестабильность работы, низкой самооценкой, сформировавшейся из-за патологии (оценивались следующие показатели: установка на труд, удовлетворенность СРМ, условиями труда, желание карьерного роста и профессионального развития, уровень образования, семейное положение: пункты «Анкеты...» № 3, 7-9, 14, 20, 25-31).

5. Отсутствие в регионе (Санкт-Петербурге) организационно-функциональной модели трудоустройства на СРМ инвалидов с сенсорными нарушениями, о чем свидетельствуют низкие показатели трудоустройства инвалидов на СРМ. Также установлено, что в официальной форме государственной статистической отчетности учреждений МСЭ 7-собес отсутствует графа о создании СРМ для инвалидов по зрению и слуху в разделе 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании); в официальной форме отчетности СЗН 2-Т в разделах «Показатели трудоустройства безработных граждан и инвалидов» и «Потребность в рабочей силе» не содержится показатель зарегистрированных для трудоустройства инвалидов по формам болезней и группам инвалидности – раздел 5.4. главы 5 и раздел 6.1. главы 6).

Изученный анализ нормативно-правового обеспечения профессиональной реабилитации инвалидов показал, что законодательная база в этом направлении сформирована, однако, отсутствуют конкретные механизмы контроля исполнения мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями.

Все вышесказанное, а также проведенный многосторонний анализ изучения особенности инвалидности, потребностей в профессиональной реабилитации, и оценка результатов создания СРМ, обосновали необходимость разработки модели СРМ с целью совершенствования профессиональной реабилитации инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

Разработана региональная организационно-функциональная многокомпонентная модель создания СРМ для инвалидов с нарушениями функции зрения, оптимизирующая межведомственное взаимодействие службы занятости населения и службы МСЭ для совершенствования профессиональной реабилитации инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций (Рисунок 9). Модель включает следующие компоненты:

I. Нормативно-правовой компонент (федеральные и региональные нормативные акты) – на уровне субъекта Российской Федерации должны быть

разработаны и реализовываться программы по трудоустройству инвалидов, в том числе с созданием СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями; законодательно обоснованные положения, направленные на стимулирование работодателей (льготы в налоговой и социальной сфере, субсидии) и инвалидов (единовременные денежные выплаты при трудоустройстве («подъемные»), выдача кредитов под низкие проценты).

II. Медико-социальный компонент (учет ОСТД, потребностей инвалидов в бюро МСЭ). В бюро МСЭ должен осуществляться индивидуальный подход с учетом степени выраженности нарушенных функций, наличия и выраженности сопутствующих заболеваний, профессиональной направленности, общего и профессионального образования, производственных условий. В разделе профессиональной реабилитации ИПРА должна быть отражена полноценная потребность в СРМ, нуждаемость в сопровождении при содействии занятости и необходимые для трудовой деятельности, ТСР. Характеристика рабочего места при таком трудоустройстве отражается в программе в разделе «Рекомендации по оснащению специального рабочего места для трудоустройства инвалида по зрению/слуху/одновременным нарушением зрения и слуха» и в разделе «Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации», в котором должны быть вписаны специальные устройства для инвалидов по зрению, необходимые для осуществления трудовой деятельности.

III. Регионально-межведомственный компонент (орган СЗН, ФГУ МСЭ общественные организации инвалидов, некоммерческие объединения, волонтерские службы; рынок труда (предприятия открытого рынка труда; специализированные предприятия, СРМ). Трудоустройство инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями должно быть обеспечено созданием специального рабочего места и соответствующими условиями труда. Наиболее важными моментами, связанными с организацией рабочих мест, являются:

– обеспечение специального рабочего места с учетом нарушенной функции: вспомогательные технические средства и устройства, средства коммуникации, «доступность» рабочего места;

- организация безопасной работы;
- взаимодействия с работником в системе трудовых отношений;
- обеспечение социальных взаимоотношений через производственную деятельность.

Внедрение в систему профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями организационно-правовой модели, оптимизирующей межведомственное взаимодействие службы занятости населения и службы МСЭ для формирования специальных рабочих мест в программе профессиональной реабилитации инвалидов с нарушением сенсорных функций позволит успешно реализовывать мероприятия по профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями.

IV. Мотивационный (установка инвалида на трудовую деятельность, субъективно-психологический) компонент Инвалид с выраженными сенсорными нарушениями обращается в службу занятости населения с оформленной ИПРА. В СЗН должен осуществляться учет трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями на СРМ специальные рабочие места в отдельном регистре. В отделе сопровождаемого содействия занятости инвалидов должна проводиться индивидуальная работа с инвалидом, имеющим выраженные сенсорные нарушения: профориентация, социально-психологическая работа, направленная на оценку наличия/отсутствия мотивации на труд, возможность ее коррекции или выработки, подбор или создание специального рабочего места с учетом личностных особенностей инвалида, уточнение условий трудовой деятельности и выбор места, вида и формы трудоустройства, подготовка к предстоящему собеседованию с работодателем.

V. Социально-средовой компонент (мотивация работодателей, доступность инфраструктуры и производственной среды, обеспеченность ТСР). Работодатель создает специальное рабочее место для инвалида с сенсорными нарушениями, оборудованное, в том числе, необходимыми для трудовой деятельности тифлотехническими ТСР, назначает наставника для адаптации и «включения» инвалида в производственный процесс; заключает «соглашение» с СЗН

своего региона, которое будет предусматривать поиск работников и оформление трудовых договоров. Следует в региональных программах по трудоустройству инвалидов предусмотреть повышение мотивации работодателей (льготы, социальные преференции и т.д., сниженный процент по кредитам, связанным с созданием СРМ).

VI. Реабилитационный компонент (развитие центров комплексной реабилитации, трудоустройство). Восстановление трудоспособности инвалидов в центрах комплексной реабилитации с соблюдением преемственности при направлении в СЗН. Прием инвалида на работу, сопровождение специалистом СЗН трудоустроенного инвалида на рабочем месте: знакомство с полным производственным циклом на предприятии, мониторинг профессиональной адаптации, обеспечение профессиональной мобильности, взаимодействие с кадровой службой и коллективом.

VI. Информационный (ИПРА). Информационная работа с инвалидом на протяжении всего профессионального маршрута: бюро МСЭ, центры комплексной реабилитации, СЗН. Проведение информационно-просветительской работы о необходимости и возможности постановки инвалидов на учет в СЗН и включении его в трудовую деятельность.

VIII. Организационно-статистический компонент (учетно-отчетные формы по профессиональной реабилитации) Внесение в систему отчетности ФГУ МСЭ 7-собес в раздел 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании) показателя по учету созданных СРМ для инвалидов с сенсорными нарушениями. Внесение в разделы форм отчетности органов СЗН регистров по организации трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями (нозология, группа инвалидности, профессиографические данные и т.д.).



Рисунок 9 – Модель организации специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций

В главе использованы материалы следующих публикаций:

1. Горяйнова, М.В. Пути трудоустройства инвалидов по зрению// М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева // Актуальные вопросы формирования реабилитационных мероприятий в системе медико-социальной экспертизы : материалы научно-практической конференции. – Москва, 2014. – С. 93–95.
2. Организационно-правовые особенности работы учреждений медико-социальной экспертизы и медицинских организаций в современных условиях / С. В. Павлова, Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова [и др.] // СПБИУВЭК: прошлое, настоящее, будущее. Сложные и нерешенные вопросы Приказа № 585н : сборник трудов конференции, Санкт-Петербург, 15 декабря 2020 года. – Санкт-Петербург : ООО Айсинг, 2020. – С. 291–294.
3. Результаты государственной демографической политики в сфере реабилитации, медико-социальной экспертизы, социального страхования, труда и занятости пострадавших на производстве / М. А. Севастьянов, И. А. Божков, О. Н. Владимирова, М. В. Горяйнова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Т. 102, № 5. – С. 726-735. – DOI 10.17816/KMJ2021-726.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обеспечение безбарьерной среды жизнедеятельности для лиц с ограниченными возможностями и инвалидов, развитие реабилитационной индустрии для максимальной социализации этой категории населения являются ведущими направлениями социальной политики Российской Федерации (Путин В.В., 2011-2020, Пузин С.Н., 2008–2020). В стране разрабатываются и реализуются федеральные целевые и региональные программы, направленные на профилактику инвалидности, социальную поддержку, реабилитацию и трудоустройство инвалидов (Пузин С.Н., 2008–2020; Андреева О.С., 2010–2018; Чикинова Л.Н., 2008–2017; Карасаева Л.А., 2010–2018, Дымочка М.А., 2019-2020).

Приоритетными вопросами социальной политики Российской Федерации являются вопросы трудовой занятости инвалидов, организационные аспекты которой необходимо совершенствовать (Лекарев Г.Г., 2015; Андреева О.С., 2014-2017). В современных социально-экономических условиях решение организационных и медико-социальных аспектов системы трудоустройства инвалидов имеет большую практическую значимость (Артамонова В.Г., 2008; Андреева О.С., 2008; Лучкевич В.С., 2009; Карасаева Л.А., 2010; Лекарев Г.Г., 2019; Воропаев А.А., 2020; Васильева Ю.С., 2020, Дымочка М.А., 2020-2021). Особой проблемой являются вопросы включения в трудовую занятость инвалидов со значительными нарушениями функции организма, ограничивающие способность к трудовой деятельности, в том числе при нарушении функции зрения и слуха.

До настоящего времени отсутствует система, которая может координировать деятельность различных ведомств и учреждений, ответственных за осуществление мероприятий по профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями. В субъектах Российской Федерации недостаточно разрабатываются и реализуются специальные программы по созданию специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов (Карасаева Л.А., 2010).

Несмотря на значительное количество научных работ по заданной теме, в доступной литературе недостаточно комплексных исследований системы

профессиональной реабилитации инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата на региональном уровне и в целом по Российской Федерации, включая изучение потребностей в мероприятиях профессиональной реабилитации деятельности СЗН по профессиональной реабилитации и трудоустройству инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата, изучения нормативно-правовой базы, обеспечивающей профессиональную реабилитацию данного контингента инвалидов. В Российской Федерации до настоящего времени не внедрена в широкую практику методика организации трудовой деятельности и формы трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

С целью разработки и научного обоснования организационно-функциональной модели профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями проведено данное исследование.

Проанализированы и обобщены данные отечественных и зарубежных литературных источников, современные формы организации системы профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации.

В современной научной литературе достаточно широко освещены организационно-правовые аспекты профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов. Вместе с тем, имеется сравнительно малое количество работ, посвященных изучению клинико-экспертных, медико-социальных, социально-психологических социально-средовых характеристик, влияющих на профессиональную реабилитацию инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций. Остается нерешенным вопрос научного обоснования модели трудоустройства инвалидов I и II групп вследствие болезней глаза, уха и сосцевидного отростка на специально созданных рабочих местах.

Для решения поставленных задач и достижения цели исследования разработана комплексная методика исследования, которая включала 4 этапа. В рамках первого этапа проведен анализ показателей первичной и повторной инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата; болезней уха и сосцевидного отростка; нарушений сенсорных функций (зрения, слуха,

одновременного нарушения функции зрения и слуха) по Российской Федерации и Санкт-Петербургу за 2015–2019 гг.

На втором этапе проведено изучение потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации ВПИ и ППИ вследствие нарушения сенсорных функций по Российской Федерации и в Санкт-Петербурге. Проведен анализ потребностей инвалидов в технических средствах реабилитации в ИПРА граждан, ВПИ и ППИ в Санкт-Петербурге. Изучена структура показателей рекомендаций по профессиональной реабилитации: нуждаемости в профессиональной ориентации, содействии в трудоустройстве, в том числе на СРМ. Изучена структура тифлотехнических и сурдотехнических средств реабилитации в ИПРА граждан, ВПИ и ППИ в Санкт-Петербурге.

На третьем этапе проводился анализ контингента безработных инвалидов, состоящих на учете в государственной службе занятости, по Санкт-Петербургу за 2015-2019 гг. Изучены показатели деятельности службы занятости населения по трудоустройству инвалидов в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.): в структуре безработных граждан изучен удельный вес инвалидов, состоящих на учете в СЗН; удельный вес инвалидов, получивших услугу по профессиональной ориентации, осуществленной в СЗН; удельный вес трудоустроенных инвалидов через СЗН, в т.ч. на квотируемые рабочие места. Изучена структура заявленной работодателями потребности в рабочей силе для трудоустройства инвалидов, в том числе на СРМ.

В рамках четвертого этапа проведено анкетирование инвалидов трудоспособного возраста и их потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации. Исследование проведено в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района и в центре медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению Санкт-Петербурга.

Специально разработана «Анкета по изучению потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации и удовлетворенности условиями трудоустройства инвалидов с сенсорными нарушениями» (приложение А). Вопросы анкеты составлены с учетом доменов МКФ, опросника

профессиональной реабилитации WORQ и приказа Минтруда от 29 декабря 2012 года № 643 «О проведении мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела».

Проведено ретроспективное изучение и анализ медико-социальных особенностей инвалидности вследствие сенсорных нарушений в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге. Анализ структуры ВПИ показал, что в Санкт-Петербурге по сравнению с Российской Федерацией удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата ниже в 2,5 раза (1,3% и 3,0% соответственно); удельный вес болезней уха и сосцевидного отростка ниже в 2,2 раза (1,0% и 2,2% соответственно). Анализ структуры ППИ показал, что в Санкт-Петербурге по сравнению с Российской Федерации удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата в 1,3 раза ниже (2,1% и 3,6%); болезней уха и сосцевидного отростка в Санкт-Петербурге ниже в 2,5 раза аналогичного показателя по Российской Федерации (0,6% и 1,5% соответственно).

Анализ медико-социальных особенностей по видам стойких нарушений сенсорных функций: зрения, слуха и одновременного нарушения слуха и зрения установил, что за пять лет в структуре ВПИ увеличился удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие стойких нарушений функции зрения: с 1,4% в 2015 г. до 3,0% в 2019 г. в Российской Федерации; с 0,7% в 2015 г. до 1,3% в 2019 г. в Санкт-Петербурге; увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: с 0,004% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г. в Российской Федерации; с 0,01% в 2015 г. до 0,6% в 2019 г. в Санкт-Петербурге.

В Российской Федерации отмечалось увеличение удельного веса инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения в структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций: с 26,4% (9841) в 2015 г. до 49,4% (18848) в 2019 г. В 2016 г. зафиксирован самый высокий показатель удельного веса 57,0% (20650), что практически в 2,2 раза выше, чем в 2015 г.

За пять лет в Санкт-Петербурге в структуре ВПИ увеличился удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие стойких нарушений функции зрения: с 0,7% в 2015 г. до 1,3% в 2019 г. Установлено увеличение удельного веса стойких

нарушений зрения в общей структуре ВПИ со стойкими нарушениями сенсорных функций с 33,7% (157) в 2015 г. до 43,2% (252) в 2019 г.

Отмеченной медико-социальной особенностью, как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге является значительное увеличение удельного веса одновременного нарушения функций слуха и зрения: с 0,1% (25) в 2015 г. до 9,4% (3594) в 2019 г. в структуре инвалидов, имеющих стойкие нарушения сенсорных функций в Российской Федерации, с 0,9% в 2015 г. до 21,1% в 2019 г. в Санкт-Петербурге.

В структуре ППИ вследствие стойких нарушений сенсорных функций удельный вес одновременного нарушения слуха и зрения в Санкт-Петербурге (5,8%) в 2,5 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации (2,6%), удельный вес стойких нарушений функции слуха в Санкт-Петербурге (14,5%) в 1,4 раза ниже, чем по Российской Федерации (21,0%), при этом удельный вес стойких нарушений функции зрения примерно на одном уровне, как в Российской Федерации (59,4%), так и в Санкт-Петербурге (62,2%).

Сравнительный анализ показателей потребности инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации по Российской Федерации и Санкт-Петербургу за 5 лет (2015–2019 гг.) установил, что в Санкт-Петербурге, как и в Российской Федерации, за пятилетний период у инвалидов относительно низкая потребность в мероприятиях профессиональной реабилитации: удельный вес рекомендаций о необходимости профессиональной ориентации в среднем за пять лет в Санкт-Петербурге составил 35,1% от общего числа реабилитационных мероприятий, что в 2,2 раза выше аналогичного показателя по Российской Федерации (16,2%). При этом удельный вес нуждаемости в содействии в трудоустройстве в Санкт-Петербурге составил 62,2% от общего числа реабилитационных мероприятий, что в 1,7 раза выше аналогичного показателя в Российской Федерации.

Проведенный анализ ИПРА по Санкт-Петербургу показал, что у инвалидов со стойкими нарушениями сенсорных функций имеется высокая нуждаемость в ТСР. Установлено, что из всех рекомендованных ТСР для инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения наибольшая потребность в световых и

вибрационных сигнализатора звука и специальных устройствах для чтения «говорящих книг» и коррекции слабовидения (1170 – 4,1% от всех рекомендуемых ТСР). Для инвалидов со стойкими нарушениями функции слуха наибольшая потребность выявлена в слуховых аппаратах (2571 – 9,0%). Обеспечение ТСР инвалидов со стойкими нарушениями сенсорных функций позволяют компенсировать имеющиеся ограничения жизнедеятельности, в том числе и трудовой деятельности, что важно для развития профессиональной реабилитации.

Сравнительный анализ о нуждаемости в содействии в трудоустройстве на СРМ по Российской Федерации и Санкт-Петербургу показал, что удельный вес рекомендаций низкий как в Российской Федерации (7,3%), так и в Санкт-Петербурге (3,7%). Изучение потребностей в СРМ у инвалидов со стойкими нарушениями функции зрения и с одновременным нарушением зрения и слуха установило наметившуюся тенденцию увеличения показателя потребности в СРМ в Российской Федерации для инвалидов с нарушением функции зрения с 17,4% в 2018 г. до 22,1% в 2019 г; с 0,3% в 2018 г. до 0,4% в 2019 г. для инвалидов с одновременным нарушением функции зрения и слуха.

В Санкт-Петербурге установлено снижение показателя потребности в СРМ с 56,2% в 2018 г. до 44,3 в 2019 г. для инвалидов с нарушением функции зрения; с 4,0% в 2018 г. до 1,9% в 2019 г. для инвалидов с одновременным нарушением функции зрения и слуха, что обуславливает необходимость более детального изучения системы трудоустройства на СРМ этой категории инвалидов.

Низкие показатели рекомендаций по оснащению СРМ, возможно связаны с отсутствием в Санкт-Петербурге, как и в целом в Российской Федерации, четкого алгоритма по созданию СРМ при трудоустройстве инвалидов. Для создания алгоритма профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями необходим мультифункциональный подход: выявление потребностей инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации специалистами бюро МСЭ, формирующих рекомендации о необходимости создания СРМ, взаимодействие со службой занятости населения и, непосредственно, с работодателем, технические средства реабилитации.

С целью выполнения поставленных задач диссертационного исследования, проведен анализ результатов выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) при переосвидетельствовании в Российской Федерации и Санкт-Петербурге в 2015–2019 гг.

Ранее установлено, что в среднем в год для ВПИ выдается 15977 рекомендаций по созданию СРМ в Российской Федерации и 383 в Санкт-Петербурге. При этом в 2015 г. в Российской Федерации создано 3902 специальных рабочих места, что составило 24,4% от рекомендованных, в 2016 г. создано 2996 СРМ (18,8%), в 2017 г. 852 СРМ (5,3%), в среднем в год создается 2583 СРМ (16,2% от рекомендованных).

Для разработки региональной модели создания СРМ проведен анализ рекомендаций по созданию СРМ для инвалидов по зрению, поскольку доля их рекомендаций по созданию СРМ составляет 50,2% от рекомендаций по созданию СРМ всех инвалидов с нарушением сенсорной функции.

Установлено, что в Санкт-Петербурге в среднем в год при первичном освидетельствовании инвалидность I и II группы вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха устанавливается в 165 случаях, из них потребность по созданию СРМ устанавливается у 30,0% (50 инвалидов).

В структуре всех рекомендаций по созданию СРМ для ВПИ удельный вес выявленной потребности для инвалидов I и II группы вследствие стойких нарушений функции зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха составил 14,0%. Прогностическим методом установлено, что в среднем в год в Санкт-Петербурге для инвалидов I и II группы со стойкими нарушениями функции зрения и слуха и одновременным нарушением функции зрения и слуха создается 9 СРМ, что составляет 17,0% от заявленной потребности.

Рассчитанный показатель прогноза организации СРМ для инвалидов с выраженными и значительно выраженными нарушениями функций зрения в Санкт-Петербурге оказался низким и не способным покрыть реальную потребность в трудоустройстве, что обосновало разработку организационно-

функциональной модели создания СРМ для инвалидов I и II групп, имеющих выраженные и значительно выраженные стойкие нарушения функций зрения и одновременное нарушение слуха и зрения.

Установлено, что в официальной форме отчетности ФГУ МСЭ 7-собес отсутствует графа о создании СРМ для инвалидов по зрению и слуху в разделе 3.1.1 (результаты выполнения индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида при переосвидетельствовании).

Уточнено, что методическими требованиями в деятельности ФГУ МСЭ по профессиональной реабилитации инвалидов в современных условиях являются: 1) знание нормативно-правовой и законодательной основ, обеспечивающих комплексную и профессиональную реабилитацию инвалидов; 2) оценка факторов рабочей среды и условий трудовой деятельности; 3) оценка потребностей инвалидов в ТСР, необходимых для трудовой деятельности; 4) организационно-методическая деятельность по созданию реабилитационной инфраструктуры в субъекте (районе, городе); 5) разработка программ профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида по принципу раннего начала мероприятий профессиональной реабилитации, использования разнообразных методов реабилитации и их оптимального сочетания; б) привлечение при освидетельствовании инвалидов консультантов для рационального удовлетворения потребностей инвалидов в мерах профессиональной реабилитации (инженеров по эргономике, специалистов по ТСР и СЗН, представителей предприятий, родственников и т.д.).

Для повышения эффективности и качества оказания услуг по профессиональной реабилитации инвалидам между ФГУ МСЭ и СЗН заключено «Соглашение по межведомственному взаимодействию», согласно плану которого, в год между учреждениями должно проводиться не менее 10 семинаров. Установлено, что в 2018 г. было проведено 8 семинаров, в 2019 г. – 7, что является показателем недостаточно эффективного взаимодействия между ФГУ МСЭ и СЗН

Одним из важных мероприятий в сфере трудоустройства являются ярмарки вакансий, основными участниками которой являются работодатели,

предлагающие имеющиеся вакансии, в том числе, для трудоустройства инвалидов. Установлено, что в Санкт-Петербурге ярмарки вакансий для инвалидов проводятся 4 раза в год.

Проведенный анализ оказанных государственных услуг в области содействия занятости населения в Санкт-Петербурге за 5 лет (2015–2019 гг.), показал, что удельный вес инвалидов, обращающихся за услугами низкий – 3,6%, из них 39,2% трудоустраиваются, при этом на квотируемые рабочие места – 2,6%. По профессиональной ориентации, доля выданных заключений для инвалидов очень низкая – 2,7%. Полученные данные свидетельствуют о низкой мотивации инвалидов к труду и неудовлетворительных результатах профессиональной реабилитации инвалидов.

Заявленная работодателями потребность для трудоустройства инвалидов также невысокая и составляет 10,5% от всех заявок. Обращает внимание низкий удельный вес заявок с созданием СРМ для инвалидов 0,4%, причем в последние два года заявки отсутствуют. Удельный вес заявок для трудоустройства на квотируемые рабочие места достаточно низкий и составляет 2,7% от всех заявок. Обращает внимание недостаточное количество проводимых ярмарок вакансий для инвалидов – 4 раза в год. Возможно, это связано с нежеланием или невозможностью работодателя нести дополнительные затраты по организации труда инвалидов: на адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического и организационного оснащения, обеспечения техническими приспособлениями с учетом индивидуальных возможностей инвалидов.

Установлено, что в официальной государственной статистической СЗН 2-Т в разделах «Показатели трудоустройства безработных граждан и инвалидов» и «Потребность в рабочей силе» не содержится показатель зарегистрированных для трудоустройства инвалидов по формам болезней и группам инвалидности.

Характерным показателем статуса инвалидов с нарушениями сенсорных функций, значимых для трудоустройства на СРМ являлись: наиболее трудоспособный возраст – 22,2% (18) в возрасте 25-35 лет, 66,9% (54) в возрасте 36-45 лет, 96,3 % инвалиды с нарушением функции зрения, 3,7,0% с

одновременным нарушением функции зрения и слуха. Более половины инвалидов имело высшее профессиональное образование (56,7%), среднее специальное – 23,5%, общее среднее 16,1%, неполное среднее образование у 3,7% инвалидов. После установления инвалидности 40,0% сменили место работы и вновь трудоустроены, но не по профессии. Установлено, что из общего числа респондентов лишь 40,0% перед трудоустройством проводилась профессиональная ориентация и 16,7% оказывалось сопровождение при содействии занятости, 51,0% оказывалось психологическое сопровождение, 48,0% оказывалась помощь волонтерами или представителями общественных организаций инвалидов. Конкретные планы в отношении трудовой деятельности – смена работы определялись лишь у 16,7% инвалидов, 41,4% имели желание профессионального роста на имеющемся рабочем месте, остальные не имели конкретных представлений о будущей трудовой деятельности.

Ввиду значимости индивидуальных характеристик и их влияния на результаты профессиональной реабилитации проводилось статистическое изучение. Полученные результаты корреляционного анализа позволили выявить приоритетные показатели, оказывающие влияние на организацию СРМ для трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями: возраст, уровень образования, наличие рекомендаций по профессиональной реабилитации в ИПРА, проведенные мероприятия по профессиональной ориентации и содействию в трудоустройстве, в том числе, на СРМ; ТСР, удовлетворенность условиями труда и СРМ, периодичность пребывания в центрах реабилитации.

По результатам исследования разработана и внедрена в практику организационно-функциональная модель создания специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями, которая направлена на оптимизацию межведомственного взаимодействия службы занятости населения и службы МСЭ и позволяет повысить результаты профессиональной реабилитации инвалидов с сенсорными нарушениями.

ВЫВОДЫ

1. В период с 2015 г. по 2019 г. в структуре впервые признанных инвалидами увеличился удельный вес инвалидов вследствие стойких нарушений функции зрения: по Российской Федерации с 1,4% до 3,0%, по Санкт-Петербургу с 0,7% до 1,3%; увеличился удельный вес вследствие одновременного нарушения функции зрения и слуха: по Российской Федерации с 0,004% до 0,6%, по Санкт-Петербургу с 0,01% до 0,6%. В структуре повторно призванных инвалидами увеличился удельный вес инвалидов вследствие стойких нарушений функции зрения: по Российской Федерации с 1,7% до 3,5%, по Санкт-Петербургу с 1,3% до 1,5%; увеличился удельный вес одновременного нарушения функции зрения и слуха: по Российской Федерации с 0,01% до 0,3%, по Санкт-Петербургу с 0,01% до 0,4%.

2. Выявляемая потребность в профессиональной ориентации в Санкт-Петербурге больше в 2,2 раза по сравнению с Российской Федерацией (35,1% и 16,2%, соответственно); в трудоустройстве – в Санкт-Петербурге больше в 1,7 раза по сравнению с Российской Федерацией (62,2% и 37,7%, соответственно). Однако рекомендаций по созданию специальных рабочих мест в Санкт-Петербурге оформлялось в 2,0 раза меньше, чем в Российской Федерации (3,7% и 7,3%, соответственно). Установленные низкие показатели рекомендаций по созданию специальных рабочих мест обуславливают низкие показатели трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями.

3. Анализ деятельности учреждений медико-социальной экспертизы показал, что ежегодно в учреждениях МСЭ Санкт-Петербурга впервые признаются инвалидами I и II группы вследствие стойких нарушений функций зрения и одновременного нарушения функции зрения и слуха 165 чел., при этом потребность в специальных рабочих местах определяется только у 32,0%. Анализ деятельности службы занятости населения Санкт-Петербурга констатировал низкую заинтересованность работодателей в трудоустройстве инвалидов: удельный вес заявленной потребности в трудоустройстве инвалидов составил

всего 10,5% от общего числа всех вакансий. В период с 2015–2019 гг. установлена низкая обращаемость инвалидов в службу занятости населения Санкт-Петербурга 3,6% от общего числа инвалидов трудоспособного возраста, из которых трудоустроено 39,2% инвалидов.

4. Оценка результатов реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов по организации специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями в Санкт-Петербурге свидетельствовала, что специальные рабочие места созданы всего 38,8% инвалидам по зрению, что в 3,5 раза ниже объективной потребности. Рассчитанный показатель прогноза создания специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов по зрению способен покрыть всего 17,0% от реальной потребности в специальных рабочих местах, что обосновало необходимость оптимизации механизмов по организации специальных рабочих мест.

5. Результаты медико-социального исследования показали, что на организацию специальных рабочих мест инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями оказывает влияние комплекс демографических, медико-социальных, психологических, средовых факторов, из которых наиболее приоритетными являются: возраст (возраст от 35 до 55 лет) ($r = 0,892$) при $p < 0,01$; наличие профессии, полученной до установления инвалидности ($r = 0,901$) при $p < 0,05$; наличие проведенной профориентации после установления инвалидности ($r = 0,529$), при $p < 0,05$; мотивация инвалидов на трудоустройство ($r = 0,556$), при $p < 0,05$, обеспеченность инвалидов техническими средствами реабилитации ($r = 0,892$), при $p < 0,01$; пребывание в центре реабилитации ($r = 0,785$) при $p < 0,01$.

6. Разработаны и обоснованы компоненты, составляющие модель организации специальных рабочих мест для инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций: медико-социальный (степень и виды нарушенных функций, учет ограничений способностей к трудовой деятельности, определение потребностей в мероприятиях профессиональной реабилитации и

технических средствах реабилитации); информационный (информационная работа с инвалидом о необходимости и возможности постановки на учет в органы службы занятости населения); регионально-межведомственный (взаимная деятельность органов службы занятости населения, ФГУ МСЭ, общественных организаций инвалидов, некоммерческих объединений и волонтерских служб); социально-средовой (доступность инфраструктуры и производственной среды, обеспеченность техническими средствами реабилитации и др.); реабилитационный (развитие центров комплексной реабилитации, внедрение новых форм трудоустройства).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Сформированные организационно-методические подходы при разработке и реализации программы профессиональной реабилитации в ИПРА инвалида, а именно: алгоритм выявления потребностей для составления программ профессиональной реабилитации инвалида, оценка показателей реабилитационно-трудового потенциала, назначение мероприятий профессиональной реабилитации с целью включения инвалидов в труд и занятость рекомендуются для использования врачами бюро МСЭ с целью совершенствования их деятельности.

2. Данные о структуре и динамике инвалидности среди инвалидов трудоспособного возраста вследствие нарушений сенсорных функций в г. Санкт-Петербурге, прогнозные значения этих показателей предлагаются в качестве информационной базы для органов государственной службы занятости населения и социальной защиты для использования в целевых региональных программах при создании специальных рабочих мест с целью повышения уровня занятости данного контингента инвалидов.

3. Полученные сведения о потребности инвалидов с выраженными нарушениями сенсорных функций в мероприятиях профессиональной реабилитации предложены органам социальной защиты, занятости населения, учреждениям медико-социальной экспертизы при планировании и реализации мероприятий по профессиональной реабилитации и трудоустройству инвалидов данного контингента для использования на межведомственном уровне.

4. Разработанная многокомпонентная организационно-функциональная модель специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с выраженными сенсорными нарушениями рекомендована специалистам в субъектах Российской Федерации при реализации государственной программы «Доступная среда» и выполнении обязательств по увеличению численности трудоустроенных инвалидов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВПИ	–	Впервые признанные инвалидами
ИПРА	–	Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)
МСЭ	–	Медико-социальная экспертиза
ОЖД	–	Ограничения жизнедеятельности
ОСТД	–	Ограничение способности к трудовой деятельности
ОСЗН	–	Органы социальной защиты населения
ППИ	–	Повторно признанные инвалидами
СЗН	–	Служба занятости населения
ССУ	–	Специально созданные условия
СРМ	–	Специальное рабочее место
ТСР	–	Технические средства реабилитации
ФГИС		Федеральная государственная информационная
ЕАВИИАС	–	системы «Единая автоматизированная вертикально- интегрированная информационно-аналитическая
МСЭ		система» медико-социальной экспертизы
ФГУ	–	Федеральные государственные учреждения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулаева, З. З. Проблемы и тенденции трудоустройства инвалидов как специфического сегмента регионального рынка труда / З. З. Абдулаева, П. И. Магомедова // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2019. – № 8 (106). – С. 151-158. – DOI 10.26726/1812-7096-2019-8-151-158.
2. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы / С. Н. Пузин, Н. В. Дмитриева, А. Ю. Пайков [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 29-37. – DOI 10.17816/MSER34613.
3. Алхасова, Х. А. Феномен инвалидности и социальная реабилитация инвалидов / Х. А. Алхасова // Взаимодействие науки и общества : проблемы и перспективы : сборник статей Международной научно-практической конференции (Казань, 8 июня 2017 г.) : в 4 ч. – Ч. 4. – Уфа : МЦИИ ОМЕГА САЙНС, 2017. – С. 140–143.
4. Анализ потребности инвалидов по зрению в социально-реабилитационных услугах и технических средствах реабилитации по данным медикосоциологического исследования / М. А. Севастьянов, И. А. Божков, В. С. Лучкевич [и др.] // Офтальмология. – 2019. – Т. 16, № 3. – С. 408–414. – DOI 10.18008/1816-5095-2019-3-408-414.
5. Андреева, О. С. Актуальные вопросы создания специальных рабочих мест для трудового устройства инвалидов / О. С. Андреева, С. А. Павлова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2016. – № 1. – С. 19–24.
6. Андреева, О. С. Изменение российского законодательства по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции ООН о правах инвалидов / О. С. Андреева // Организационное и методическое обеспечение подготовительного этапа по реализации пилотного проекта по отработке новых технологий и подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений МКФ : сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 13–15 июня 2012 г.). – М. : Полиграф-плюс. – 2012. – С. 11–13.

7. Андреева, О. С. Медицинские рекомендации к трудовой деятельности инвалидов с патологией слуха / О. С. Андреева, С. А. Павлова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 4. – С. 28–35.

8. Андреева, О. С. Особенности формирования трудовых рекомендаций для инвалидов / О. С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 1. – С. 18–25.

9. Андреева, О. С. Правовые, организационные и методические основы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации и (или) абилитации инвалида : учебно-методическое пособие / О. С. Андреева. – М. : ФБМСЭ, 2015. – 144 с.

10. Андреева, О. С. Типовая программа социальной реабилитации или абилитации для слабослышащих и глухих инвалидов в возрасте 18 лет и старше / О. С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 2. – С. 59–63.

11. Андреева, О. С. Типовая программа социальной реабилитации или абилитации для слабовидящих и слепых инвалидов в возрасте 18 лет и старше / О. С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 2. – С. 64–68.

12. Андреева, О. С. Типовые программы проведения реабилитационной организацией мероприятий социальной реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) / О. С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 1. – С. 19–24.

13. Арбуханова, П.М. Анализ общей инвалидности вследствие болезни глаза и его придаточного аппарата среди взрослого населения в Российской Федерации за период с 2006-2013 гг. / П.М. Арбуханова, М.Г. Назарян, З.Р. Дзагурова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2015. – № 4. – С. 68–73

14. Арлашкина, О. В. Управление занятостью лиц с ограниченными возможностями: опыт и проблемы / О. В. Арлашкина // Управленец. – 2016. – № 2(60). – С. 60–65.

15. Атаева, А. Г. Решение проблем трудоустройства маломобильных граждан в Республике Башкортостан с использованием цифровых технологий / А. Г. Атаева, А. С. Галимова // Инновационные технологии управления социально-экономическим развитием регионов России : материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Уфа, 27–28 августа 2020 года). – Уфа : Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Уфимский федеральный исследовательский центр Российской академии наук», 2020. – С. 72–77, 315–318.

16. Афонькина, Ю. А. Инклюзивное профессиональное образование: социально-личностные и социально-экономические эффекты : Коллективная монография / Ю. А. Афонькина, Т. В. Кузьмичева, Д. А. Морозова ; Мурманский арктический государственный университет. – Красноярск : Научно-инновационный центр, 2020. – 128 с. – ISBN 9785907208247. – DOI 10.12731/978-5-907208-24-7.

17. Ачкасов, Е. Е. Психологические аспекты медико-социальной реабилитации / Е. Е. Ачкасов, Н. И. Пряникова, М. А. Ярославская // Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. академика РАН С.Н. Пузина, д-ра мед. наук, профессора А.В. Гречко. – Москва : Издательский Дом ТОНЧУ, 2018. – С. 384-412.

18. Ачкасов, Е. Е. Социальная реальность профессиональной деятельности врача / Е. Е. Ачкасов, Р. В. Шурупова, В. В. Куршев // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 2. – С. 74–79.

19. Ачкасов, Е. Е. Технические средства реабилитации и безбарьерная среда : учеб. пособие / / Е. Е. Ачкасов ; под ред. Е. Е. Ачкасова, С. Н. Пузина, Е. В. Машковского. – Москва : ГЭОТАР Медиа, 2019. – 128 с.

20. Бадимова, А. В. Особенности эпидемиологии заболеваемости и инвалидности в связи с болезнями органов зрения в России и за рубежом / А. В. Бадимова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т. 8. – № 2. – С. 261-268. – DOI 10.23888/HMJ202082261-268.

21. Байраков, В.И. Инвалидность вследствие болезней уха у взрослого населения и пути развития социальной реабилитации и интеграции инвалидов : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / Байраков Виктор Иванович. – Москва., 2007. – 374 с.

22. Бельков, С. В. Особенности обучения инвалидов в организациях высшего образования / С. В. Бельков, Н. А. Сорокин // Современные проблемы и перспективы развития строительства, эксплуатации объектов недвижимости : сборник научных статей (Воронеж, 12 ноября 2015 года). – Воронеж : Воронежский государственный архитектурно-строительный университет, 2016. – С. 98–102.

23. Божков, И. А. Принципы подбора вспомогательных средств для людей с ограничениями жизнедеятельности в процессе медико-социальной реабилитации детей-инвалидов / И. А. Божков, М. А. Севастьянов // Комплексная реабилитация инвалидов: межведомственное взаимодействие : сборник материалов научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 14 сентября 2018 года) / главный редактор Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург : ЦИАЦАН, Р-КОПИ, 2018. – С. 23–24.

24. Божков, И. А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы её совершенствования / И. А. Божков, М. А. Севастьянов, В. А. Бронников // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11, № 2. – С. 273–283.

25. Васильева, Ю. В. Социальная занятость инвалидов в Российской Федерации и международные нормы в сфере трудоустройства и занятости инвалидов: проблемы реализации / Ю. В. Васильева // *Ex Jure*. – 2020. – № 2. – С. 131–141.

26. Вивчарук, К. Г. Квотирование рабочих мест для инвалидов и иные проблемы трудоустройства инвалидов / К. Г. Вивчарук // III Международная научно-практическая конференция «Современные тенденции и инновации в науке и производстве» (Междуреченск, 02–04 апреля 2014 года) / Филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения

высшего профессионального образования «Кузбасский государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева» в г. Междуреченске. – Междуреченск : Кузбасский государственный технический университет им. Т.Ф. Горбачева, 2014. – С. 241–242.

27. Виноградова, Н. И. Становление социального интеллекта студентов-инвалидов как фактора развития психологического реабилитационного потенциала профессионализации / Н. И. Виноградова, С. Т. Кохан // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2020. – № 4(43). – С. 59–66. – DOI 10.18323/2221-5662-2020-4-59-66.

28. Владимирова, О.Н. Актуальные вопросы реабилитации и абилитации инвалидов в Российской Федерации / О.Н. Владимирова // Медико-социальная реабилитация : Первый Югоосетинско-Российский симпозиум по медико-социальной реабилитации (Цхинвал, 29 октября 2018 г.) / Министерство здравоохранения и социального развития Республики Южная Осетия. Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации. Первый московский государственный медицинский университет им. И.Н. Сеченова (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации ; под редакцией С.Н. Пузина, И.Г. Галя, Г.Ф. Тотчиева. – Москва, 2019. – С. 63–66.

29. Владимирова, О. Н. Система комплексной реабилитации инвалидов с ограничением мобильности : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.06 / Владимирова Оксана Николаевна. – СПб., 2020. – 320 с.

30. Владимирова, О. Н. Решение вопросов доступности жилья для инвалидов в Российской Федерации / О. Н. Владимирова, М. В. Горяйнова // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2017. – № 1(63). – С. 69–72.

31. Вовченко, А.В. Основные направления и достижения в области социального обслуживания граждан пожилого возраста / А.В. Вовченко // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С.15–18.

32. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, И. Р. Мясников, А. А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20-26. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2019.1.20-26.

33. Волкова, И. П. Социально-психологические факторы удовлетворенности трудом в процессе производственной адаптации инвалидов по зрению : автореферат дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 / Волкова Ирина Павловна. – Санкт-Петербург, 2003. – 18 с.

34. Воропаев, А. А. Показатели трудовой занятости инвалидов как отражение государственной социальной политики Российской Федерации / А. А. Воропаев. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 17 (307). — С. 341–346.

35. Вспомогательные средства для людей с ограничением жизнедеятельности: практика подбора и применения в системе медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению : учебное пособие для медицинских организаций, организаций социального обслуживания и учреждений МСЭ / М.А. Севастьянов, И.А. Божков, М.В. Горяйнова, О.С. Молчанова, Шалашова Е.В. [и др.]. – СПб. : СПБИУВЭК, 2018. – С. 87

36. Горяйнов, И. В. Анализ инвалидности детей вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Санкт-Петербурге / И. В. Горяйнов, О. Н. Владимирова, М.В. Горяйнова // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 2. – С. 249–255.

37. Горяйнова, М. В. Нормативно-правовая основа делопроизводства в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов / М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева, И. Р. Мясников // Технологии реабилитации: наука и практика : материалы Международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25–26 апреля 2018 года / главный редактор Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург: ООО «Р-КОПИ», 2018. – С. 56–59.

38. Горяйнова, М. В. Особенности первичной инвалидности вследствие патологии органа зрения в разных возрастных группах населения Санкт-Петербурга за 2006-2010 гг. / М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева, Н. В. Дубровская // Офтальмология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 14-16.

39. Горяйнова, М. В. Система образования инвалидов по зрению в Санкт-Петербурге / М. В. Горяйнова // Развитие общего образовательного пространства государств - участников СНГ: достижения, проблемы, перспективы : материалы Международной научно-практической видеоконференции, Санкт-Петербург, 18–19 декабря 2014 года / под редакцией С. П. Полунина, Н. В. Мюллер. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский государственный экономический университет, 2015. – С. 139–141.

40. Горяйнова, М. В. Потребность инвалидов в мероприятиях профессиональной реабилитации (на примере Санкт-Петербурга) / М. В. Горяйнова, И. В. Горяйнов // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов / ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ; ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург : Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 2020. – С. 240–243.

41. Горяйнова, М. В. Пути трудоустройства инвалидов по зрению// М. В. Горяйнова, Л. А. Карасаева // Актуальные вопросы формирования реабилитационных мероприятий в системе медико-социальной экспертизы : материалы научно-практической конференции. – Москва, 2014. – С. 93–95.

42. ГОСТ Р 53873-2010. Национальный стандарт Российской Федерации. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов – М. : Стандартинформ, 2011. – 12 с.

43. ГОСТ Р 53874-2010. Реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг. – М. : Стандартинформ, 2011. – 6 с.

44. ГОСТ Р ИСО 9999-2014. Вспомогательные средства для людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация и терминология. – М.: Стандартиформ, 2015. – 106 с.

45. Гуссамова, А. Д. Механизм защиты прав лиц с ограниченными возможностями здоровья: теоретико-правовой аспект / А. Д. Гуссамова, Е. В. Березовская // Юность. Наука. Культура : материалы VII Всероссийской научно-практической конференции (Саранск, 19 декабря 2019 года) / Средне-Волжский институт (филиал) ВГУЮ (РПА Минюста России). – Саранск : Б. и., 2020. – С. 21–26.

46. Динамика показателей первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга за период 2015–2019 гг. / Е. В. Кароль, С. И. Козлов, Н. В. Попова [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 3. – С. 101–105.

47. Доклады об анализе состояния и динамики инвалидности взрослого и детского населения в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/36>.

48. Домбровская, А. Ю. Социальная адаптация инвалидов в России / А. Ю. Домбровская // Социологические исследования. – 2011. – № 11. – С. 67-71.

49. Донгаузер, Е. В. Проблема доступности высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья в России / Е. В. Донгаузер, Д. О. Михалева // Высшее образование в России: история и современность : сборник научных трудов / Министерство образования и науки Российской Федерации, ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет», Институт педагогики и психологии детства; ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина», Институт социальных и политических наук, Департамент философии ; научный редактор: М. А. Дьячкова ; ответственный редактор: О. Н. Томюк. – Екатеринбург : Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, 2017. – С. 149–155.

50. Дунина, С. С. Проблемы трудоустройства и занятости инвалидов со второй и третьей степенью ограничения способности к трудовой деятельности / С. С. Дунина // Актуальные вопросы качества жизни детей и выпускников с тяжелыми множественными нарушениями развития: сборник материалов научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 10 декабря 2015 года) / под ред. Е.В. Крыжко. – Санкт-Петербург: НИЦ АРТ, 2016. – С. 27–29.

51. Дымочка, М. А. Вопросы совершенствования нормативно-правового регулирования комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / М. А. Дымочка // Совершенствование межведомственного взаимодействия в рамках разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы: сборник материалов научно-практической конференции (Москва, 22–23 июня 2017 г.) / под общ. ред. М. А. Дымочки. – М.: Федеральное бюро МСЭ Минтруда и социальной защиты РФ, 2017. – С. 7–15.

52. Дымочка, М. А. Нуждаемость в комплексной реабилитации лиц, впервые признанных инвалидами из числа взрослого населения Российской Федерации, за период 2016 – 2018 гг. / М. А. Дымочка, О. С. Андреева, Е. В. Морозова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2020. – № 2. – С. 61–66.

53. Дымочка, М. А. Особенности динамики показателей инвалидности среди взрослого и детского населения Российской Федерации / М. А. Дымочка, Л. П. Гришина, З. М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 3. – С. 8–16.

54. Дымочка, М. А. Современные правовые основы оценки в Российской Федерации условий труда, трудового устройства, занятости инвалидов и создания специальных рабочих мест / М. А. Дымочка, О. С. Андреева // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2017. – № 1. – С. 7–17.

55. Дымочка М.А. Сборник по трудоустройству инвалидов, сформированный на основе успешно реализованных региональных практик и мероприятий, в том числе осуществляемых социально ориентированными

некоммерческими организациями / М. А. Дымочка, О. С. Андреева. – Москва : Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, 2018. – 125 с.

56. Егоршин, А. П. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения / А. П. Егоршин, Н. А. Полина // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 59 (1). – С. 21–25.

57. Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих (ЕТКС), 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://profstandart.rosmintrud.ru/obshchiy-informatsionnyy-blok/spravochniki-i-klassifikatory-i-bazy-dannykh/etks/>.

58. Елисеева, Е. Ю. Образование инвалидов в России: текущее состояние / Е. Ю. Елисеева, И. Е. Барабанова // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты : труды II международной научно-практической конференции (Дедовск, 16–18 марта 2016 года). – Дедовск : Московский государственный областной университет, 2016. – С. 18–23.

59. Жаворонков, Р. Н. Правовое регулирование труда и социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.05 / Жаворонков Роман Николаевич. – М., 2014. – 495 с.

60. Жукова, Т. Н. Комплексная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов / Т. Н. Жукова // Человек и его здоровье : материалы XVIII Российского национального конгресса (Санкт-Петербург, 16–18 октября 2013 г.) // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2013. – № 4 (54). – С. 9–11.

61. Зайцева, Т. В. Трудоустройство инвалидов в РФ, или Что делать с равными правами человека на труд? / Т. В. Зайцева, О. Н. Халуторных // Государственное управление. Электронный вестник. – 2018. – № 71. – С. 117–140.

62. Захарова, А. Ю. Проблемы обеспечения занятости инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья / А. Ю. Захарова // Социальная справедливость и гуманизм в современном государстве и праве : материалы

международной научно-практической конференции (Москва, 20 февраля 2017 года). – Москва : Издательство Московского гуманитарного университета, 2017. – 334 с.

63. Изучение потребности в мероприятиях профессиональной реабилитации у лиц, впервые признанными инвалидами в Санкт-Петербурге в 2019 г. // Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, Е. В. Кароль, Е. А. Белавина // Материалы Третьего национального конгресса с международным участием «Реабилитация – 21 век: Традиции и инновации». – 2020. – С. 156–159.

64. Инвалиды - инвалидность - инвалидизация : материалы международной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 27–28 сентября 2018 года. – Нижний Новгород: ООО «Научно-исследовательский социологический центр», 2018. – 834 с. – ISBN 978-5-93116-204-1.

65. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / С. Н. Пузин, М. А. Шургая, С. С. Меметов [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2018. — Т. 21, № 1-2. — С. 10–17.

66. Инвалиды с детства с тяжёлыми нарушениями функций: медико-социальный портрет / И. С. Ишутина, О. Н. Владимирова, К. П. Афонина, М. Д. Ходаковский, Л. И. Геращенко, А. С. Кантемиров // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 6. – С. 869-875.

67. Индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) / М. А. Дымочка, М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, К. П. Афонина // Реабилитация инвалидов : национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 77–79.

68. Инновационные подходы к трудоустройству инвалидов с выраженными ограничениями жизнедеятельности в самостоятельном передвижении / Л. А. Карасаева, В. С. Лучкевич, А. Ш. Каличава, О. Н. Владимирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 75–79. – DOI 10.18821/1560-9537-2017-20-2-75-79.

69. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России / С. Н. Пузин, Н. В. Дмитриева, С. Б. Шевченко, М. А. Осадчук, В. Г. Суворов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – № 1. – С. 50–54.

70. Калашникова, И. В. О трудовой занятости инвалидов в России / И. В. Калашникова, А. А. Тринадцатко // Вестник Тихоокеанского государственного университета. – 2017. – № 1(44). – С. 141–154.

71. Каличава, А.Ш. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию системы медико-социальной реабилитации и прогнозирования степени утраты трудоспособности больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Каличава Антон Шотаевич. – СПб., 2017. – 181 с.

72. Карасаева, Л.А. Анализ потребности инвалидов в трудоустройстве на специальном рабочем месте в Российской Федерации и Санкт-Петербурге / Л.А. Карасаева, М.В. Горяйнова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2021. – Т. 24. – № 3. – С. 15-22.

73. Карасаева, Л. А. Модель профессиональной реабилитации инвалидов I и II групп в условиях реабилитационного отделения / Л. А. Карасаева // Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации больных и инвалидов : материалы научно-практической конференции. – Минск, 2010. – С. 49–50.

74. Карасаева, Л. А. Научное обоснование и совершенствование организационно-методических, правовых и медико-социальных основ системы профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03, 14.02.06 / Карасаева Людмила Алексеевна. – СПб., 2011. – 448 с.

75. Карасаева, Л. А. Нерешенные проблемы в системе профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 2. – С. 10–14.

76. Карасаева, Л. А. Организационно-правовые основы межведомственного взаимодействия учреждений, принимающих участие в реабилитации инвалидов / Л. А. Карасаева, Н. Ю. Сибогатулина // Развитие общего образовательного пространства государств – участников СНГ : достижения, проблемы, перспективы : материалы Международной научно-практической видеоконференции (Санкт-Петербург, 18–19 декабря 2014 г.) / под ред. С. П. Полутина, Н. В. Мюллер. – СПб. : СПбГЭУ, 2015. – С. 125–126.

77. Карасаева, Л. А. Организационно-правовые основы трудового устройства инвалидов в современных условиях / Л. А. Карасаева, М. В. Горайнова, А. А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2020. – № 1. – С. 31–40. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2020.1.31-40.

78. Карасаева, Л. А. Организационные аспекты внедрения поддерживаемого трудоустройства в систему профессиональной реабилитации инвалидов в Российской Федерации / Л. А. Карасаева, Е. М. Старобина, Н. В. Мюллер // Человек и его здоровье : материалы Российского национального конгресса. – СПб., 2009. – С. 188.

79. Карасаева, Л. А. Организация профессиональной реабилитации инвалидов по зрению в Санкт-Петербурге / Л. А. Карасаева, М. В. Горайнова // Материалы Российского национального конгресса с международным участием «Человек и его здоровье». – СПб., 2011. – С. 97.

80. Карасаева, Л. А. Перспективы развития системы трудоустройства инвалидов в Российской Федерации / Л. А. Карасаева, А. Ш. Каличава, И. Р. Мясников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сборник научных статей / Министерство здравоохранения Республики Беларусь; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации». – Минск : Издатель А.Н. Вараксин, 2015. – С. 124–127.

81. Карасаева, Л. А. Трудовая установка как значимая составляющая реабилитационного потенциала / Л. А. Карасаева, В. Я. Апчел, Ю. А. Даринский // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. – № 4. – С. 36–38.

82. Классификации и критерии при проведении медико-социальной экспертизы с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методическое пособие / М. А. Дымочка, Д. И. Лаврова, Н. Д. Талалаева, Е. С. Либман [и др.]; под общ. ред. Д. И. Лавровой. – М. : ФГБУ ФБМСЭ, 2012. – 220 с.

83. Климахович, В. О. Право инвалидов на труд: гарантии международного и национального законодательства Республики Беларусь / В. О. Климахович // Современные вопросы государства, права, юридического образования: сборник научных трудов по материалам XV Международной научно-практической конференции (Тамбов, 22 декабря 2019 г.) – Тамбов: Издательский дом «Державинский», 2020. – С. 7783.

84. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]: принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. // Организация Объединенных Наций: официальный сайт. – Нью-Йорк: Женева: ООН, 2020. – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 27.03.2021).

85. Коробов, М. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: основные положения: учебно-методическое пособие / М. В. Коробов. – СПб. : СПБИУВЭК, 2011. – 35 с.

86. Куликова, Н. Г. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью / Н. Г. Куликова, С. Ш. Камурзоева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 14–16.

87. Курбанова, А. Т. Трудовая занятость и особенности негативных психических состояний инвалидов по зрению / А. Т. Курбанова // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: материалы VIII Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: теория и практика»

(Казань, 11 июня 2014 г.) / под ред. А.И. Ахметзяновой. – Казань : Отечество, 2014. – С. 109–115.

88. Кучмаева, О. В. Занятость инвалидов в регионах России: состояние, дифференциация, факторы / О. В. Кучмаева // Статистика и Экономика. – 2020. – Т. 17, № 5. – С. 27–37. – DOI 10.21686/2500-3925-2020-5-27-37.

89. Лунёв, В. П. Социально-гигиенические основы инвалидности трудоспособного населения в Российской Федерации и научное обоснование развития комплексной медико-социальной реабилитации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.54 / Лунёв Вячеслав Петрович. – М., 2007. – 353 с.

90. Лучкевич, В. С. Качество жизни как критерий эффективности реализации лечебно-оздоровительных программ / В. С. Лучкевич // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2012. – № 3. – С. 26–29.

91. Мартынова, Е. А. Принципы инклюзивного образования инвалидов и их обеспечение законодательством РФ для системы высшего профессионального образования / Е. А. Мартынова // Достижения вузовской науки. – 2013. – № 4. – С. 63–68.

92. Медико-социальная характеристика контингента инвалидности вследствие болезней глаза с учетом нозологической формы в г. Москве / С. Н. Пузин, М. Г. Назарян, А. А. Щекатуров, О. Ю. Верташ // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. – № 3. – С. 134-137.

93. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» – приоритетная основа разработки и реализации реабилитационных мероприятий / Х. В. Иксанов, Т. Ю. Быковская, Р. Р. Мухаматдинов, В. Н. Потапов, Н. С. Говорушкина, И. А. Миненко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 1. – С. 15–24.

94. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора

[Электронный ресурс]: методические указания от 12 декабря 2014 г. // Минтруд России: официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/64> (дата обращения: 27.03.2021).

95. Методическое письмо Федерального государственного бюджетного учреждения Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России от 13.06.2019 № 22127/2019 «О порядке реализации положений нормативных правовых документов по сопровождаемому трудоустройству инвалидов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327093/

96. Методическое пособие для обучения (инструктирования) сотрудников учреждений МСЭ и других организаций по вопросам обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи / Р. Н. Жаворонкова, Н. В. Путило, О.Н. Владимирова, В. Л. Баранков, А. Л. Благодир, Н. С. Волкова, Т. С. Глазырин, И. В. Горяйнов, О. Ю. Еремина, Е. Г. Иваненко, Д. И. Махник, Т. Е. Мельник, И. В. Плюгина, Е. В. Пуляева, Ф. В. Цомартова, Ю. И. Шуплецова : методическое пособие : в 2-х частях. – М. : Министерство труда и социальной защиты населения Российской Федерации : Фонд содействия научным исследованиям проблем инвалидности, 2015. – 555 с.

97. Мюллер, Н. В. Профессиональное обучение и образование как направление профессиональной реабилитации инвалида / Н. В. Мюллер // Учиться и жить вместе: открытое пространство инклюзии : материалы Всероссийского форума продвижения идей и принципов инклюзивного образования : в двух частях (Казань, 26–28 февраля 2015 г.). – Казань: Университет управления «ТИСБИ», 2015. – С. 100–108.

98. Мясников, И. Р. Региональный опыт организации Мультицентра по доступности профессиональной реабилитации для лиц с ограниченными возможностями здоровья / И. Р. Мясников // Kazakh Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. – 2019. – № 3(28). – С. 76-77.

99. Назарян, М. Г. Анализ общей инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата за период 2006-2013 гг. : учебно-методическое пособие / М. Г. Назарян. – М., 2014. – 8 с.

100. Назарян, М. Г. Инвалидность вследствие болезни глаза и его придаточного аппарата и пути совершенствования системы медико-социальной реабилитации : монография / М. Г. Назарян, А. А. Щекатуров. – Москва : Триумф, 2019. – 253 с.

101. Назарян, М. Г. Особенности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата / М. Г. Назарян, О. Ю. Верташ // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2015. – № 4. – С. 73–76.

102. Назарян, М.Г. Комплексное исследование инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата и совершенствование системы мер по медико социальной реабилитации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.06 / Назарян Марина Грачиковна. – Москва., 2019. – 259 с.

103. Научигин, К. М. Социальная и профессиональная интеграция лиц с ограниченными возможностями как дополнительный инструмент повышения уровня человеческого капитала / К. М. Научигин // Казанская наука. – 2013. – № 6. – С. 48–51.

104. Национальные стандарты в комплексной реабилитации и абилитации инвалидов / О. Н. Владимирова, А. В. Шошмин, С. В. Малькова [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 18–29. – DOI 10.17238/issn1999-2351.2019.4.18-29.

105. Нацун, Л. Н. К вопросу об экономической цене инвалидности / Л. Н. Нацун, А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2018. – Т. 11, № 2. – С. 160–174. – DOI: 10.15838/esc.2018.2.56.11

106. Некоторые промежуточные итоги реализации индивидуальных программ реабилитации-абилитации инвалида / С. С. Меметов, М. В. Черныш, О. В. Рукодачный [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по

медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 3. – С. 6–12.

107. Нормативно-правовое обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида / Л. А. Карасаева, М. А. Заплата, И. Р. Мясников, А. Ш. Каличава // Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида): сборник материалов научно-практической конференции в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы (Москва, 02–03 ноября 2016 г.) / Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. – Москва : Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, 2016. – С. 36–39.

108. О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 27 авг. 2019 г. № 585н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2020. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/> (дата обращения: 27.03.2021).

109. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Электронный ресурс] : Федеральный закон от 24 нояб. 1995 г. № 181-ФЗ : принят Гос. Думой 20 июля 1995 г. : одобрен Советом Федерации 15 нояб. 1995 г. : по состоянию на 23 февр. 2013 г. // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2021. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/10164504/> (дата обращения: 27.03.2021).

110. Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации : Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ : принят Гос. Думой 15 нояб. 1995 г. // Российская газета, № 243. – 1995. – 19 декабря.

111. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление

Правительства РФ от 1 дек. 2015 г. № 1297 // Минтруд России : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/government/170> (дата обращения: 27.03.2021).

112. Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов : приказ Минтруда России от 30 июня 2017 г. № 545 // Бюллетень трудового и социального законодательства Российской Федерации. – 2017. – № 10. – С. 12.

113. Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм [Электронный ресурс] : Приказ Минтруда России от 13.06.2017 г. № 486н. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71734826/>.

114. Об утверждении формы и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ Минтруда России от 15 окт. 2015 г. № 723н // Гарант.ру : информационно-правовой портал. – М. : НПП «Гарант-сервис», 2021. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71279418/> (дата обращения: 27.03.2021).

115. Определение критерия «стойкости нарушения функций организма», как основы реабилитации инвалидов / Л. А. Карасаева, И. В. Деденева, С. В. Павлова, О.В. Хорькова, М.В. Горяйнова // Технологии реабилитации: наука и практика : материалы Международной научной конференции, Санкт-Петербург, 25–26 апреля 2018 года / главный редактор Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург : ООО «Р-КОПИ», 2018. – С. 55–56.

116. Определение потребности инвалидов в различных видах и формах реабилитационных и абилитационных мероприятий. Расчет мощности реабилитационных учреждений / М. А. Дымочка, Л. Л. Науменко, Н. Д. Талалаева [и др.] // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2018. – № 1. – С. 8–19.

117. Организационно-правовые особенности работы учреждений медико-социальной экспертизы и медицинских организаций в современных условиях / С. В. Павлова, Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова [и др.] // СПБИУВЭК: прошлое, настоящее, будущее. Сложные и нерешенные вопросы Приказа № 585н : сборник трудов конференции, Санкт-Петербург, 15 декабря 2020 года. – Санкт-Петербург : ООО Айсинг, 2020. – С. 291–294.

118. Организационно-правовые вопросы направления граждан на медико-социальную экспертизу / С. Н. Пузин, Т. Ю. Быковская, С. С. Меметов [и др.]. – Ростов-на-Дону : Ростовский государственный медицинский университет, 2019. – 330 с.

119. Организация и содержание деятельности отделений центра социальной реабилитации инвалидов : (опыт Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Центр социальной реабилитации инвалидов» / Ю. Л. Гусак, А. В. Перешитов, Р. С. Таирова, Н. В. Сапожкова, Т. В. Корзунина, Н. В. Изергина, С. И. Лошак, Ю. С. Васильева // Социальное обслуживание. – 2016. – № 8. – С. 39–50.

120. Осипова, О. А. Формирование системы интеграции трудового потенциала инвалидов в экономику региона : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Осипова Ольга Анатольевна. – Воронеж, 2004. – 230 с.

121. Основные мероприятия индивидуальной программы реабилитации (абилитации) / М. А. Дымочка, М. В. Коробов, О. Н. Владимирова, К. П. Афонина // Реабилитация инвалидов : национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С. 81–83.

122. Особенности внедрения модели поддерживаемого трудоустройства инвалидов в Российской Федерации / Н. В. Мюллер, В. С. Черкес,

Н. Л. Цымляков [и др.]. – Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет, 2011. – 96 с.

123. Отчет о деятельности Санкт-Петербургского государственного автономного учреждения «Центр занятости населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.r21.spb.ru/empl/analytics.htm>.

124. Питайкина, И. А. Управление трудовой занятостью инвалидов как способ повышения эффективности использования человеческого потенциала России / И. А. Питайкина, О. А. Стриженок // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 3, № 7. – С. 83-89.

125. План мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2017-2020 гг. [Электронный ресурс] : Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 893-р. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/27595/>.

126. Повышение эффективности трудового устройства через использование МКФ / Л. А. Карасаева, И. В. Деденева, С. В. Павлова, О. В. Хорькова, М. В. Горайнова // Материалы международной научной конференции «Технологии реабилитации: наука и практика (Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 г.) / Минтруд России. – Санкт-Петербург : Р-КОПИ, 2018. – С. 201–202.

127. Постановление Госстандарта РФ от 26.12.1994 № 367 (ред. от 19.06.2012) [Электронный ресурс] <О принятии и введении в действие Общероссийского классификатора профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов ОК 016-94> (вместе с «ОК 016-94. Общероссийский классификатор профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов») (дата введения 01.01.1996). – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58964/.

128. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.09.2012 № 875 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_134735/6efb1b4fdbd80279c1ed8b2423ce0250e0f4cbe5/.

129. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28927/.

130. Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 г. № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72116666/>.

131. Правовые основы организации МСЭ в современный период в условиях не распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 / Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, С. В. Павлова, А. А. Нурова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : Сборник научных статей. – Минск : Общество с ограниченной ответственностью «Колорград», 2021. – С. 39–44.

132. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04.08.2014 г. № 515 «Об утверждении методических рекомендаций по перечню рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/268>.

133. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.12.2012 № 643 «О проведении мониторинга потребности незанятых инвалидов трудоспособного возраста в трудоустройстве, открытии собственного дела» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/42>.

134. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.11.2013 № 685н «Об утверждении основных требований к оснащению (оборудованию) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70631460/>.

135. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11.07.2013 № 303н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной функции надзора и контроля за регистрацией инвалидов в качестве безработных» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70446412/>

136. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 августа 2018 г. № 518н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги по организации сопровождения при содействии занятости инвалидов» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71925760/>.

137. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3 декабря 2018 г. № 765 «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72028280/>.

138. Приказ Минтруда России № 777 от 09.11.2017 «Об утверждении методических рекомендаций по выявлению признаков дискриминации инвалидов при решении вопросов занятости» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/1273>.

139. Приказ Минтруда России от 01.02.2018 № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций» [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-mintruda-rossii-ot-01022018-n-46-ob-utverzhdanii>.

140. Приказ Минтруда России от 13.11.2012 № 524н «Об утверждении федерального государственного стандарта государственной услуги содействия гражданам в поиске подходящей работы, а работодателям в подборе

необходимых работников» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/11>.

141. Приказ Минтруда России от 16.11.2015 № 872н «Об утверждении Порядка, формы и сроков обмена сведениями между органами службы занятости и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71276722/>.

142. Приказ Роструда от 13.06.2019 № 160 (ред. от 22.04.2020) «Об утверждении Административного регламента осуществления Федеральной службой по труду и занятости федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права» [Электронный ресурс] (Зарегистрировано в Минюсте России 10.10.2019 №56195). – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335384.

143. Проблемы направления детей на медико-социальную экспертизу / О. Н. Владимирова, Е. В. Пронина, Т. Б. Поддубная, И. В. Горяйнов, Н. Д. Медведева, М. В. Горяйнова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – Т. 58, № 5. – С. 97–101.

144. Прошина, А. Н. Адаптация инвалидов в российских организациях : дис. канд. ... соц. наук : 22.00.08 / Прошина Анна Николаевна. – Саратов, 2012. – 223 с.

145. Прошина, А. Н. Использование модели компетенции в управлении адаптацией работника-инвалида / А. Н. Прошина // Наука и общество. – 2012. – № 1(4). – С. 135-141.

146. Пугиев, Л. И. Инвалидность у лиц молодого возраста в Российской Федерации, закономерности ее формирования и стратегия развития профессиональной реабилитации : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / Пугиев Леонид Иванович. – Москва, 2008. – 331 с.

147. Пузин, С. Н. Аспекты профессиональной реабилитации – как основа экономической эффективности восстановления трудоспособности / С. Н. Пузин, Х. В. Иксанов // Современный этап развития науки и практики медицинской реабилитации и спортивной медицины в Российской Федерации : материалы

Всероссийской научно-практической конференции (Казань, 10–11 апреля 2017 г.). – Казань : Издательский дом «МеДДоК», 2017. – С. 149–151.

148. Пузин, С. Н. Инвалидность как геронтологическая проблема / С. Н. Пузин, Л. П. Гришина, И. С. Храмов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 3-6.

149. Реабилитация – XXI век: традиции и инновации / IV Национальный конгресс с международным участием/Сборник статей.//Санкт-Петербург, 08 – 09 сентября 2021 года / Минтруд России; [Глав. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р мед. наук, проф. В.Г. Помников, д-р мед. наук Е.М. Васильченко, канд. биол. наук А.В. Шошмин, К.Н. Рожко]. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2021. – 372 с.

150. Результаты государственной демографической политики в сфере реабилитации, медико-социальной экспертизы, социального страхования, труда и занятости пострадавших на производстве / М. А. Севастьянов, И. А. Божков, О. Н. Владимирова, М.В. Горяйнова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Т. 102, № 5. – С. 726-735. – DOI 10.17816/KMJ2021-726.

151. Результаты исследования медико-социальных последствий нарушения функции слуха у детей-инвалидов с позиций международной классификации функционирования / И. В. Горяйнов, О. Н. Владимирова, С. А. Бондарев, М. В. Горяйнова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2020. – Т. 23, № 4. – С. 8–14. – DOI 10.17816/MSER50064.

152. Роль и значение психологического исследования для реабилитационно-экспертной диагностики инвалидов [Электронный ресурс] / Л. А. Карасева, О. И. Шулепова, М. В. Горяйнова, П. А. Чайка, И. В. Светличная // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 25-27. – Режим доступа: <https://www.medlit.ru/journal/1106>.

153. Рощенко, О. Е. Особенности организации инклюзивного образования инвалидов в учебных заведениях профессионального образования / О. Е. Рощенко, С. В. Скорняков // Организация инклюзивного образовательного пространства: состояние и перспективы : Материалы международной научно-

практической конференции (Улан-Удэ – оз. Байкал, 13–15 июня 2017 г.) / отв. ред. Е.Ю. Перова. – Улан-Удэ : Восточно-Сибирский государственный институт культуры, 2017. – С. 38-42.

154. Соблюдение прав инвалидов в сфере здравоохранения / С. В. Павлова, Л. А. Карасаева, И. В. Деденева [и др.] // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: Материалы II Национального конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 12–13 сентября 2018 года / главный редактор Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург : ИАЦАН, Р-КОПИ, – 2018. – С. 24–25.

155. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого возраста / С. Н. Пузин, М. А. Шургая, С. С. Маметов, Н. П. Шаркунов, О.В. Рукодачный, В. Н. Потапов, Н. С. Говорушкина, И. А. Миненко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2018. – № 1. – С. 25–28.

156. Старобина, Е.М. Исследование потребности инвалидов в сопровождении при трудоустройстве / Е. М. Старобина, Е. О. Гордиевская, И. Е. Кузьмина // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3 (52). – С. 135–140.

157. Стойкие нарушения слуха у взрослых и детей: вопросы диагностики, медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации / О. Н. Владимирова, Л. Е. Голованова, М. Ю. Бобошко, С. А. Артюшкин, И. В. Горяйнов. – Санкт-Петербург : СПБИУВЭК Минтруда России, 2017. – 72 с.

158. Топилин, К. А. Стимулирование использования трудового потенциала инвалидов на региональном рынке труда (на примере Москвы) : дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05 / Топилин Константин Анатольевич. – Москва, 2011. – 175 с.

159. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12125268/>.

160. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в субъекте Российской Федерации программным методом / О. Н. Влади-

мирова, А. В. Шошмин, В. В. Лорер, С. В. Малькова, Е. Е. Ачкасов // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 4. – С. 30–42.

161. Фадин, Н. И. Экономические аспекты трудовой занятости инвалидов / Н. И. Фадин // Инновации и инвестиции. – 2016. – № 4. – С. 79–82.

162. Факторы, определяющие трудовую деятельность инвалидов со значительными нарушениями здоровья / Е. М. Старобина, О. Н. Владимирова, А. Т. Давыдов, М. И. Разумовский, Л. А. Кожушко // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 19–24.

163. Федеральный закон «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ (ред. от 02.08.2019) (Собр. зак-ва РФ, 2002, № 1, ст. 1; 2007, № 26, ст. 3089; 2013, № 8) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/.

164. Федеральный закон «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 № 1032-1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/.

165. Федеральный закон РФ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171577/.

166. Фирсова, Ю. А. Рациональное использование трудового потенциала инвалидов в современных экономических условиях / Ю. А. Фирсова // Современные технологии управления персоналом: сборник трудов V Международной научно-практической конференции (Симферополь, 27–28 сентября 2018 г.) / под науч. ред. О.С. Резниковой. – Симферополь: Ариал, 2018. – С. 159–163.

167. Чардымская, М. С. Оценка эффективности использования трудового потенциала инвалидов по зрению / М. С. Чардымская // Экономика и предпринимательство. – 2017. – № 12-3(89). – С. 834-839.

168. Шакирзянова, Ю.А. Поддерживаемое трудоустройство как альтернативная форма традиционной трудовой занятости лиц с инвалидностью в России / Ю. А. Шакирзянова // Новая наука: От идеи к результату. – 2016. – № 6-2(90). – С. 65–68.

169. A systematic review of the benefits of hiring people with disabilities / S Lindsay, E. Cagliostro, M. Albarico, N. Mortaggi, L. Karon // Journal of Occupational Rehabilitation. – 2018. – Vol. 28, № 4. – P. 634–655. doi: 10.1007/s10926-018-9756-Z. PMID: 29392591.

170. Baumberg, B. Disability prevalence and disability-related employment gaps in the UK 1998-2012: Different trends in different surveys? / B. Baumberg, M. Jones, V. Wass // Social Science & Medicine – 2015. – Vol. 141, P 72-81. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.07.012. Epub 2015 Jul 13.

171. Bethge, M. Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben [rehabilitation and work participation] / M. Bethge // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2017. – Vol. 60, № 4. – P. 427–435. – DOI. 10.1007/s00103-017-2519-8. PMID: 28197661.

172. Box, G. Views of disability rights organisations on assisted dying legislation in England, Wales and Scotland: an analysis of position statements [Электронный ресурс] / G. Box, K. Chambaere // Journal of Medical Ethics. – 2021. – Jan 5: medethics-2020-107021. – DOI: 10.1136/medethics-2020-107021. Epub is ahead of print. PMID: 33402428.

173. Breen, J. Employers' attitudes towards hiring people with disabilities in Armenia / J. Breen, F. Havaei, C. Pitassi // Disability and Rehabilitation – 2019. – Vol. 41, № 18. – P. 2135-2142. – doi: 10.1080/09638288.2018.1459882. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29661096.

174. Brite, R. Labor inclusion of individuals with disabilities: Managers' conceptions as a contributing factor / R. Brite, F. Nunes, D. Souza // *Work*. – 2015. – Vol. 50, № 4. – P. 553–561. – DOI: 10.3233/WOR-141966.

175. Brucker, D. L. People with disabilities in the United States. / D. L. Brucker, A. J. Houtenville // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 2015. – Vol. 96, № 5. – P. 771-774. – DOI: 10.1016/j.apmr.2015.02.024. Epub 2015 Mar 7. PMID: 25757791.

176. Cassiani, C. E-mentoring for youth with physical disabilities preparing for employment: a content analysis of support exchanged between participants of a mentored and non-mentored group / C. Cassiani, J. Stinson, S. Lindsay // *Disability and Rehabilitation* – 2020. – Vol. 42, № 14. – P. 1963–1970. – doi: 10.1080/09638288.2018.1543360. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30641025.

177. Cho, S. Using the photovoice method to understand experiences of people with physical disabilities working in social enterprises / S. Cho, M. A. Kim, S. Kwon // *Disability and Health Journal*. – 2019. – Vol. 12, № 4. – P. 685–693. – doi: 10.1016/j.dhjo.2019.03.011. Epub 2019 Apr 4. PMID: 30979618.

178. Demand-Side Factors Related to Employment of People with Disabilities: A Survey of Employers in the Midwest Region of the United States / F. Chan, D. Strauser, P. Maher, E. J. Lee, R. Jones, E.T Johnson // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2010. – Vol. 20, № 4. – P. 412-419. – doi: 10.1007/s10926-010-9252-6. PMID: 20602153.

179. Disability at Work: A Look Back and Forward / L. Schur, K. Han, A. Kim, M. Ameri, P. Blanck, D. Kruse // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2017. – Vol. 27, № 4. – P. 482–497. – doi: 10.1007/s10926-017-9739-5. ... PMID: 29110160.

180. Factors associated with the participation of visually impaired people in the competitive labor market in the Netherlands / Y. H. H. Goertz, I. Houkes, F. J. N. Nijhuis, H. Bosma // *Work*. – 2017. – Vol. 58, № 3. – P. 251–261. – doi: 10.3233/WOR-172629. PMID: 29154303.

181. Geiger, B. B. The growing American health penalty: International trends in the employment of older workers with poor health / B. B. Geiger, R. Böheim, T. Leoni

// Social Science Research. – 2019. – Vol. 82. – P. 18–32. – doi: 10.1016/j.ssresearch.2019.03.008. Epub 2019 Mar 20. PMID: 31300077.

182. Hao, Y. Employment Legal Framework for Persons with Disabilities in China: Effectiveness and Reasons / Y. Hao, P. Li // International Journal of Environmental Research. – 2020. – Vol. 17, № 14. – P. 4976. – doi: 10.3390/ijerph17144976. PMCID: PMC7400147.

183. Hayo-Villeneuve, S. Intégrer un professionnel en situation de handicap [facilitating the integration of a specialist with a disability] / S. Hayo-Villeneuve // Soins. – 2020. – Vol. 65, № 847. – P. 46–48. – doi: 10.1016/S0038-0814 (20)30150-X. PMID: 33160472.

184. Hearing loss and employment: a systematic review of the link between hearing loss and employment in adults / A. Shan, J.S. Ting, C. Price, A.M. Goman, A. Willink, N. S. Reed, C. L. Nieman / The Journal of Laryngology & Otology. – 2020. – Vol. 134, № 5. – P. 387–394. – doi: 10.1017/S0022215120001012. Epub 2020 May 29. PMID: 32468973.

185. Impact of a personalised active labour market programme for persons with disabilities / Adamecz-Völgyi A, Lévy PZ, Bördös K, Scharle Á. // Scandinavian Journal of Public Health. – 2018. – Vol. 46, № 19. – P. 32-48. – doi: 10.1177/1403494817738421. PMID: 29471758.

186. Impact of hearing disability on employment status using WHODAS 2.0 in Taiwan / P. Z. Chao, S. W. Huang, R. Escorpizo, W. C. Chi, C. F. Yen, H. F. Liao, Y. W. Chen, T. H. Liou // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 24. – P. 9374. – doi: 10.3390/ijerph17249374. PMID: 33333752; PMCID: PMC7765231.

187. Joly, L. L'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques à l'aune des politiques développées par les institutions européennes et internationales [employment of people with mental disorders in terms of policies developed by European and international institutions] / L. Joly // Sante Ment Que. – 2017. – Vol. 42, № 2. – P. 17–30. PMID: 29267410.

188. Kaehne, A. Supported employment for young people with intellectual disabilities facilitated through peer support: A pilot study / A. Kaehne, S. Beyer // *Journal of Intellectual Disabilities*. – 2013. – Vol. 17, № 3. – P. 236–251. – doi: 10.1177/1744629513495265. Epub 2013 Jun 26. PMID: 23803645.

189. Kjellberg, A. Kollektivavtalens täckningsgrad samt organisationsgraden hos arbetsgivarförbund och fackförbund / A. Kjellberg. – Lund : Department of Sociology, Lund University, 2010. – 2015 p.

190. Lamart, K. Hilfsmittelversorgung behinderte Menschen am Arbeitsplatz [helping visually impaired people in the workplace] / K. Lamart, E. Denninghaus, K. Rohrschneider // *Der Ophthalmologe*. – 2018. – Vol. 115, № 7. – P. 559-565. – doi: 10.1007/s00347-017-0633-5. PMID: 29270639.

191. Langi, F. L. F. G. Risk factors for refusal to undergo vocational rehabilitation among persons with disabilities / F. L. F. G. Langi, F. E. Balcazar // *Disability and Rehabilitation* – 2017. – Vol. 39, № 26. – P. 2640–2647. – doi: 10.1080/09638288.2016.1236410. Epub 2016 Nov 16. PMID: 27848261.

192. Leslie, M. The Workplace Discrimination Experiences of Individuals with Cancer in the Americans with Disabilities Act Amendments Act Era // M. Leslie, Dr. Strauser, B. McMahon // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 30, № 1. – P. 115–124. – doi: 10.1007 / s10926-019-09851-4. PMID: 31359226.

193. Mather, L. Health, Work and Demographic Factors Associated with Lower Risk of Work Disability and Unemployment in Workers with Back, Neck and Shoulder Pain / L. Mather, A. Roppone , E. Mittendorfer-Rutz // *BMC Musculoskeletal Disorders*. – 2019. – Vol. 20, № 26. – P. 622. – doi: 10.1186/s12891-019-2999-9/. PMID: 31878915; PMCID: PMC6933729.

194. McDonnell, M. K. Employers' implicit attitudes about the competence of people who are blind / M. K. McDonnell, K. Antonelli // *Rehabilitation Psychology*. – 2018. – Vol. 63, № 4. – P. 502-511. – doi: 10.1037/rep0000235. Epub 2018 Aug 13. PMID: 30102055.

195. Measuring factors influencing the perception of people with disabilities in the workplace. / U. Załuska, A. Grześkowiak, C. Kozyra, D. Kwiatkowska-Ciotucha //

International Journal of Environmental Research. – 2020. – Vol. 17, № 12. – P. 4455. – doi: 10.3390/ijerph17124455. PMID: 32575845; PMCID: PMC7345715.

196. Mitchell, F. Facilitators and barriers to informed choice in self-directed support for young people with disability in transition / F. Mitchell // *Health & Social Care in the Community*. – 2015. – Vol. 23, № 2. – P. 190–199. – doi: 10.1111/hsc.12137. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25233846.

197. Neugebauer, A. Navigation aid for the blind using visual-auditory sensory replacement: A pilot study / A. Neugebauer, K. Rifai, M. Getzlaf, S. Wahl // *PLoS One*. – 2020. – Vol. 15, № 8. – P. e0237344. – doi: 10.1371/journal.pone.0237344. PMID: 32818953; PMCID: PMC7446825.

198. Nützi, M. Job matching: An interdisciplinary scoping study with implications for vocational rehabilitation counseling / M. Nützi, B. Trezzini, L. Medici, U. Schwegler // *Rehabilitation Psychology*. – 2017. – Vol. 62, № 1. – P. 45-68. – doi: 10.1037/rep0000119. PMID: 28206808.

199. Papakonstantinou, D. Employers' attitudes toward hiring individuals with visual impairments/ D. Papakonstantinou, K. Papadopoulos // *Disability and Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 42, № 6. – P. 798-805. – doi: 10.1080/09638288.2018.1510044. Epub 2019 Jan 13. PMID: 30636469.

200. Pedersen, J. High physical work demands and working life expectancy in Denmark / J. Pedersen, B. B. Schultz, I. E. H. Madsen // *Occupational and Environmental Medicine*. – 2020. – Vol. 77, № 8. – P. 576–582. – doi: 10.1136/oemed-2019-106359. Epub 2020 May 12. PMID: 32398291; PMCID: PMC7402449.

201. Perceived Discrimination and Emotional Reactions in People with Different Types of Disabilities: A Qualitative Approach / D. Pérez-Garín, P. Recio, A. Magallares, F. Molero, C. García-Ael // *The Spanish Journal of Psychology*. – 2018. – Vol. 21, – P. E12. – doi: 10.1017/sjp.2018.13. PMID: 29759090.

202. Pierrat, V. Travail et handicap [work and disability]. / V. Pierrat // *Soins*. – 2020. – Vol. 65, № 847. – P. 24-28. – doi: 10.1016/S0038-0814(20)30141-9. PMID: 33160463.

203. Predictors of competitive employment acquisition for individuals enrolled in supported employment programs / M. Corbière, T. Lecomte, D. Reinharz, B. Kirsch, P. Goering, M. Menear, D. Berbich, K. Genest, E. M. Goldner // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2017. – Vol. 205, № 4. – P. 275–282. – doi: 10.1097/NMD.0000000000000612. PMID: 28212170.

204. Pruettkomon, S. A Study and Development of Workplace Facilities and Working Environment to Increase the Work Efficiency of Persons with Disabilities: A Case Study of Major Retail and Wholesale Companies in Bangkok / S. Pruettkomon, C. Louhapensang // *The Scientific World Journal*. – 2018. – Vol. 2018, Article ID 3142010. – doi: 10.1155/2018/3142010. PMID: 30202246; PMCID: PMC6120262.

205. Punch R. Employment and adults who are deaf or hard of hearing: current state and experience of barriers, adaptations and stress in the workplace / R. Punch // *American Annals of the Deaf*. – 2016. – Vol. 161, № 3. – P. 384–397. – doi: 10.1353/aad.2016.0028. PMID: 27477043.

206. Quotas, and Anti-discrimination Policies Relating to Autism in the EU: Scoping Review and Policy Mapping in Germany, France, Netherlands, United Kingdom, Slovakia, Poland, and Romania / D. Bunt, R. van Kessel, R. A. Hoekstra, K. Czabanowska, C. Brayne, S. Baron-Cohen, A. Roman-Urrestarazu // *Autism Research*. – 2020. – Vol. 13, № 8. – P. 1397–1417. – doi: 10.1002/aur.2315. Epub 2020 May 22. PMID: 32441457; PMCID: PMC7496597.

207. Rapeno, N. Disability, residential care and social participation: factors influencing the daily mobility of persons living in residential institutions in two regions of France / N. Rapeno, J.F. Ravo // *BMC Health Services Research*. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 683. – doi: 10.1186/s12913-017-2602-8. PMID: 28962560; PMCID: PMC5622434.

208. Rehabilitation technology services and employment outcomes among consumers using division of rehabilitation services. / M. E. Sprong, B. Dallas, E. Paul, M. Xia // *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. – 2019. – Vol. 14, № 5. – P. 445–452. – doi: 10.1080/17483107.2018.1463400. Epub 2018 May 3. PMID: 29722577.

209. Sainsbury, R. Labour market participation of persons with disabilities – how can Europe close the disability employment gap? [Электронный ресурс] / R. Sainsbury // Labour market participation of persons with disabilities – how can Europe close the disability employment gap? : The Right to Work of Persons with Disabilities – International Perspectives (University of Kassel, 8-10 March 2017). – URL: http://www.the-right-to-work.com/files/2017/plenum/Tag2/Sainsbury09_03_2017_Kassel.pdf.

210. Shima, I. The Labour Market Situation of People with Disabilities in EU25 / I. Shima, i E. Zylyom, A. Zaidi // European Centre. Policy Brief February. – 2008. – [Электронный ресурс]. – URL: http://www.euro.centre.org/data/1201610451_25081.pdf.

211. Socioeconomic gradient in work disability in diabetes: evidence from three occupational cohorts / J. Ervasti, M. Kivimäki, R. Dray-Spira, J. Head, M. Goldberg, J. Pentti, M. Jokela, J. Vahtera, M. Zins, M. Virtanen // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2016. – Vol. 70, № 2. – P. 125–131. – doi: 10.1136/jech-2015-205943. Epub 2015 Aug 20. PMID: 26294769.

212. Stakeholders' engagement in co-producing policy-relevant knowledge to facilitate employment for persons with developmental disabilities / A. Khayatzadeh-Mahani, K. Wittevrongel, L Petermann, I. D. Graham, J. D. Zwicker // Health Research Policy and Systems. – 2020. – Vol. 18, № 1. – P. 39. – doi: 10.1186/s12961-020-00548-2. PMID: 32303228; PMCID: PMC7164207.

213. Strindlund, L. Employers' perspectives on disability, employability and labor market inclusion: a phenomenographic study / L. Strindlund, M. Abrandt-Dahlgren, C. Ståhl // Disability and Rehabilitation – 2019. – Vol. 41, № 24. – P. 2910-2917. – doi: 10.1080/09638288.2018.1481150. Epub 2018 Jun 30. PMID: 29962236.

214. Supporting the Transition into Employment: A Study of Canadian Young Adults Living with Disabilities / A. Jetha, J. Bowring, A. Furrie, F. Smith, C. Breslin // Journal of Occupational Rehabilitation. – 2019. – Vol. 29, № 1. – P. 140-149. – DOI: 10.1007/s10926-018-9772-z. PMID: 29696476.

215. Taleporos, G. Employment and Disability: a complex problem with no simple solution [Электронный ресурс] / G. Taleporos // Ramp Up. Disability. Discussion. Debate. – URL: <http://www.abc.net.au/rampup/articles/2014/01/13/3922428.htm>.

216. Tehranchi, K. Hearing Loss's Incidence and Impact on Employment in the United States / K. Tehranchi, A. Jeyakumar // *Otology & Neurotology*. – 2020. – Vol. 41, № 7. – P. 916–921. – doi: 10.1097/MAO.0000000000002683. PMID: 32332454.

217. Tour-Sinai, A. Labor-market mobility among persons with disabilities./ , A. Tour-Sinai // *Work*. – 2019. – Vol. 64, № 2. – P. 323–340. – doi: 10.3233/WOR-192995. PMID: 31524198.

218. van Ruitenbeek, G. M. C. The Development of an Instrument to Measure the Work Capability of People with Limited Work Capacity (LWC) / G. M. C. van Ruitenbeek, F.R.H. Zijlstra, U. R. Hülshager // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 29, № 1. – P. 163-174. – doi: 10.1007/s10926-018-9774-x. PMID: 29869053; PMCID: PMC6510851.

219. Vujca Herzog, N. Decision support system for the design and assignment of ergonomic workplaces for workers with disabilities. / N. Vujca Herzog, G. Harikh // *Ergonomics*. – 2020. – Vol. 63, № 2. – P. 225–236. – doi: 10.1080/00140139.2019.1686658. Epub 2019 Nov 12. PMID: 31661666.

220. Work and Employment Characteristics of Deaf and Hard-of-Hearing Adults / J. Dammeyer, K. Crowe, M. Marshark, M. Rozika // *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. – 2019. – Vol. 24, № 4. – P. 386–395. – doi: 10.1093/deafed/enz018. PMID: 31063190.

221. Workplace Discrimination for Persons with Hearing Loss: Before and After the 2008 ADA Amendment Act. / B. T. McMahon, J. M. Grover, M. C. McMahon, J. H. Kim // *Work* – 2020. – Vol. 65, № 1. – P. 39–51. – doi: 10.3233/WOR-193056. PMID: 31868710.