

development and implementation of the interagency interaction system, aimed at reducing labor losses from temporary disability of workers, at forming departmental accountability on the causes of temporary disability according to the criteria of their completeness and data comparability, at data relevance not only by the nosological structure and care, but also by age, sex, profession, place of work of the patients. It was emphasized that special attention should be paid to developing a mechanism of

strengthening the employer's responsibility for temporary disability cases, extending citizens' responsibility for the implementation of a doctor's prescription for treatment during the period of temporary disability, optimizing the procedure on payment and calculation of temporary disability allowances, changing the procedure on the employer's deductions and the size of insurance premiums to the Social Security Fund of the Population.

Поступила 06.08.2014 г.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

¹ И.А.Киреева, ² В.Б.Смычек, ² А.В.Копыток, ² Л.Г.Казак

¹ Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

² Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Минский район, Республика Беларусь

Проанализированы особенности формирования первичной инвалидности взрослого и детского населения, рассмотрены основные причины роста первичного выхода на инвалидность. Сделан вывод о том, что дальнейшее совершенствование подходов к медико-социальной экспертизе должно быть направлено не на искусственное сокращение первичной инвалидности, а на улучшение качества оказания помощи пациентам на всех этапах (профилактика заболеваемости и травматизма, ведение здорового образа жизни, качественное и своевременное назначение и проведение амбулаторного и стационарного лечения, осуществление реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения, проведение медико-социальной экспертизы с составлением индивидуальной программы реабилитации, предусматривающей ликвидацию или максимальное улучшение имеющихся ограничений жизнедеятельности, рациональное трудоустройство и социальную защиту).

Одной из важнейших задач современного общества является сохранение и укрепление здоровья народа, снижение уровня первичного выхода на инвалидность и тяжести инвалидности, государственная поддержка и социальная защита больных и инвалидов. В настоящее время в Республике Беларусь научно обоснована и успешно функционирует на практике этапная система медицинской реабилитации, используются современные реабилитационные технологии, реализуется несколько государственных программ, направленных на укрепление здоровья, повышение качества жизни больных и инвалидов.

Но вопросы реабилитации нельзя рассматривать в отрыве от вопросов медико-социальной экспертизы, так как она решает вопрос не просто установления инвалидности, но и раскрывает сущность последствий заболевания или травмы, оце-

нивает степень выраженности имеющихся ограничений жизнедеятельности (передвижения, обслуживания, ориентации и т.д.), а также позволяет сделать заключение о возможности продолжения трудовой деятельности человека в своей или другой профессии.

Инвалидность – одна из составляющих человеческого существования. Почти каждый человек в течение жизни может иметь временные или постоянные нарушения, а те, кто доживает до старшего возраста, могут испытывать все большие трудности с функционированием. Инвалидность – это сложное явление, и меры вмешательства по преодолению ущерба, обусловленного инвалидностью, носят комплексный и системный характер и варьируют в зависимости от конкретных условий.

По всему миру люди с инвалидностью демонстрируют более низкие результаты в отно-

шении здоровья, более низкие достижения в области образования, меньшую экономическую активность и более высокие показатели бедности, чем неинвалиды. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам, которые для многих из нас являются привычными, таким как здравоохранение, образование, занятость и транспорт, а также информация. Эти трудности усугубляются в наименее благополучных общинах.

Таким образом, инвалидность – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты.

Исходя из данного определения, инвалид – это лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими.

Следует отметить, что в нашей стране реализуются международные подходы к определению инвалидности, согласно которым инвалидность определяется не столько за наличие самого заболевания или травмы, сколько за их последствия в виде так называемых «ограничений жизнедеятельности» (ограничения передвижения, самообслуживания, общения и т.д.). Одной из основных категорий жизнедеятельности является способность к трудовой деятельности, ведь по результатам медицинской экспертизы пациенту не только устанавливается определенный статус (группа инвалидности, продление лечения и реабилитации в периоде временной нетрудоспособности, снижение профессиональной трудоспособности), но и выдается документ, который имеет юридические и правовые последствия: освобождает пациента от работы или ограничивает в определенных трудовых процессах, рекомендует

переобучение в другой профессии, рациональное трудоустройство и т.д.

В службе медико-социальной экспертизы для многоуровневого контроля за ее деятельностью сформирована и четко функционирует «экспертная вертикаль»: пациент → лечащий врач → врачебно-консультативная комиссия (далее – ВКК) → МРЭК районная, межрайонная → МРЭК центральная (областная, центральная городская) → ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» (консультативно-поликлиническое отделение, межведомственная научно-экспертная комиссия (далее – НЭК).

По состоянию на 31.12.2013 г. на учете в органах по труду, занятости и социальной защите состояло 532155 инвалидов (5,6% всего населения), в том числе инвалидов 1-й группы – 75660 чел. (14,2%), 2-й группы – 273185 чел. (51,3%), 3-й группы – 155382 чел. (29,2%); детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в нашей стране 27928 чел. (3,4%).

За последние пять лет число накопленных инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите, выросло на 25400 чел. (на 5,0%), преимущественно за счет увеличения числа инвалидов третьей группы (на 18828 чел., или на 13,8%) (табл. 1).

В целом, проведенный анализ динамики показателей первичной инвалидности (ПИ) в Республике Беларусь в 2009–2013 гг. показал, что всего за данный период в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 262205 чел. В среднем медико-реабилитационными экспертными комиссиями **ежегодно впервые признавались инвалидами 52441 человек**. В 2009 г. в Республике Беларусь было признано инвалидами 44968 человек. Впоследствии, до 2012 г. наблюдалось ежегодное увеличение численности инвалидов, и в 2012 г. она составила 60584 чел., что выше показателя 2009 г. на 34,7%. В 2013 г. показатели первичной инвалидности стабилизировались, и относительно 2012 г. численность впервые признанных инвалидами **снизилась на 2,1%**. В целом за 2009–2013 гг. число впервые признанных инвалидами

Таблица 1

Динамика численности инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите

Наименование категории граждан	2009	2010	2011	2012	2013
Инвалиды – всего:	506 755	504 403	508 433	522 862	532 155
из них:					
I группы	72 696	72 996	73 500	76 482	75 660
II группы	271 517	269 696	271 242	275 186	273 185
III группы	136 554	136 149	137 954	145 117	155 382
дети-инвалиды в возрасте до 18 лет	25 988	25 562	25 737	26 077	27 928

увеличилось на 14329 человек, или на 31,9%. Аналогичная ситуация складывается по взрослому населению: если в 2009 г. интенсивный показатель составлял 53,43 на 10 тыс. населения, то в последующие годы он увеличивался и в 2012 г. составил 74,29 на 10 тыс. населения, а в 2013 г. впервые наметилась тенденция к снижению показателя до 72,43 на 10 тыс. населения. Что касается показателей ПИ населения трудоспособного возраста и детей в возрасте до 18 лет, то за анализируемый период, к сожалению, прослеживается четкая тенденция к увеличению показателей (табл. 2).

Несмотря на то, что число накопленного контингента в последние годы растет, сравнение интенсивных показателей числа инвалидов на 1000 населения в странах постсоветского пространства показало, что данный показатель в Республике Беларусь ниже, чем на Украине, и значительно ниже аналогичного показателя в Российской Федерации (рис. 1). Это свидетельствует о довольно качественном оказании лечебно-реабилитационной помощи пациентам на этапах оказания медицинской помощи.

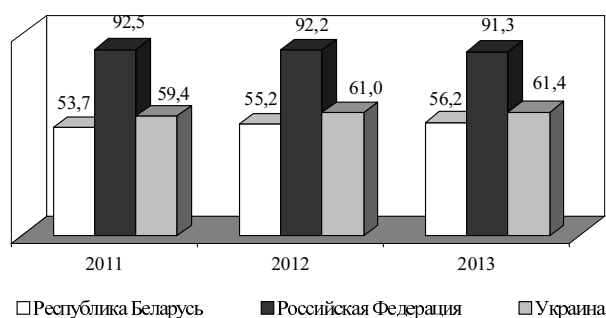


Рис. 1. Общая численность инвалидов на 1000 населения в Республике Беларусь, Российской Федерации и Украине

На протяжении ряда лет в нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения лидируют следующие классы болезней: болезни системы кровообращения, новообразования, болезни костно-мышечной системы, травмы, болезни эндокринной системы, психические расстройства (рис. 2).

Как следует из представленных на рис. 2 данных, удельный вес **болезней системы кровообращения** в нозологической структуре инвалид-

Таблица 2
Показатели первичной инвалидности в Республике Беларусь в 2009–2013 гг.

Категория населения	Показатель	2009	2010	2011	2012	2013	Средне-годовой показатель
Все население	абсолютное число инвалидов	44968	46962	50394	60584	59297	52441
	на 10 тыс. населения	46,45	48,59	53,1	63,95	62,65	55,32
Взрослое население	абсолютное число инвалидов	42098	43994	47417	57493	55973	49395
	на 10 тыс. населения	53,43	55,76	61,24	74,29	72,43	63,88
18–59(54) лет	абсолютное число инвалидов	18947	19276	21011	21890	21955	20616
	на 10 тыс. населения	32,77	33,40	37,58	39,37	39,79	37,15
Возраст до 18 лет	абсолютное число инвалидов	2870	2968	2977	3097	3324	3047
	на 10 тыс. населения	15,92	16,72	17,04	17,82	19,14	17,43

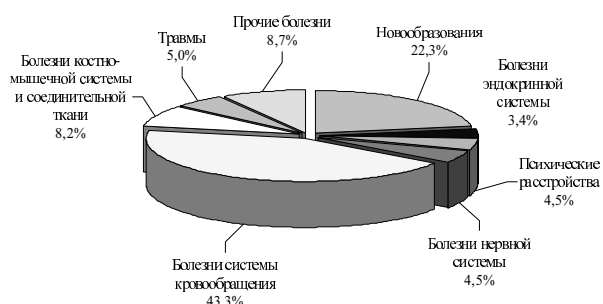


Рис. 2. Структура первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней

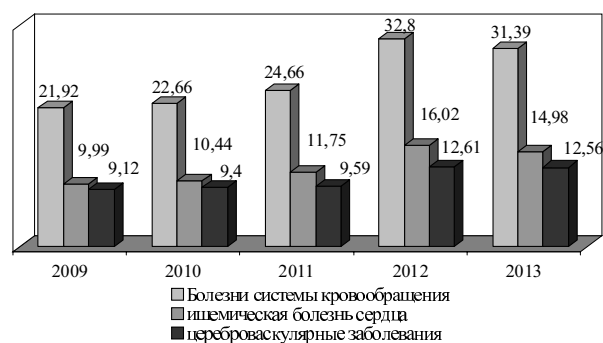


Рис. 3. Показатели первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения (на 10 тыс. населения)

ности составил 43,3%. С 2009 по 2012 г. уровень первичной инвалидности вследствие данной нозологии ежегодно увеличивался, главным образом за счет роста показателя первичной инвалидности вследствие ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней (рис. 3). Темп прироста за 5 лет составил 43,2%.

Рост инвалидности по БСК обусловлен рядом причин, основными из которых являются:

увеличение общей заболеваемости по данному классу на 5,4% (с 29914,1 случаев на 100 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 31523,8 случаев на 100 тыс. взрослого населения в 2013 г.), из них увеличение заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) на 3,3% (с 12393,6 до 12804,2 случаев на 100 тыс. соответственно);

увеличение количества лиц, заболевших мозговым инсультом, на 1078 чел. (с 371,08 случая на 100 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 386,43 случаев на 100 тыс. взрослого населения в 2013 г.);

снижение смертности в целом по этому классу болезней на 9,1% (с 943,71 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г. до 858,01 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г.), в том числе смертности по причине ИБС на 5,9%, а по причине цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) на 20,3%;

увеличение в 1,9 раза числа высокотехнологичных методов лечения пациентов (кардиохирургических вмешательств) в 2013 г. по сравнению с 2009 г. (с 6433 операций в 2009 г. до 12399 операций в 2013 г.).

Неоспоримо, что высокотехнологичные методы лечения кардиологических пациентов увеличивают продолжительность жизни и повышают ее качество у большинства из них. Однако, проведенный скрининговый срез по оценке клинической и медико-социальной эффективности высокотехнологичных кардиохирургических операций выявил невысокий уровень возвращения пациентов к трудовой деятельности: у 45% оперированных пациентов после операции впервые устанавливается инвалидность, а тяжесть первичной инвалидности составляет 64,0%.

Удельный вес **новообразований** в нозологической структуре инвалидности составил 22,3%. За пять лет показатель первичной инвалидности вырос на 19,3%. Наибольший вклад в инвалидность вследствие новообразований вносят злокачественные новообразования (рис. 4).

Рост уровня первичной инвалидности по данному классу обусловлен:

увеличением общей заболеваемости по данному классу на 21,4% (с 5666,5 случаев на

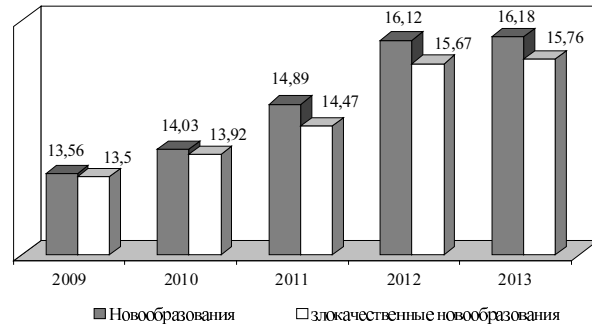


Рис. 4. Показатели первичной инвалидности вследствие новообразований (на 10 тыс. населения)

100 тыс. взрослого населения в 2009 г. до 6876,5 случаев на 100 тыс. взрослого населения в 2013 г.), из них по причине злокачественных новообразований – на 22,2%;

увеличением числа лиц, проживших с даты установления диагноза 5 и более лет, на 11,2% (в 2009 г. – 112478 чел., в 2013 г. – 126691 чел.);

снижением смертности по этому классу болезней на 4,4% (с 234,04 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г. до 223,70 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г.), из них по причине злокачественных новообразований – на 4,5%.

Удельный вес болезней **костно-мышечной системы и соединительной ткани** в структуре первичной инвалидности составил 8,2%. Показатель первичной инвалидности ежегодно увеличивался, темп прироста за пятилетний период составил 53,7% (рис. 5). Среди нозологических форм, определяющих структуру первичной инвалидности в этом классе болезней, лидирующее место занимают артропатии, системные поражения соединительной ткани и дорсопатии.

Рост первичной инвалидности по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани обусловлен:

увеличением показателей заболеваемости: общая заболеваемость увеличилась на 10,9%



Рис. 5. Показатели первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 10 тыс. населения)

(с 10829,3 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г. до 12010,7 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г.);

увеличением числа современных высокотехнологических хирургических методов лечения пациентов. В 2013 г. в республике выполнено 4782 операции эндопротезирования тазобедренного и 933 операции эндопротезирования коленного сустава, что на 48,1% и 75,0% операций больше, чем было выполнено в 2009 г.;

снижением смертности на 5,8%.

Удельный вес **травм** в нозологической структуре первичной инвалидности составил 5,0%. В целом за 5 лет уровень первичной инвалидности вследствие травм вырос на 14,5% (рис. 6).

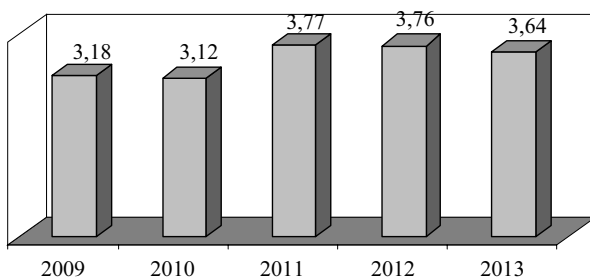


Рис. 6. Показатели первичной инвалидности вследствие травм (на 10 тыс. населения)

Рост первичной инвалидности по данному классу обусловлен преимущественно снижением смертности на 24,4% (с 175,48 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г. до 132,66 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г.). В том числе, за последние пять лет уменьшилось количество летальных исходов при черепно-мозговых травмах (1887 чел. в 2009 г., 1872 чел. в 2010 г., 1464 чел. в 2012 г., 1378 чел. в 2013 г.). Вместе с тем, из общего числа лиц, получивших черепно-мозговую травму, на долю лиц трудоспособного возраста приходится около 90,0% всех случаев. Это преимущественно лица, занятые физическим трудом (строители, водители). В последующем, в связи с развитием у них двигательных, когнитивных нарушений даже минимальной степени выраженности большая часть теряет свою профессию и, в связи с наличием в ней противопоказанных производственных факторов, признается инвалидами. Как правило, дальнейшее трудоустройство таких пациентов также затруднено, поскольку они имеют низкую квалификацию и образовательный уровень, алкоголизируются, усугубляют когнитивный дефект, социопатию, формируют рентные иждивенческие установки на сохранение инвалидности.

Удельный вес **болезней нервной системы** в нозологической структуре первичной инвалидно-

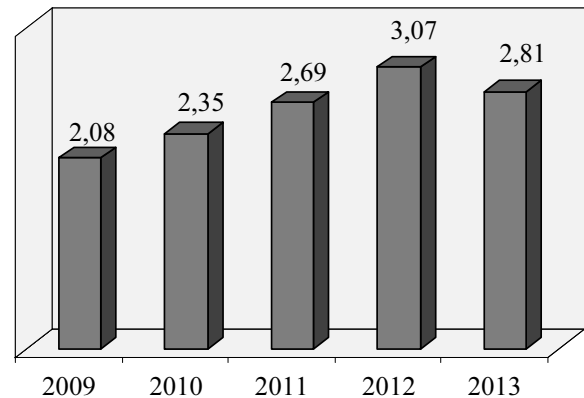


Рис. 7. Показатели первичной инвалидности взрослого населения вследствие болезней нервной системы (на 10 тыс. населения)

сти составил 4,5%. Темп прироста за 5 лет – 35,1% (рис. 7), рост произошел главным образом за счет увеличения доли экстрапирамидных и других двигательных нарушений. Удельный вес данной патологии в структуре первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы является доминирующим и составляет 23,6%.

Постарение населения (как стойкая демографическая тенденция) привело за последнее время к естественному росту заболеваемости с экстрапирамидными нарушениями, которые являются уделом преимущественно пациентов старших возрастных групп. Общая заболеваемость за последние пять лет увеличилась на 27,4%, а болезнью Паркинсона – на 36,2%. Значительный рост заболеваемости, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни пациентов с системными атрофиями, поражающими преимущественно ЦНС, обусловили значительный темп прироста первичной инвалидности по этому классу болезней. Так, общая заболеваемость рассеянным склерозом выросла на 4,4%, вследствие увеличения продолжительности жизни этих пациентов темп прироста первичной инвалидности составил 34,9%.

При оценке медико-социальной эффективности высокотехнологических методов нейрохирургии установлено, что в течение первого года после операции инвалидность определяется у 46,0% пациентов, для первичной инвалидности пациентов, оперированных с применением высокотехнологических методов нейрохирургии, характерна высокая тяжесть: до 70,0% пациентов, впервые освидетельствованных во МРЭК, устанавливается 1-я и 2-я группа инвалидности. Вместе с тем, у значительного числа пациентов и до оперативного лечения имелись признаки инвалидности в виде тяжелых двигательных, речевых, зрительных нарушений, однако такие пациенты своевременно не

были направлены на МСЭ. Как фактор, влияющий на показатель первичной инвалидности и тяжесть инвалидности у неврологических пациентов, оперированных высокотехнологичными методами нейрохирургии, выявлен крайне низкий охват оперированных реабилитационными мероприятиями – в частности, на ранний этап стационарной медицинской реабилитации после нейрохирургических операций направляются только 22,4% оперированных, нуждающихся и имеющих медицинские показания для стационарной медицинской реабилитации.

Удельный вес **болезней эндокринной системы** в структуре первичной инвалидности составил 3,8%. В целом за пятилетний период показатели первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы выросли на 63,8% (рис. 8). Рост первичной инвалидности по классу болезней эндокринной системы приоритетно обусловлен ростом заболеваемости по всем нозологическим формам на 29,0% и, в особенности, ростом заболеваемости сахарным диабетом. Достижения лечения и эффективного диспансерного наблюдения пациентов, страдающих сахарным диабетом, позволили снизить смертность на 42,4% (с 4,41 случаев на 100 тыс. населения в

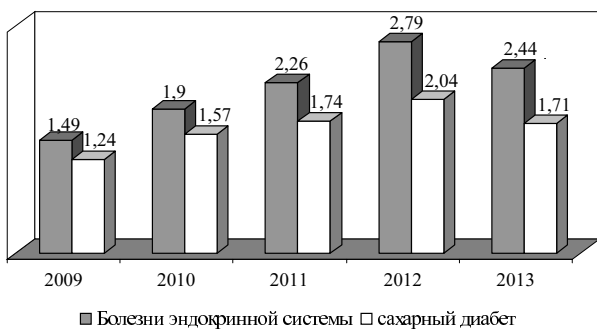


Рис. 8. Показатели первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы (на 10 тыс. населения)

2009 г. до 2,54 на 100 тыс. населения в 2013 г.), однако число пациентов с тяжелыми инвалидизирующими соматическими осложнениями диабета продолжает ежегодно увеличиваться.

Среди детского населения с 2009 по 2013 г. ежегодно признавались инвалидами 3047 детей. Первичная **детская инвалидность** в 2009 году составляла 15,92 на 10 тыс. детского населения, а к 2013 г. она выросла на 20,2% и составила 19,14 на 10 тыс. населения (рис. 9).

Основными причинами, формирующими детскую инвалидность, являются врожденные аномалии, болезни нервной системы, эндокринной системы, новообразования, психические расстройства (табл. 3).

При этом по всем приведенным выше причинам, приводящим к инвалидности детей, прослеживается четкая тенденция к росту. Так, за анализируемый период показатели ПИ вследствие врожденных аномалий увеличились с 4,77 до 5,38 на 10 тыс. населения (темп прироста – 12,8%), ПИ вследствие болезней нервной системы увеличилась с 2,95 до 3,18 на 10 тыс. населения (темп прироста – 7,8%), ПИ вследствие болезней эндокринной системы – с 1,53 до 2,10 на 10 тыс. населения (темп прироста – 37,3%), ПИ вследствие психических расстройств – с 1,44 до 2,26 на 10 тыс. населения (темп прироста – 56,9%), ПИ

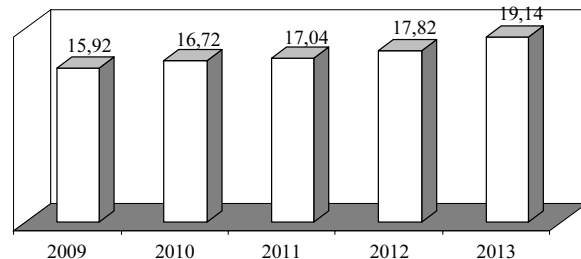


Рис. 9. Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь в 2009–2013 гг. (на 10 тыс. населения)

Таблица 3

Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь в 2009–2013 гг. по классам болезней (на 10 тыс. населения)

Классы болезней, отдельные заболевания	2009	2010	2011	2012	2013	Темп прироста 2013/2009
Врожденные аномалии	4,77	4,87	4,94	5,20	5,38	12,8%
Болезни нервной системы	2,95	3,08	2,87	3,39	3,18	7,8%
Болезни эндокринной системы	1,53	1,81	1,80	1,64	2,10	37,3%
Психические расстройства	1,44	1,56	1,74	1,98	2,26	56,9%
Новообразования	1,34	1,53	1,56	1,60	1,58	17,9%
Все классы болезней	15,92	16,72	17,04	17,82	19,14	20,2%

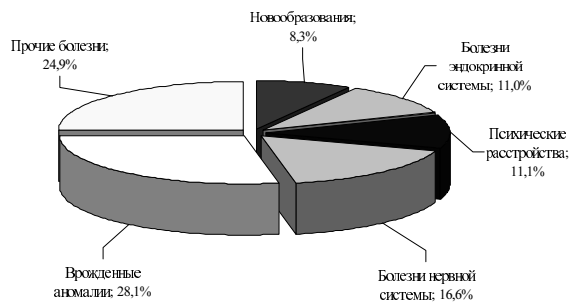


Рис. 10. Структура первичной детской инвалидности в Республике Беларусь в 2009–2013 гг. (на 10 тыс. населения)

вследствие новообразований – с 1,34 до 1,58 на 10 тыс. населения (темп прироста 17,9%).

В целом структура первичной инвалидности и удельный вес заболеваний в формировании инвалидности у детей представлены на рис. 10.

Как следует из представленных на рис. 10 данных, в нозологической структуре первичной детской инвалидности удельный вес **врожденных аномалий** составил 28,1%. Увеличение показателей первичной инвалидности детского населения по данному классу обусловлено увеличением показателей заболеваемости. В целом, общая заболеваемость детского населения (до 18 лет) по врожденным аномалиям выросла на 25,4% (с 2872,9 случаев на 100 тыс. детского населения в 2009 г. до 3602,2 случаев на 100 тыс. детского населения в 2013 г.), первичная заболеваемость увеличилась на 15,4% (с 609,2 до 703,0 на 100 тыс. детского населения).

Удельный вес **болезней нервной системы** в структуре первичной инвалидности у детей составил 16,6%. Показатели первичной инвалидности вследствие данной нозологии формируются в основном (51,0%) за счет детского церебрального паралича и других паралитических синдромов. Другие нарушения нервной системы составили 23,4%, эпизодические и пароксизмальные расстройства – 10,0%. К формированию церебральных параличей приводит повреждение нервной системы, возникшее до родов, во время родов или в ранний неонатальный период (7 дней жизни). Общая заболеваемость детей в возрасте до месяца по болезням нервной системы за исследуемый период выросла на 8,8% (с 3,4 на 1000 детей данного возраста в 2009 г. до 3,7 в 2013 г.). Данные о первичной заболеваемости по классу болезней нервной системы свидетельствуют о высокой распространенности возникновения случаев данной патологии среди детей до года, среднегодовой уровень за данный период составил 105,36 на 1000 детей соответствующего возраста.



Рис. 11. Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь вследствие психических расстройств (2009–2013 гг.; на 10 тыс. населения)

Удельный вес **психических расстройств** в структуре первичной инвалидности у детей составил 11,1%. Прирост с 2009 по 2013 г. – 56,9%. Инвалидность вследствие психических расстройств у детей выросла за счет роста показателей первичной инвалидности вследствие умственной отсталости (рис. 11).

При этом 1939 (70,2%) детей с умственной отсталостью были признаны инвалидами после 6-летнего возраста, а из их числа 26,5% – только в подростковом возрасте и, соответственно, не имели возможности получить реабилитационную помощь в полном объеме.

Удельный вес **болезней эндокринной системы** в структуре первичной детской инвалидности составил 11%. Показатели первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы у детей за 5 лет выросли на 37,3% (рис. 12). Наибольший вклад в инвалидность вследствие болезней эндокринной системы вносит сахарный диабет (рост на 46,4%). За период наблюдения общая заболеваемость по причине сахарного диабета выросла на 15,8% (с 94,6 в 2009 г. до 109,5 на 100 тыс. детского населения в 2013 г.), первичная инвалидность – на 34,4% (с 12,8 до 17,2 соответственно).

Удельный вес **новообразований** в структуре первичной инвалидности у детей составил 8,3%.

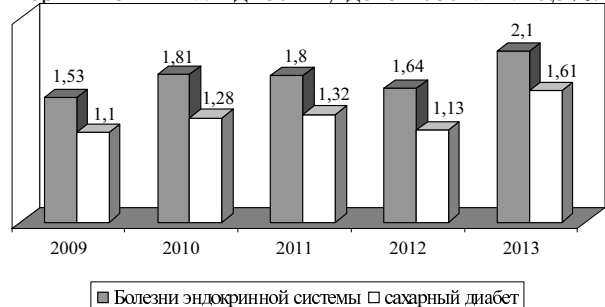


Рис. 12. Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь вследствие болезней эндокринной системы (2009–2013 гг.; на 10 тыс. населения)

Темп прироста за 5 лет — 17,9%. Инвалидность вследствие новообразований выросла, главным образом, за счет роста инвалидности вследствие злокачественных новообразований (на 15,4%) (рис. 13). Рост уровня первичной инвалидности обусловлен увеличением показателей заболеваемости: общая заболеваемость по причине злокачественных новообразований у детей увеличилась на 7,2% (с 99,2 в 2009 г. до 106,3 на 100 тыс. детского населения в 2013 г.), первичная — на 17,3% (с 13,3 до 15,6 соответственно).



Рис. 13. Показатели первичной детской инвалидности в Республике Беларусь вследствие новообразований (2009–2013 гг.; на 10 тыс. населения)

Следует также отметить, что на показатели инвалидности оказывают влияние увеличивающееся с каждым годом число родившихся детей с недоношенностью и снижение детской смертности. Так, абсолютное число детей с недоношенностью за последние пять лет возросло на 11,7% (с 4614 чел. в 2009 г. до 5155 чел. в 2013 г.) (рис. 14).

При этом количество выживших детей, рожденных с массой тела меньше 1000 г, увеличилось с 68,8% в 2009 г. до 74,8% в 2012 г. На фоне снижения детской смертности за пять лет на 23,3% (с 75,95 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г. до 58,23 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г.) в стране ежегодно увеличивается рождаемость (с 11,5 на 1000 населения в 2009 г. до 12,5 — в 2013 г.). Снижение смертности регистрировалось по всем классам болезней, преобладающим в структуре первичной детской инвалидности.

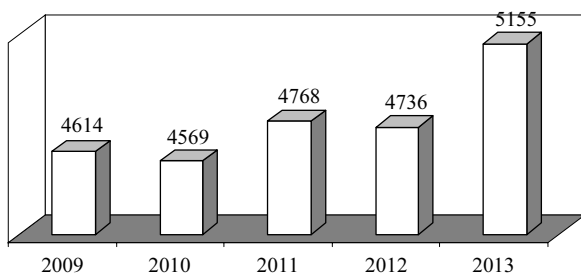


Рис. 14. Общее количество родившихся детей с недоношенностью

Таким образом, основными причинами роста показателя первичной инвалидности населения в исследуемый период явились:

1. Увеличение первичной и общей заболеваемости населения.
2. Снижение смертности населения.
3. Увеличение продолжительности жизни (повышение качества жизни населения развитых стран мира, в том числе и в Республике Беларусь, привело к увеличению продолжительности жизни населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Беларусь выросла с 70,5 лет в 2009 г. до 72,6 лет в 2013 г.).
4. Старение населения (тенденция к увеличению средней продолжительности жизни населения характеризуется ростом доли лиц в возрасте старше 65 лет; число людей старше трудоспособного возраста на начало 2014 г. составило 2,3 млн чел. и за 2013 год увеличилось на 37,1 тыс. чел. — в настоящее время каждый седьмой белорус, то есть 14% жителей страны, находится в этом возрасте; таким образом, в начале 2014 г. на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось 403 человека старше трудоспособного возраста, в то время как еще в 2009 году этот показатель составлял 359 человек).
5. Увеличение рождаемости.
6. Увеличение числа детей с недоношенностью.
7. Увеличение количества выживших детей, рожденных с массой тела меньше 1000 г.
8. Увеличение числа травм.
9. Алкоголь и табакокурение (согласно данным Национального статистического комитета совокупный уровень продаж алкоголя в Беларуси в период с 1970 по 2011 год вырос почти в два раза — с 6,4 до 11,39 литров на душу населения, в 2013 г. уровень потребления спиртных напитков составил 11,14 литров на душу населения; распространенность потребления табака среди населения республики в возрасте 16 лет и старше составила 30,5% (46,8% среди мужчин и 16,2% среди женщин).
10. Отсутствие приверженности к здоровому образу жизни, увеличение доли лиц с избыточным весом (почти 30% населения республики страдает от лишнего веса и ожирения).
11. Увеличение числа высокотехнологичных хирургических методов лечения.
12. Одной из причин высокого уровня первичной инвалидности и ее тяжести является низкий охват ранней медицинской реабилитацией (как наиболее приоритетной), что не только нарушает этапность оказания медицинской помощи пациентам, но и, в конечном итоге, уменьшает клинико-реабилитационную и социально-экономическую эффективность оказания помощи конкретному человеку.

13. Либерализация действующей Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. №97, а именно: внесение следующих дополнений и изменений:

расширение перечня анатомических дефектов; введение «синдрома социальной компенсации», при котором наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности приводит к более выраженной степени социальной недостаточности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется группа инвалидности, а это, в свою очередь, приводит к росту первичного выхода на инвалидность.

14. Расширение социальных льгот для инвалидов: предоставление 50-процентной скидки со стоимости лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, для лечения заболевания, приведшего к инвалидности, гражданам, являющимся инвалидами III группы (Указ Президента Республики Беларусь от 22 марта 2012 г. №139 «О льготном обеспечении лекарственными средствами отдельных категорий граждан»);

увеличение числа пациентов, стремящихся к установлению III группы инвалидности и получению права на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации: ортезов верхних и нижних конечностей, туловища, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, глазных протезов, шприцев инсулиновых или игл одноразовых для шприц-ручек, тест-полосок для определения сахара в крови (Указ Президента Республики Беларусь от 19 января 2012 г. №41 «О государственной адресной социальной помощи»).

15. Повышение доступности медицинской экспертизы. Министерством здравоохранения постоянно проводится работа по улучшению доступности и качества медицинской помощи, в том числе и медицинской экспертизы, а именно:

по отбору и направлению на МРЭК всех пациентов, имеющих признаки инвалидности и основания для определения инвалидности;

по оптимизации и упрощению «маршрута» пациента при направлении в МРЭК (например, Минздравом рекомендовано непосредственно из стационаров направлять в МРЭК пациентов с резко

выраженными ограничениями жизнедеятельности и с онкологической патологией четвертой клинической группы, а если такие пациенты находятся на амбулаторном лечении, то проводить необходимое обследование и освидетельствование на дому);

по оптимизации перечня обследований при направлении в МРЭК;

по упрощению и «прозрачности» порядка обжалования в случае несогласия граждан с вынесенным решением.

Дальнейшее совершенствование подходов к медико-социальной экспертизе должно быть направлено не на искусственное сокращение первичной инвалидности, а на улучшение качества оказания помощи пациентам на всех этапах: профилактика заболеваемости и травматизма, ведение здорового образа жизни, качественное и своевременное назначение и проведение амбулаторного и стационарного лечения, осуществление реабилитационных мероприятий и диспансерного наблюдения, проведение медико-социальной экспертизы с составлением индивидуальной программы реабилитации, предусматривающей ликвидацию или максимальное улучшение имеющихся ограничений жизнедеятельности, рациональное трудоустройство и социальную защиту.

SPECIAL ASPECTS OF TEMPORARY DISABILITY AMONG POPULATION OF THE REPUBLIC OF BELARUS

¹I.A.Kireeva, ²V.B.Smychek, ²A.V.Kopytok, ²L.G.Kazak

¹Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Republic of Belarus

²Republican Scientific and Practical Center of Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodishche Settl., Minsk district, Republic of Belarus

Distinctive features of temporary disability cases in adult and children population were analyzed and key reasons for growth of primary disability were considered. It was concluded that further improvement of approaches to medico-social expertise should be aimed not at the factitious decrease in primary disability but at the improvement of medical care quality at all levels: morbidity and traumatism prevention, healthy life style, high quality and well-timed prescription and treatment at the out- and inpatient departments, rehabilitation measures and regular medical check-ups, medico-social assessment using an individual rehabilitation programme, providing for elimination or maximum correction of the existing physical dysfunction, reasonable job placement and social protection.

Поступила 06.08.2014 г.