

УДК 613.95:616-036.865(575.2)

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/43/14>

СИТУАЦИЯ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ В КИРГИЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

©*Баймуратов Т. Т., Киргизская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Айдаров З. А., д-р мед. наук, Киргизская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

©*Маматов С. М., д-р мед. наук, Киргизская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан*

THE SITUATION ON THE ESTABLISHMENT OF DISABILITY IN THE KYRGYZ REPUBLIC AT THE PRESENT STAGE

©*Baimuratov T., I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan*

©*Aidarov Z., Dr. habil., I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan*

©*Mamatov S., Dr. habil., I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. Анализируются данные по ситуации инвалидности, которая констатирует неуклонный ежегодный рост инвалидности в Киргизской Республике. При установлении инвалидности используется биомедицинская модель здоровья, которая не обеспечивает объективной оценки состояния человека. Для детей до 18 лет установление инвалидности и присваивание категории «ребенок–инвалид» необъективно, так как реально оценивается только состояние здоровья и расстройства функций ребенка и, несмотря на разность тяжести состояния, не оценивается возможности деятельности и способности участвовать в учебе. Изучались отчеты и доклады государственных структур, материалы открытых источников, информации международных и неправительственных организаций, официальная статистика, публикации в интернете. В заключении автор делает вывод, что методики установления инвалидности еще не соответствуют мировым стандартам.

Abstract. The publication analyzes data on the situation of disability, which states a steady annual increase in disability in the Kyrgyz Republic. In determining disability, a biomedical health model is used, which does not provide an objective assessment of a person's condition. For children under 18 years of age, the determination of disability and assignment of the 'child – disabled' category is not objective, as only the state of health and functional disorders of the child is actually evaluated and, despite the difference in the severity of the condition, the potential of the activity and the ability to participate in education are not evaluated. Were studied reports and reports of state structures, materials of open sources, information of international and non-governmental organizations, official statistics, publications on the Internet. In conclusion, the author concludes that the methods for determining disability do not yet meet international standards.

Ключевые слова: лицо с ограниченными возможностями здоровья, ситуация по инвалидности, медико-социальная экспертиза, Киргизская Республика.

Keywords: a person with disabilities, disability situation, medical and social expertise, Kyrgyz Republic.

Актуальность темы. Инвалидность представляет собой социальный феномен, избежать которого не может ни одно общество, и каждое государство, сообразно уровню

своего развития, приоритетам и возможностям, формирует социальную и экономическую политику в отношении инвалидов [1].

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. По данным ООН, уровень инвалидности в мире составляет 10% — то есть каждый десятый житель планеты является инвалидом (<http://www.un.org/russian/document/convents/disability.html>).

По данным, опубликованным в новостных лентах K-news и Акипресс, в Киргизской Республике в настоящее время насчитывается порядка 170 тыс инвалидов, что составляет 2,8% численности населения (<https://knews.kg/author/publisher/>).

Масштабы данной проблемы обуславливают ее актуальность. В связи с выводом значительной части граждан из сферы общественного производства и существенными затратами государства на организацию социальной защиты инвалидов, оказание им медицинской помощи, содержание соответствующих социальных учреждений, проведение мероприятий, направленных на реабилитацию инвалидов, проблема инвалидизации населения имеет огромные социально-медицинские и экономические последствия (<https://knews.kg/author/publisher/>).

Для многих развитых стран мира, в том числе и Киргизской Республики, вопрос политики установления инвалидности в последнее время является очень актуальным в повестке социальной политики, так как с установлением инвалидности тесно связаны расходы на социальную защиту: выплаты, льготы, услуги и др. [2].

Для решения этих проблем нужно иметь точный и объективный механизм и методики установления инвалидности. На сегодняшний день в мировых стандартах установления инвалидности используются рекомендуемые ВОЗ классификации, страны работают над усовершенствованием методик установления инвалидности, специальных потребностей и связей компенсации потребностей услугами и выплатами или льготами (<https://www.disabled-world.com/disability/statistics/who-disability.php>) [3].

В Киргизской Республике до настоящего времени используется старая методика установления инвалидности, хотя следует отметить, что с 2013 г. страна шагнула на путь реформирования службы медико-социальной экспертизы. В связи с чем, на этом этапе нами изучена общая ситуация по количеству лиц с ограниченными возможностями здоровья среди взрослых и детей, а также показана методика установления инвалидности в нашей стране.

Цель исследования: изучение эпидемиологической характеристики и оценка системы установления инвалидности в Киргизской Республике.

Методология данного исследования включает в себя ежегодный анализ ситуации по установлению инвалидности в Киргизской Республике (официальные данные Центра МСЭ).

Для проведения анализа изучались отчеты и доклады государственных структур, материалы открытых источников, информации международных и неправительственных организаций, официальная статистика, публикации в интернете.

Результаты исследований

По данным Национального статистического комитета в Киргизской Республике (КР) в 2018 году проживало 6320723 жителей, из них порядка 168200 — лица с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), что составляет 2,8% от общего населения. Общее население Киргизской Республики ежегодно растет. Так сравнительно 2000 г., когда их количество составляло 4898000 жителей, в 2018 г. население увеличилось в 1,2 раза, и на конец года составило 6294587. С увеличением населения, в стране наблюдается рост инвалидности.

Так, начиная с 2000 г. число ЛОВЗ неуклонно растет (Рисунок 1). Если в 2000 г. ЛОВЗ составило 87314 чел., то в 2004 г. их число перевалило за 100000 чел., и в 2005 г. их количество равнялось 106688 чел. Как видно из Рисунка, резкий рост числа ЛОВЗ наблюдается с 2010 года, когда их количество составило 133398 чел., и по сравнению с 2000 г. увеличилось в 1,5 раза. Максимальный прирост приходится на 2010-2013 гг., когда ежегодный прирост составил 8500, 9072 и 7218 чел., соответственно.

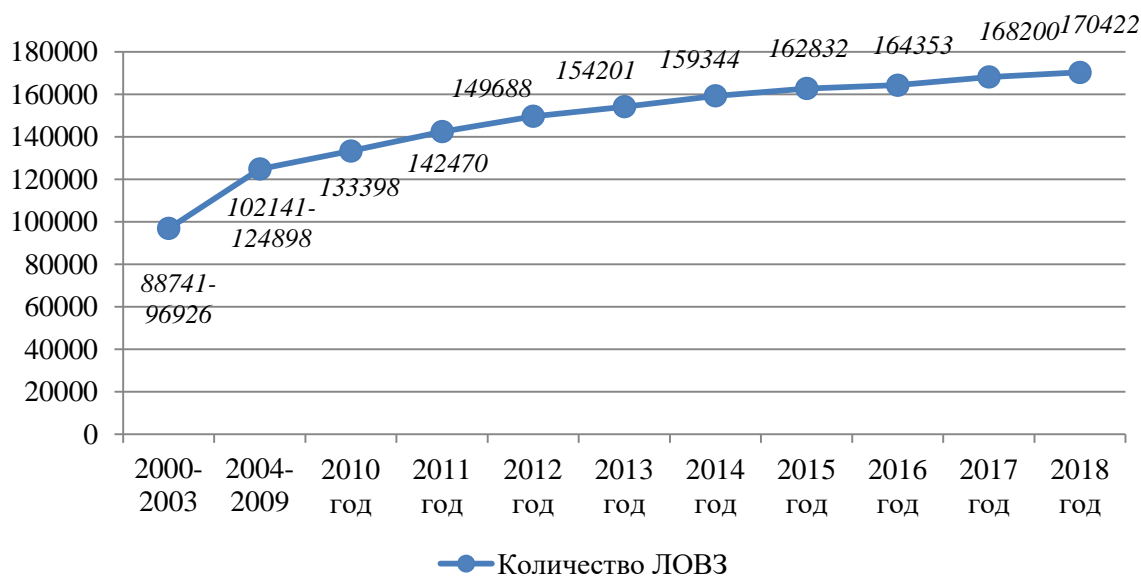


Рисунок 1. Динамика численности лиц с ограниченными возможностями здоровья в Киргизской Республике (<https://knews.kg/author/publisher/>).

В структуре инвалидности в 2018 г., как и в предыдущие годы, ранговые места распределили сердечно-сосудистые заболевания, травмы всех локализаций, заболевания органов чувств, заболевания костно-мышечной системы, онкозаболевания, психические заболевания, туберкулез и болезни нервной системы (Таблица). Все остальные заболевания нами объединены как другие нозологические формы.

Таблица.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКИМ ФОРМАМ

Нозология	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Болезни системы кровообращения	2835 (20,3%)	2877 (19,9%)	3022 (19,9%)
Травмы всех локализаций	1973 (14,1%)	2128 (14,7%)	2259 (14,9%)
Болезни органов чувств	1582 (11,3%)	1724 (11,9%)	1745 (11,5%)
Болезни костно-мышечной системы	1163 (8,3%)	1325 (9,3%)	1374 (9,0%)
Злокачественные новообразования	1242 (8,9%)	1155 (8,0%)	81296 (8,5%)
Психические расстройства	972 (6,9%)	982 (6,8%)	1029 (6,8%)
Туберкулез	967 (6,8%)	965 (6,7%)	1027 (6,8%)
Болезни нервной системы	558 (4,0%)	618 (4,3%)	626 (4,1%)
Другие нозологические формы	2704 (19,3%)	2663 (18,4%)	2815 (18,5%)
<i>Всего</i>	<i>13996</i>	<i>14437</i>	<i>15193</i>

В КР регламентировано, что в зависимости от степени расстройств функций организма и нарушений жизнедеятельности гражданам устанавливаются I, II и III группы инвалидности, детям до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Что касается освидетельствования детей, то следует отметить, что до 2002 г. освидетельствование проводилось самими лечебно–профилактическими организациями Министерства здравоохранения КР по месту учета ребенка. Начиная с 2003 г. освидетельствование было передано службе медико–социальной экспертизы при Министерстве социального развития КР. Анализ ситуации показало, что в категории детей с 2000 г. по 2018 г. также наблюдался ежегодный прирост инвалидности (Рисунок 2). При этом увеличение детей с ЛОВЗ сильно варьирует от 135 до 1235 случаев в год.

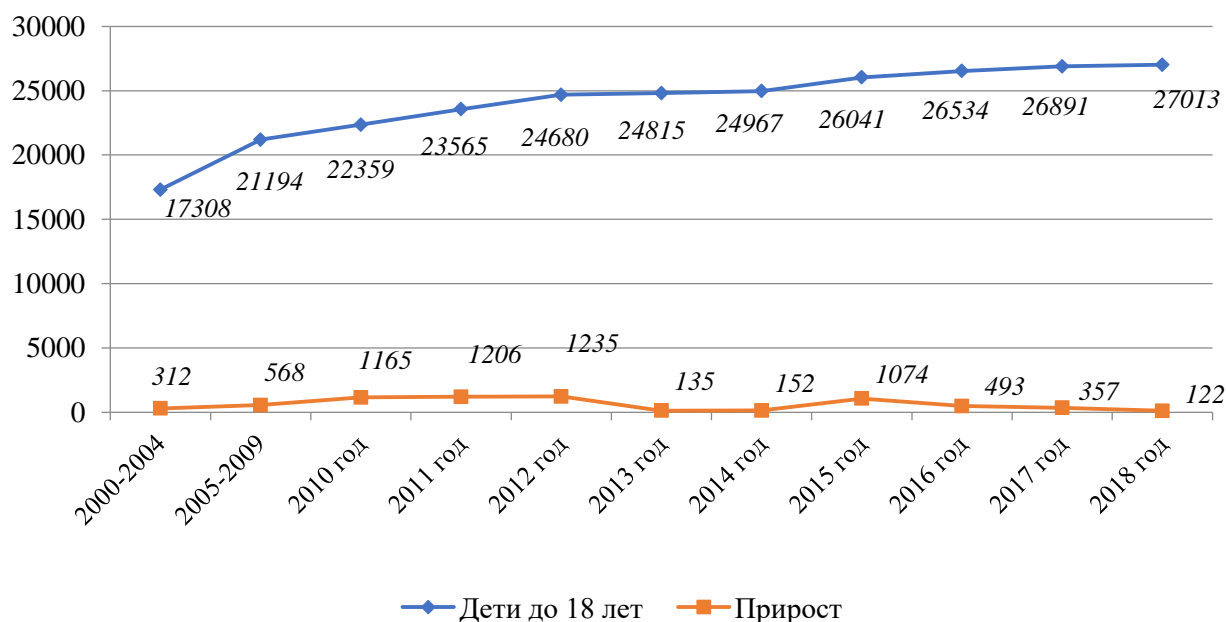


Рисунок 2. Численность детей ЛОВЗ в Киргизской Республике (<https://knews.kg/author/publisher/>).

Установление инвалидности для детей до 18 лет. В КР все межрайонные медико–социальные экспертные комиссии (МСЭК) ведут смешанный прием детей и взрослых. Детям до 18 лет при установлении инвалидности оценивается состояние здоровья и расстройство функций и, несмотря на разность тяжести состояния, устанавливается категория «ребенок–инвалид». При установлении инвалидности детям не оцениваются возможности деятельности и способности участвовать, специальные учебные потребности.

Для того, чтобы оценка состояния ребенка была более объективной, в других странах мира и Европейского союза для детей устанавливают уровни недуга (*disability — англ.*). ВОЗ рекомендует при установлении уровня недуга детям до 18 лет, детей делить на 4 группы по возрасту (с рождения до 3; с 4 до 7; с 8 до 14; с 15 до 18). В КР рекомендации ВОЗ пока не внедрены.

Установление инвалидности взрослым людям работоспособного и пенсионного возраста. В КР взрослым людям (с 18 лет) устанавливается I, II и III группа инвалидности. Людям трудоспособного возраста и пожилым людям инвалидность устанавливается, не разделяя их по возрасту, руководствуясь биомедицинской моделью здоровья и кодированием МКБ–10. Установление групп инвалидности тесно связано с льготами, выплатами, услугами и другой помощью. Такая методика установления инвалидности не отражает возможности объективно оценить состояние человека трудоспособного возраста, так как не оцениваются его возможности выполнять имеющуюся квалифицированную работу, обрести новую квалификацию, либо выполнять работу, не требующую профессиональной квалификации, а также остальные специальные меры помощи.

При установлении группы инвалидности в КР по нормативным актам должен быть разработан индивидуальный план реабилитации. Это положение — декларативное, так как в практике врачи-эксперты не имеют компетенции и знаний, чтобы такую программу составить, также этому не способствует слабо развитые звенья медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

В КР для ЛОВЗ трудоспособного возраста и ЛОВЗ пенсионного возраста установление групп инвалидности реально не отражает ситуации объективной оценки возможностей и специальных потребностей людей различного возраста и эффективной организации им нужной реабилитационной, социальной и финансовой поддержки.

Для ЛОВЗ трудоспособного возраста в первую очередь актуально установить уровень работоспособности (после того, когда использованы все возможные меры лечения и медицинской реабилитации) и какими мерами реабилитации — профессиональной (*vocational* — *англ.*) и социальной можно вернуть ЛОВЗ в рынок труда.

Для ЛОВЗ пенсионного возраста уровень трудоспособности не актуален. ЛОВЗ всех возрастных групп имеет специальные нужды, удовлетворение которых дали бы ЛОВЗ возможность жить с максимальной самостоятельностью и поддержкой в своей обычной среде проживания. Такие специальные нужды удовлетворяются с учетом экономической ситуации в каждой стране.

В настоящее время Всемирная Организация Здоровья (ВОЗ) для оценивания состояния здоровья рекомендует применять три основные международные классификации:

1. МКБ–10 — международная статистическая классификация заболеваний и расстройств, десятое переработанное и дополненное издание (*International Classification of Diseases (ICD)*);
2. МКФ — международная классификация функционирования, инвалидности и нарушений здоровья (*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*);
3. ИСНІ — международная классификация медицинского вмешательства (интервенций) (*International Classification of Health Interventions*).

Личностные изменения здоровья, процедур и вмешательств (интервенций) непосредственно классифицирует МКБ–10. Структурной основой это классификации являются этиологии, процедуры и интервенции.

МКФ — построена на основе биопсихосоциальной модели здоровья, в которой ограничение активности и участия — это результат воздействия факторов окружающей среды и свойств личности. МКФ — стандартизированный язык с единой системой кодирования здоровья и с ним связанных состояний.

Обе классификации (МКБ–10 и МКФ) ВОЗ рекомендует использовать вместе. Таким образом, описание здоровья и с ним связанных состояний было бы комплексным.

Использование кодирования МКФ при установлении инвалидности дает гораздо более подробную и точную информацию о здоровье человека, его функциональности, чем использование только кодирование по МКБ–10. МКФ по сути определяет состояние человека, а не только болезнь, как при использовании МКБ–10.

МКБ–10 является полным и достаточным для диагностики заболеваний, лечения больных, но для реабилитации и других решений, как установление инвалидности, этого недостаточно. МКФ идеально подходит, чтобы описать состояние человека после лечения.

Руководствуясь МКФ меняется отношение к заболеваниям и инвалидности человека. МКФ помогает не только врачам физической медицины и реабилитации справиться с проблемами инвалидности, но также требует, чтобы общественность взяла на себя ответственность за принятие ЛОВЗ в общество. МКФ, будучи тесно связанной со здоровьем

человека и здоровье определяющими факторами, помогает выбрать совместимую по состоянию профессию и приспособить рабочее место конкретному ЛОВЗ при поиске возможностей интеграции ЛОВЗ в рынок труда.

Многие страны мира стали применять МКФ и непосредственно в установлении инвалидности. Организация Объединенных Наций (ООН) приняла МКФ в качестве одной из социальных классификаций и применяет ее в областях страхования, социального обеспечения, труда, образование, экономики, социальной политики. Страны активно анализируют МКФ и работают над тем, чтобы реально использовать ее, оценивая здоровье человека, трудоспособность, инвалидность. В таких странах, как Австралия, Австрия, Италия, Испания, Великобритания, Япония, США и др. на основе МКФ созданы инструменты для общей оценки инвалидности.

ВОЗ в 2011 г. представил отчет–анализ об инвалидности в мире, подготовленный руководствуясь Конвенцией прав ЛОВЗ с теоретической основой МКФ. В этом отчете представлены рекомендации всем странам, оценивать инвалидность используя МКФ и основные направления для внедрения этой классификации.

Анализируя методику установления инвалидности в КР при оценке состояния человека используется биомедицинская модель здоровья, когда здоровье определяется медицинскими критериями и сосредоточено на теле пациента. Медик с конкретными знаниями о теле является единственным экспертом, и поставленный диагноз становится основным критерием для определения состояния человека. Биомедицинская модель подчеркивает медицинские знания тела, игнорирует влияния психологических факторов на здоровье человека и социальные проблемы превращает проблемой тела, которая, по существу остается нерешаемой.

В мире биомедицинскую модель здоровья меняет биопсихосоциальная модель, предоставляющая совсем другую концепцию, когда здоровье оценивается как биологическое, психологическое и социальное благополучие человека. Инвалидность определяется как долговременное ухудшение здоровья из-за расстройств структуры тела или функций и взаимодействия неблагоприятных факторов окружающей среды, снижение возможностей участия в общественной жизни и деятельности. Лицо с ограниченными возможностями испытывает расстройства функций и влияние социальной среды. На человека влияет и его социальная среда, он становится центральной осью в системе здравоохранения и социальной защиты. То есть, при использовании биопсихосоциальной модели здоровья, оценка становится все более разносторонней (оценивается не только собственное здоровье, но и контекстуальные факторы: социально–экономическая среда, условия жизни и т.д.), объективной и всеобъемлющей.

Для более объективного установления инвалидности страны перестраивают соответствующие службы, которые рядом с МКБ–10 пользуются методиками, основанными на биопсихосоциальной модели здоровья на кодировании МКФ, устанавливают инвалидность, оценивая не только состояние здоровья, но и возможности участия и деятельность человека.

В КР Центр МСЭ имеет на русском языке перевод МКФ, сотрудники Центра МСЭ и территориальных МСЭК уже знакомы с основами классификации и начали использовать наряду с МКБ–10 в практике установления инвалидности в пилотных четырех районах республики.

Принимая во внимание тенденции установления инвалидности в мире и сравнивая положение установления инвалидности в КР, должны констатировать, что в КР методики

установления инвалидности еще не соответствуют мировым стандартам и пока не могут обеспечить объективной оценки состояния человека.

Выводы

1. В Киргизской Республике количество лиц с ограниченными возможностями здоровья ежегодно растёт.

2. В Киргизской Республике при установлении инвалидности используется биомедицинская модель здоровья, которая не обеспечивает объективной оценки состояния человека (состояние человека оценивается только по медицинскому диагнозу и не оцениваются влияние социальной среды).

3. Для детей до 18 лет установление инвалидности и присваивание категории «ребенок–инвалид» необъективно, так как реально оценивается только состояние здоровья и расстройства функций ребенка и, несмотря на разность тяжести состояния, не оценивается возможности деятельности и способности участвовать в учебе.

4. В Киргизской Республике назрела необходимость внедрения международной классификации функционирования при установлении инвалидности.

Список литературы:

1. Лаврова Д. И. Современная концепция инвалидности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998. №2. С. 5-8.

2. Акимов Е. И., Асанов Р. Р., Войтюк В. П. Предложения по совершенствованию классификации и критериев, используемых для определения инвалидности на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. №1. С. 3-5.

3. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.

References:

1. Lavrova, D. I. (1998). Sovremennaya kontseptsiya invalidnosti. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i rehabilitatsiya*, (2), 5-8.

2. Akimov, E. I., Asanov, R. R., & Voityuk, V. P. (2014). Predlozheniya po sovershenstvovaniyu klassifikatsii i kriteriev, ispol'zuemykh dlya opredeleniya invalidnosti na sovremennom etape. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i rehabilitatsiya*, (1), 3-5.

3. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyat'lnosti i zdorov'ya: MKF. Zheneva, VOZ, 2001. 342.

*Работа поступила
в редакцию 10.05.2019 г.*

*Принята к публикации
15.05.2019 г.*

Ссылка для цитирования:

Баймуратов Т. Т., Айдаров З. А., Маматов С. М. Ситуация по установлению инвалидности в Киргизской Республике на современном этапе // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №6. С. 98-104. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/43/14>

Cite as (APA):

Baimuratov, T., Aidarov, Z., & Mamatov, S. (2019). The Situation on the Disability Determination in the Kyrgyz Republic at the Present Stage. *Bulletin of Science and Practice*, 5(6), 98-104. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/43/14> (in Russian).