

DOI: 10.34773/EU.2024.1.28

## Инвалидизация детского населения Республики Башкортостан в контексте социальной политики государства\*

### Disability of the Child Population of the Republic of Bashkortostan in the Context of Social Policy of the State

Я. СКРЯБИНА, Р. КОМЛЕВА

**Скрябина Яна Альбертовна**, канд. экон. наук, начальник отдела анализа демографических процессов и семейно-брачных отношений ГКУ РРЦ «Семья», доцент кафедры экономики и управления ГБОУ ВО «Башкирская академия государственной службы и управления при Главе Республики Башкортостан», ведущий научный сотрудник Института стратегических исследований Академии наук Республики Башкортостан (АН РБ). E-mail: skryana67@mail.ru

**Комлева Рената Наилевна**, научный сотрудник Института стратегических исследований АН РБ. E-mail: komlevarn@isi-rb.ru

*Статья посвящена исследованию процесса детской инвалидизации в Республике Башкортостан. В работе рассмотрены подходы к определению «инвалид», дано авторское определение «детской инвалидизации», выполнен анализ состояния и тенденций детской инвалидности в целом по России и Республике Башкортостан в частности. Сделан вывод о необходимости рассмотрения профилактики детской инвалидности не только с позиции состояния здоровья или нездоровья детей и подростков, но и со стороны здоровья родителей, прежде всего, матери, и с позиции самосохранительного поведения.*

**Ключевые слова:** инвалид, детская инвалидность, детская инвалидизация.

*The article is devoted to the study of the process of child disability in the Republic of Bashkortostan. The paper considers approaches to the definition of "disabled person", gives the author's definition of "child disability", analyzes the state and trends of child disability in Russia and the Republic of Bashkortostan as a whole. In conclusion, it is concluded that it is necessary to consider the prevention of childhood disability not only from the standpoint of the state of health or unhealthiness of children and adolescents, but also from the side of the health of parents, primarily the mother, and from the position of self-preservation behavior.*

**Key words:** disabled person, children's disability, the process of child disability.

#### Введение

Экономические реформы 1990-х годов оказали негативное влияние на многие процессы жизнедеятельности большинства граждан России всех возрастов и социальных групп, в том числе на их психическое и физическое здоровье. В тот сложный период дети и подростки оказались без должного внимания со стороны государства и общественных институтов, и, как следствие, произошел резкий рост инвалидности детей и доли больных детей школьного возраста [10, 1514–1515.]. Детская инвалидность как один из важнейших показателей общественного здоровья, отражает положение детей в стране, выступает «лакмусовой бумажкой» развития и эффективности деятельности отечественной системы детского здравоохранения. В то же время проблема инвалидности и заболеваемости детей носит многосторонний характер, затрагивая, помимо медицинских аспектов, вопросы социально-педагогического, психологического, социально-бытового, образовательного и адаптационного характера. Актуальность исследования процессов детской инвалидизации определяется повышением с 2011 года уровня инвалидности детского населения. Основная цель данного исследования состоит в изучении понятия «детская инвалидизация», оценке состояния детской инвалидности в Республике Башкортостан.

\* Ссылка на статью: Скрябина Я.А., Комлева Р.Н. Концептуальная модель прогнозирования влияния качества жизни населения на миграционные и демографические процессы // Экономика и управление: научно-практический журнал. 2024. № 1. С. 156–164. DOI: 10.34773/EU.2024.1.28.

## Методология и информационная база исследования

Для достижения поставленной цели выполнен теоретический анализ подходов к изучению категории «инвалид», использованы методы эмпирического исследования; анализ научной литературы и нормативно-правовых источников, статистический анализ динамики показателей инвалидности детей.

### Результаты

Главные направления социальной политики в области социальной защиты инвалидов в России определены в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [21].

Определимся с терминологией. Очень часто в контекстах, связанных с инвалидностью, используются термины «инвалид» и «ограничение жизнедеятельности», а если речь идет о детях, то используется термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». При использовании в научной литературе, в нормативных документах, в средствах массовой информации и других источниках нередко происходит подмена данных понятий. Эти термины следует различать: в узком смысле под инвалидом понимается «человек, который полностью или частично лишен трудоспособности вследствие какой-нибудь аномалии, ранения, увечья, болезни» [13], а ограничение жизнедеятельности или ограниченные возможности здоровья – это определенные препятствия в повседневной жизни, вызванные состоянием нездоровья, ограничивающим возможность самостоятельно передвигаться, обслуживать себя, осуществлять трудовую деятельность и др.

Дефиниция «инвалид» имеет различные формулировки:

– инвалид – это лицо, «которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [21]. В этом определении наравне со стойким расстройством функций организма выделена необходимость в социальной защите данной категории людей, т.е. лицо, имеющее ограничения в повседневной жизнедеятельности вследствие заболевания, травмы или дефекта, имеет право на «гарантированные государством экономические, правовые меры и меры социальной поддержки, обеспечивающие инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества»;

– инвалид – это лицо, «которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических или умственных способностей» [2]. В данном случае внимание сосредоточивается на том, что инвалид самостоятельно не может полноценно обеспечить свои личные и социальные потребности в силу врожденного или приобретенного заболевания;

– инвалид – «это лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [9];

– инвалид – «человек с определенными тяжелыми заболеваниями или дефектами развития, не способный себя обеспечивать необходимыми жизненными условиями и, тем более, быть полноценным членом общины, т.е. участвовать в ее деятельности» [19].

В двух последних формулировках акцент сделан на невозможности полноценной, безбарьерной интеграции человека с различными видами нарушений в здоровье в жизнь общества.

На наш взгляд, исходной точкой является медицинский аспект – физическое и психическое состояние здоровья индивида, вызывающее стойкое расстройство функций организма, которому в той или иной степени сопутствует ограничение жизнедеятельности, что на следующем этапе приводит к необходимости в мерах социальной поддержки.

«Инвалидность» происходит от латинского слова, означающего «слабый», «немогущий». В Демографическом энциклопедическом словаре под инвалидностью понимается «длительная или постоянная, полная либо частичная потеря трудоспособности вследствие стойких или необратимых нарушений функций организма в связи с заболеванием, увечьем либо дефектом развития» [4, 145]. В Демографическом понятийном словаре инвалидность определяется в соответствии «с Международной классификацией нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности и подразумевает любое ограничение или потерю (в результате нарушения, отклонения или увечья) способности осуществлять деятельность в таких пределах или таким образом, которые считаются нормальными для человека» [3, 110].

Следует различать понятия «инвалидность» и «инвалидизация». Инвалидность подтверждает факт стойкого расстройства функций организма в связи с заболеванием, увечьем или дефектом развития, а инвалидизация – это процесс, который приводит к утрате трудоспособности вследствие болезни, увечья. Так, ряд исследователей определяют инвалидизацию населения как «процесс нарастания доли людей с инвалидностью в составе населения, обусловленный распространением инвалидизирующих патологий и внешними воздействиями, приводящими к инвалидности» [11].

В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид»<sup>1</sup>.

В связи с ростом в последние годы показателей инвалидности среди детей введем понятие «детская инвалидизация», под которой, на наш взгляд, понимается процесс увеличения числа детей-инвалидов в стране (регионе) вследствие роста среди детей в возрасте до 18 лет серьезных заболеваний, случаев детского травматизма и распространения под влиянием неблагоприятных социально-экономических условий социальных болезней (туберкулеза, детского алкоголизма, наркомании, болезней недостаточного питания, венерических заболеваний и др.). Дети-инвалиды имеют серьезные заболевания или отклонения в физическом, психическом, интеллектуальном развитии, которые затрудняют выполнение различных функций организма и не позволяют им полноценно участвовать в жизни общества. Соответственно, они становятся субъектами специального законодательства в сфере социальной защиты детей-инвалидов.

Основы государственной политики в отношении детей-инвалидов, устанавливаемой на федеральном уровне, опираются на комплексный подход к развитию и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях безбарьерной среды. Одновременно происходит развитие системы служб, оказывающих услуги медико-санитарной и психолого-педагогической помощи детям-инвалидам.

Важным направлением социальной политики в интересах детей-инвалидов стало объявление Президентом России «Десятилетия детства» с 2018 по 2027 год. В плане мероприятий в рамках данной программы предусмотрен отдельный блок мер по социальной защите детей-инвалидов и их интеграции в общество, включающий мероприятия в области организации и нормативно-правового обеспечения инклюзивного и профессионального образования, а также программы обучения и подготовки членов семей с детьми-инвалидами и педагогов по уходу и воспитанию детей-инвалидов, обеспечения детей-инвалидов необходимыми техническими средствами реабилитации, создания условий по повышению доступности массового спорта и обеспечению адаптивной физической культуры, внедрения эффективных практик оказания комплексной помощи детям с ОВЗ и детям-инвалидам, распространение лучших региональных практик по развитию стационарозамещающих технологий предоставления социальных услуг и др. [17]. План мероприятий по Республике Башкортостан также предусматривает ряд перечисленных мероприятий и дополнительно включает мероприятия по повышению доступности

<sup>1</sup> Согласно Постановлению Правительства РФ от 21.09.2000 № 707 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых Постановлений Правительства РФ по вопросам, касающимся детей-инвалидов» возрастная граница детей-инвалидов была увеличена с 16 лет до 18 лет.

социальных объектов для детей-инвалидов, а также обеспечение семей с детьми-инвалидами жильем и совершенствование системы предоставления таким семьям бесплатно в собственность земельных участков для индивидуального жилищного строительства [16].

Среди последних новаций в области охраны детства можно назвать стратегический документ, утвержденный в мае 2023 г. Указом Президента РФ «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года», в котором особое место отводится мерам по снижению высокого уровня детского травматизма [20]. Таким образом, одним из важнейших направлений политики в отношении детей является развитие современной безопасной инфраструктуры и обеспечение условий для активного участия детей с ОВЗ и инвалидностью в жизни общества. Достижение указанного приоритета возможно за счет оказания доступной и качественной медицинской помощи детям, в том числе за счет реализации мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний, иммунопрофилактику инфекционных заболеваний. Вместе с тем, результативность мероприятий по снижению уровня детской инвалидности зависит от эффективного функционирования системы здравоохранения, для которой «необходимы кадровые ресурсы, материальное, финансовое, транспортное, информационное и коммуникационное обеспечение, а также всеобщее управление и руководство» [18].

### Результаты и обсуждение

Согласно данным официальной статистики и научных публикаций, стремительная тенденция увеличения численности детей-инвалидов наметилась в 1980-х годах. Так, на начало 1981 года в России численность детей-инвалидов составляла 53 тыс. человек (17,0 детей-инвалидов на 10000 детей), к 1991 году их насчитывалось уже 155 тыс. (соответственно, 47,0), к 1998 году – 540,7 тыс. человек (176,8 детей-инвалидов на 10000 детей). После повышения возрастной границы категории «дети-инвалиды» с 16 лет до 18 лет выросло их абсолютное число. В 2002-2004 годах также отмечался рост уровня детской инвалидности: в 2000 году на 10 тыс. детей приходилось 197,9 детей-инвалидов, в 2002 г. – 201,8, в 2003 г. – 203,6, в 2004 г. – 203,9. В последующие годы, за исключением 2006 года, уровень детской инвалидности был ниже уровня 2000 года и немного стабилизировался, даже в 2015-2016 гг. отмечалось снижение, затем последовал рост и на начало 2020 года составил 204,5 ребенка-инвалида в расчете на 10 тыс. детей в возрасте 0-17 лет.

Показатели численности детей-инвалидов в разрезе субъектов Приволжского федерального округа (ПФО) за период 2021-2023 гг. (на начало каждого года) свидетельствует о негативных тенденциях в состоянии здоровья детей в Республике Башкортостан и, соответственно, является серьезной проблемой. На рисунке 1 представлен удельный вес детей-инвалидов в общей численности инвалидов в целом по России и по субъектам ПФО.

На гистограмме видно, что в среднем по России (01.01.2021 г. – 6,0 %, 01.01.2023 г. – 6,6 %), по всем субъектам ПФО удельный вес детей-инвалидов в общей численности инвалидов за последние три года повысился, а в Республике Башкортостан имеет наиболее высокий показатель в сравнении со средними значениями по РФ, ПФО и среди 14 субъектов ПФО. Так, удельный вес детей-инвалидов в РБ вырос с 6,8 % в 2021 году до 7,5 % на начало 2023 года.

В целом, за последние 20 лет число детей-инвалидов в Республике Башкортостан увеличилось: с 17296 в 2000 г. до 18433 детей в 2022 году (таблица).

По данным таблицы видно, что в Башкортостане после снижения в 2005–2008 гг. как абсолютных, так и относительных показателей, с 2009 г. показатели вновь стали расти. За последние пять лет число детей-инвалидов увеличилось с 16255 человек в 2018 г. до 18433 в 2022 г., прирост составил 2178 детей, или 13,4 %.

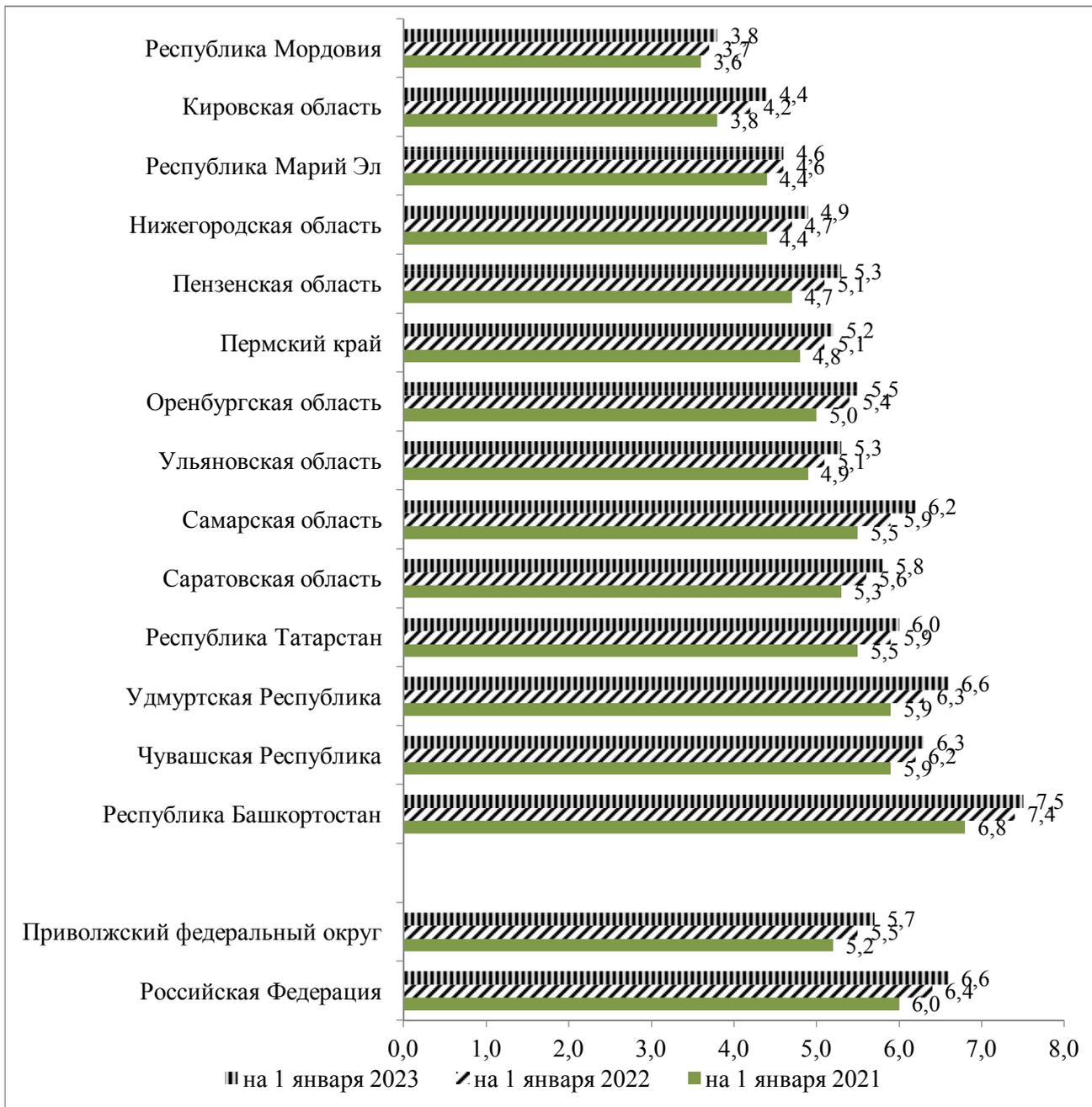


Рис. 1. Удельный вес детей-инвалидов в общей численности инвалидов в Республике Башкортостан, на начало года, 2021–2023 гг., % (составлено авторами на основе [12])

Основными заболеваниями, которые приводят к детской инвалидности, являются психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. В 2000 году первую позицию занимали врожденные аномалии, в 2005–2020 гг. – психические расстройства и расстройства поведения, в 2003–2004 и в 2021–2022 гг. – болезни нервной системы. По оценке экспертов, врожденные пороки развития вносят существенный вклад в младенческую смертность и инвалидизацию детей [5].

**Динамика изменения численности детей-инвалидов в возрасте 0–17 лет  
в Республике Башкортостан, в т.ч. по основным заболеваниям**

Год	Всего, человек	Всего, на 10.000 детей в возрасте 0–17 лет	в том числе по основным заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности, на 10.000 детей в возрасте 0–17 лет		
			психические расстройства и расстройства поведения	болезни нервной системы	врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
2000	17296	184,9	30,3	40,0	44,1
2003	16221	163,5	33,7	35,6	35,5
2004	15338	160,8	35,2	36,2	34,2
2005	14591	153,0	37,3	34,4	32,0
2007	13314	154,2	37,9	34,7	34,6
2008	13119	155,2	40,8	33,6	35,2
2009	13506	161,5	44,4	34,0	35,9
2010	13857	165,7	45,2	34,7	37,6
2011	14288	169,1	47,0	34,6	38,5
2012	14372	169,3	49,6	33,3	37,3
2013	14543	169,9	51,8	32,9	39,8
2014	14746	168,8	53,6	33,5	34,9
2015	14393	162,3	54,6	35,2	28,3
2016	14730	163,8	55,2	35,7	27,5
2017	15676	172,7	55,3	40,0	29,3
2018	16255	178,2	56,9	41,6	29,9
2019	16862	184,7	58,3	44,6	29,4
2020	17451	191,7	57,7	51,2	30,7
2021	18134	200,1	50,3	60,6	31,7
2022	18433	203,9	48,7	65,4	31,4

Источник: [7, 77–78; 8, 80–81]

В соответствии с «Инструкцией по комплексной оценке состояния здоровья детей», в зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к пяти группам здоровья. К первой (I) группе здоровья «относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений»; ко второй (II), третьей (III) и четвертой (IV) группам здоровья относятся дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья от легкой до средней тяжести; к пятой (V) группе «относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда» [15].

В зависимости от состояния здоровья каждый ребенок относится к одной из пяти групп. Так, согласно данным диспансеризации детей в Республике Башкортостан у большинства несовершеннолетних отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые

функциональные и морфофункциональные нарушения, что соответствует II группе здоровья (рис. 2).

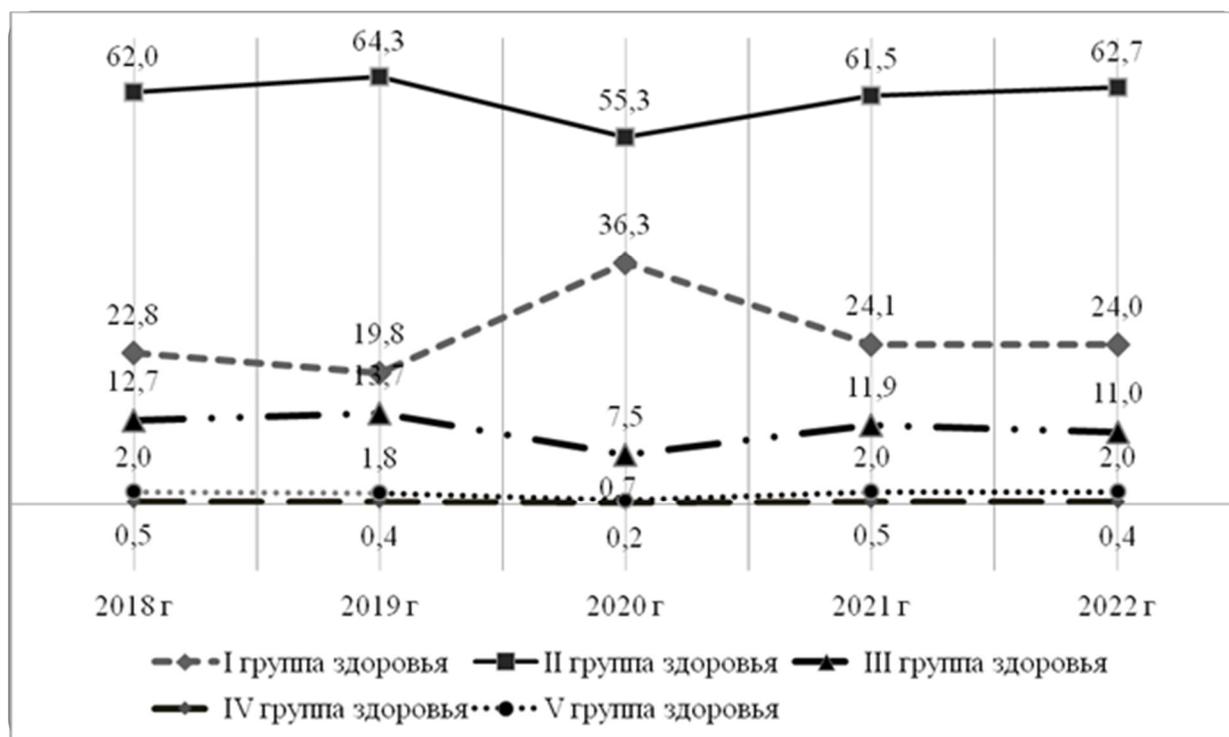


Рис. 2. Структура состояния заболеваемости по группам несовершеннолетних, % (составлено авторами на основе [6])

Каждый четвертый ребенок (24,0 %) в 2022 году относился к I группе, т.е. это дети с нормальным физическим и психическим развитием, 62,7 % – ко II группе, 11,0 % детей – к III группе, 0,4 % – к IV группе, 2,0 % – к V группе здоровья. Таким образом, 11,4 % детей (III и IV группы) имеют достаточно высокие риски оказаться в V группе, в которой часть детей уже имеет статус «ребенок-инвалид».

Согласно нормативным правовым актам, регламентирующим порядок медицинского обслуживания детей и стандарты объемов детской медицинской помощи, ежегодно проводится диспансеризация детского населения. Основная цель диспансеризации детей – «предупреждение тяжелого течения заболеваний, возникновения обострений, развития инвалидизации, уменьшения риска преждевременной смертности» [14].

Детское население – это репродуктивный потенциал и будущие трудовые ресурсы страны, необходимые для ее успешного социально-экономического развития. Исходя из этого, нам необходимо воспитывать физически и психически здоровое подрастающее поколение. Вместе с тем, основатель социодемографической школы Н.М. Римашевская с тревогой отмечает, что сокращению численности и удельного веса детей в общей численности населения сопутствует ухудшение состояние их здоровья, которое идет по двум направлениям: первое – это «устойчивая тенденция ухудшения здоровья женщин, рост патологий беременности и родов», что приводит к росту заболеваемости детей и в последующем всего населения; второе – есть «отражение интенсивного ухудшения здоровья ребенка на протяжении всего его жизненного цикла» [5].

### Заключение

В целом, в процессе детской инвалидизации отмечаются следующие тенденции:

– рост общей заболеваемости детей всех возрастов – за период 2016–2022 гг. в расчете на 1000 детей в возрасте 0–14 лет число зарегистрированных заболеваний, установленных впервые в жизни, увеличилось с 1647,5 до 1891,2 случаев, в возрасте 15–17 лет – с 1479,0 до 1708,8 случаев;

– увеличивается частота отдельных классов и групп болезней, изменяется структура патологии среди детей всех возрастов – за последние 5 лет в Республике Башкортостан выросла детская инвалидность по таким заболеваниям как новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (в том числе сахарный диабет), болезни нервной системы;

– по оценке экспертов-педиатров, фактический уровень заболеваемости в 1,5–2 раза выше, чем по данным официальной статистики [1].

Негативная динамика показателей детской заболеваемости и инвалидности как в целом по стране, так и в Республике Башкортостан, свидетельствует об остроте проблемы и подтверждает необходимость принятия превентивных мер по предупреждению роста инвалидности детей и мер по усилению работы в сфере профилактики данного процесса на ранних этапах в системе социальной защиты.

Профилактика детской инвалидности должна рассматриваться не только с позиции состояния здоровья или нездоровья детей и подростков, но и со стороны здоровья родителей, прежде всего, матери, и с позиции самосохранительного поведения, то есть того, насколько население нацелено на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья будущих поколений. Соответственно, и мероприятия по предотвращению увеличения числа детей-инвалидов должны носить комплексный характер и рассматриваться как система мер в сфере здравоохранения, образования, культуры, средств массовой информации и др.

### Литература

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления // Казанский медицинский журнал. 2018. Т. 99. № 4. С. 698–705.
2. Декларация о правах инвалидов (принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1975 г.) [Электронный ресурс]. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/disabled.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml)
3. Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. М.: ЦСП, 2003. 352 с.
4. Демографический энциклопедический словарь / гл. ред. Д.И. Валентей. М.: Советская энциклопедия, 1985. 608 с.
5. Дети реформ / Под ред. чл.-корр. РАН Н.М. Римашевской. М.: Институт экономических стратегий, 2011. 304 с.
6. Доклады Уполномоченного по правам ребенка в Республике Башкортостан о соблюдении и защите прав, свобод и законных интересов ребенка в Республике Башкортостан за 2021–2022 годы [Электронный ресурс]. URL: <https://upr.bashkortostan.ru/presscenter/lectures/>
7. Здравоохранение в Республике Башкортостан: статистический сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Башкортостан. Уфа, 2006. 118 с.
8. Здравоохранение в Республике Башкортостан: статистический сборник. Башкортостан-стат. Уфа, 2023. 145 с.
9. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.) [Электронный ресурс]. URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml)
10. Национальная идея России. В 6 т. Т. III. / под общ. ред. С.С. Сулакшина. М.: Научный эксперт, 2012. С. 1514–1515.
11. Нацун Л.Н. Инвалидизация населения стран Европы как индикатор результативности их политики в сфере здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12. № 4. С. 200–219. DOI: 10.15838/esc.2019.4.64.13.

12. Численность инвалидов по группе инвалидности в разрезе субъектов РФ [Электронный ресурс]. URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi\\_1.3.xlsx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_1.3.xlsx)
13. Ожегов С. И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений. 3-е изд., стереотипное. М.: АЗЪ, 1996. 928 с.
14. Поликлиническая педиатрия: диспансеризация детей: учеб. пособие / Под общей ред. Бабцовой А.Ф., Романцовой Е.Б. Благовещенск: Буквица 2013. 115 с.
15. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
16. Распоряжение правительства Республики Башкортостан от 7.11.2018 г. № 1101-р «Об утверждении плана основных мероприятий до 2020 года, проводимых в Республике Башкортостан в рамках Десятилетия детства, объявленного в Российской Федерации» (с изм. на 27.07.2020 г.) [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/553131953>
17. Распоряжение Правительства РФ от 23 января 2021 г. № 122-р Об утверждении плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, на период до 2027 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400150053/>
18. Скрыбина Я.А., Сабирова З.Э. Совершенствование государственного управления развитием здравоохранения // Наука сегодня: теория и практика: Сборник научных статей VIII Междунар. науч.-практич. конф., Уфа, 22 октября 2020 г. Том Ч. 1. Уфа: УГНТУ, 2020. С. 295–298.
19. Ткаченко В.С. Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью // Социальное здоровье: проблемы и решения. 2015. № 2. С. 92–134.
20. Указ Президента РФ от 17.05.2023 г. № 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/49230>
21. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс]. URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/)