

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ПОПОВА Т.В., к.м.н., зав. курсом МСЭ,
Высшая школа общественного здравоохранения РК, г. Алматы
E-mail: mse2008@yandex.ru

Ключевые слова: инвалидность, медико-социальная экспертиза, реабилитация инвалидов, социальная защита.

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.

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%, т.е. каждый десятый житель планеты является инвалидом [1]. По данным официальной статистики, в Республике Казахстан (РК) инвалидность имеют около 3% населения [2].

Анализируя современные представления об инвалидности, следует отметить, что существующие концептуальные модели инвалидности разделяются на две основные группы: медицинскую («старую») и социальную («прогрессивную») [3, 4]. В **медицинской модели** инвалидность понимается как нарушение трудоспособности, функционирования организма человека, его болезнь, а сам человек рассматривается как пассивный и полностью зависимый от медиков-профессионалов. С 1981 года (Международного года инвалидов) ширилось движение в пользу **социальной модели** инвалидности, подчеркивающей важность самого инвалида и роли общества в его реабилитации. Социальная модель была разработана в качестве альтернативы доминирующему медицинскому восприятию инвалидности (табл. 1).

Таблица 1.

Принципиальные отличия медицинской и социальной моделей инвалидности.

| КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ | |
|--|---|
| МЕДИЦИНСКАЯ | СОЦИАЛЬНАЯ |
| Рассматривает инвалида как проблему, как объект реабилитации | Направлена на определение тех барьеров, которые изолируют людей с инвалидностью и не позволяют им стать полноправными членами своих сообществ |
| Гласит, что изменять надо самого инвалида | Гласит, что изменять надо общество и отношение общества |

Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, (МКФ), утвержденная 22 мая 2001 года 54-й сессией ассамблеи ВОЗ, базируется на интеграции этих двух противоположных моделей – медицинской и социальной [5]. Для объединения различных сторон функционирования используется биопсихосоциальный подход. Поэтому МКФ пытается достичь синте-

за, чтобы обеспечить согласованный взгляд на различные стороны здоровья с биологической, личностной и социальной позиций.

13 апреля 2005 года был принят Закон РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан». В нем, согласно комментариям Министерства труда и социальной защиты населения РК, обозначен переход от преимущественно медицинской модели инвалидности к медико-социальной.

Закон предусматривает предоставление: гарантированного объема медицинской помощи инвалидам в соответствии с законодательством; санаторно-курортного лечения инвалидам, в том числе впервые - детям-инвалидам; впервые - специальных помощников инвалидам 1 группы, имеющим затруднения в передвижении и инвалидам по слуху – специалистов жестового языка (с 1 января 2006 года); протезно-ортопедической помощи, технических вспомогательных средств, специальных средств передвижения, обязательных гигиенических средств (впервые). В Законе впервые предусмотрена квота для поступления в средние и высшие профессиональные учебные заведения, льготы по стипендиальному обеспечению. Для трудоустройства инвалидов предусмотрено установление трехпроцентной квоты рабочих мест. По отношению к виновным в нарушении законодательства руководителям и юридическим лицам предусмотрено принятие административных мер (на физических лиц – до 40 и на юридических – до 400 месячных расчетных показателей (МРП) соответственно).

Переход Казахстана к рыночной экономике инициировал изменение системы социальной защиты: в республике произошел переход от полной солидарной системы социальной защиты к смешанной, трехуровневой [6].

Согласно «Концепции социальной защиты населения Республики Казахстан», одобренной Постановлением Правительства РК от 27 июня 2001 года № 886, была предложена перспективная модель построения смешанной системы социальной защиты, включающая в себя элементы как солидарной, так и персонифицированной систем, обязательного и добровольного страхования. Были приняты Законы РК «Об обязательном социальном страховании» от 25 апреля 2003 года (введен в действие с 1 января 2005 года), «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 2005 года.

Схематически произошедшее с принятием вышеуказанных законов реформирование системы социальной защиты населения в Республике Казахстан в трехуровневую, смешанную систему представлено на рисунке 1.

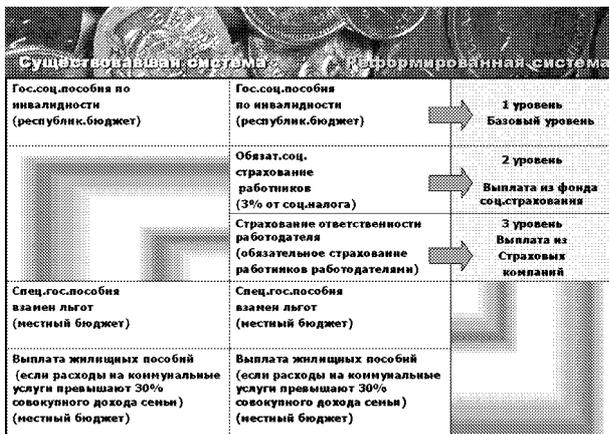


Рис. 1. Реформирование системы социальной защиты инвалидов в РК.

Первый уровень: предоставление всем гражданам за счет средств республиканского бюджета пособий на одинаковом уровне (в зависимости от социальных рисков) (государственные социальные пособия по инвалидности в зависимости от группы и причины инвалидности).

Второй уровень: предоставление работникам формального сектора дополнительных выплат из системы обязательного социального страхования до наступления пенсионного возраста или прекращения обстоятельства, послуживших основанием для страховых выплат (в зависимости от процента утраты общей трудоспособности).

Третий уровень: в случае потери трудоспособности в результате несчастного случая и профессионального заболевания при исполнении трудовых обязанностей предусматривается дополнительная социальная защита в виде выплат из страховой организации (в зависимости от процента утраты профессиональной трудоспособности).

При этом менялся базовый социальный норматив, на основе которого рассчитывалась сумма выплат государственного социального пособия по инвалидности (до 1997 года – пенсии по инвалидности) – с 1997 года это был месячный расчетный показатель, с 2007 года – минимальный прожиточный минимум. За период с 2000 года по 2008 средний размер государственного социального пособия по инвалидности был увеличен с 2999 до 13883 тенге (в 4,6 раза), что в долларовом эквиваленте составляет рост в 5,4 раза (с 21,4 до 115,7\$ США по курсу за соответствующий период).

Медико-социальную экспертизу (МСЭ) в РК осуществляют территориальные подразделения центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения, в состав которых входят более 400 врачей-экспертов, с 2001 года получивших статус государственных служащих. В задачи территориальных подразделений – отделов МСЭ (общего и специализированного профиля) входят: освидетельствование лиц с целью установления инвалидности, степени утраты общей (с 2005 года), профессиональной трудоспособности, нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе, формирование индивидуальной программы инвалидности (ИПР). При этом территориальное подразделение организуется из расчета одно на 120 тысяч всего население

(до 2000 года – одно на 100 тысяч взрослого населения). Т.к. с 2000 года подразделения МСЭ осуществляют освидетельствование не только взрослого, но и детского населения, организованы специализированные педиатрические отделы МСЭ, либо в состав отделов общего профиля входит специалист-эксперт педиатр. В последние годы введена рейтинговая оценка деятельности территориальных подразделений МСЭ. Территориальные подразделения МСЭ находятся в ведении Министерства труда и социальной защиты населения РК и осуществляют свою деятельность в соответствии с «Правилами проведения медико-социальной экспертизы», утвержденными Постановлением Правительства РК от 20 июля 2005 года.

За период с 1992 по 2007 годы в РК ежегодно в среднем 49 тысяч человек среди взрослого населения впервые признаются инвалидами (ВПИ) и с 2001 по 2007 годы в среднем 7 тысячам детей впервые устанавливается категория «ребенок-инвалид» (график 1). При этом численность впервые признанных инвалидами среди взрослого населения за обозначенный период уменьшилась более чем в 2 раза.

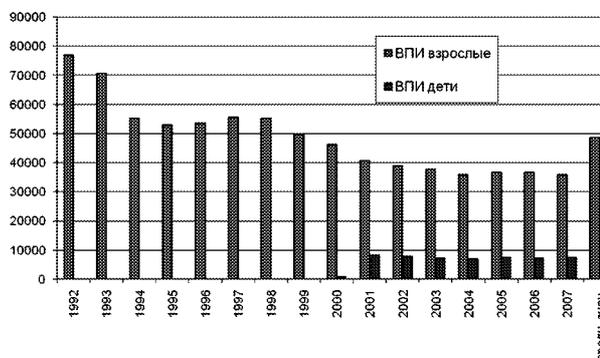


График 1. Численность впервые признанных инвалидами в РК.

Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность, по данным 2005 года среди всего населения составлял 28,8, среди взрослого населения – 32,6, среди работающего населения – 13,7, среди детского населения – 18,5 (на 10 000 населения).

Впервые признанные инвалидами среди всего взрослого населения в среднем 10% составляет первая группа инвалидности, вторая – 60%, третья – 30%. Среди лиц пенсионного возраста тяжесть инвалидности (первая и вторая группа) составляет почти 95%.

Среди классов болезней, послуживших причиной первичной инвалидности, лидирующие первые, вторые и третьи места занимают: среди всего взрослого населения – сердечно-сосудистые заболевания (23%), онкопатология (16%) и травмы (15%); среди лиц пенсионного возраста – онкопатология (37%), сердечно-сосудистые заболевания (32%) и болезни глаз (13%), среди детей – врожденные аномалии (33%), болезни нервной системы (22%) и психические расстройства (13%) соответственно.

В Республике Казахстан реабилитация инвалидов осуществляется путем реализации государственной и индивидуальной программ реабилитации. В РК были приняты две государственные Программы реабилитации инвалидов – на 2002-2005 годы [7] и на 2006-2008 годы [2]. ИПР реализуется в основном

тремя ведомствами: Министерством труда и социальной защиты населения (МТиСЗН), Министерством здравоохранения (МЗ), Министерством образования и науки (МОН) РК (рис. 2).

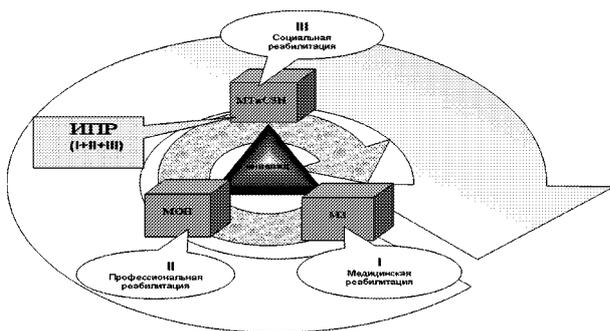


Рис. 2. Реализация ИПР инвалида в Республике Казахстан.

Показатель полной реабилитации инвалидов в Республике Казахстан в среднем составляет от 3 до 5%.

29 декабря 2008 году был принят Закон РК «О специальных социальных услугах», согласно которому лицу, находящемуся в трудной жизненной ситуации, в т.ч. на основании инвалидности, предоставляются специальные социальные услуги (введен в действие с 1 января 2009 года).

13 декабря 2006 года Генеральной Ассамблеей ООН был принят уникальный документ, концентрирующий все основные международно-правовые основы для поддержки и защиты инвалидов - Конвенция о правах инвалидов [8]. Документ вступил в силу 3 мая 2008 года. Это событие представляет собой важную веху в усилиях по поощрению, защите и обеспечению полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод. Данная Конвенция знаменует собой «смену парадигмы» в том, что касается отношения и подходов к инвалидам. Страны, присоединяющиеся к Конвенции, обязуются разрабатывать и осуществлять стратегии, законы и административные меры для защиты прав, признаваемых в Конвенции, и отменить законы, постановления, обычаи и устои, которые являются дискриминационными.

В ООН учрежден орган надзора за исполнением Конвенции – Комитет по правам инвалидов, который уполномочен рассматривать доклады государств-участников Конвенции, выносить по ним предложения и общие рекомендации, а также рассматривать сообщения о нарушениях.

После подписания Конвенции устанавливается система международного мониторинга, и лица, чьи права нарушены, получают возможность обращения в Комитет по правам инвалидов ООН. Факультативный протокол к конвенции предусматривает возможность обращения с жалобой в Комитет ООН по правам инвалидов как отдельных лиц, так и общественных объединений в том случае, когда исчерпаны все возможности обращения за помощью на национальном уровне.

11 декабря 2008 года в штаб-квартире ООН состоялась церемония подписания Казахстаном Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола к ней. Казахстан стал 137 страной в мире, присоединившейся к Конвенции [9].

Подписание Казахстаном Конвенции о правах инвалидов – фундаментальная веха в истории социальной защиты инвалидов в республике. Изменив-

шиеся социально-политические условия создают предпосылки для понимания социальной защиты инвалидов не как узковедомственной, а как общегосударственной проблемы, затрагивающей интересы всего общества, и обязанностью государства по отношению к инвалидам является обеспечение социальной защищенности. Это возлагает на центральные, местные исполнительные органы и работодателей ответственность за обеспечение реализации законодательства в области социальной защиты инвалидов на совершенно новом уровне, соответствующем международным нормам и стандартам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководящие указания и принципы разработки статистических данных по проблеме инвалидности. – Нью-Йорк: ООН, 2003 г. – 124 с.
2. Постановление Правительства РК от 6 января 2006 г. № 17 об утверждении «Программы реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы».
3. Лаврова Д.И. Современная концепция инвалидности //МСЭ и Р. – 1998. – № 2. – С. 5-8.
4. Kathleen Kuehnast, Estanislao Gacitua-Mario, Jeanine Braithwaite at al. Social Analysis and Disability: A Guidance Note. – Washington: The World Bank. – 2007. – 86 p.
5. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
6. Дуйсенова Т.К. Основные направления развития системы реабилитации больных и инвалидов //Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы МСЭ и РИ», Алматы, 5-6 декабря 2003 г. – Алматы: «Ценные бумаги», 2004. – С.3-13.
7. Постановление Правительства РК от 29 декабря 2001 г. № 1758 об утверждении «Программы реабилитации инвалидов на 2002-2005 годы».
8. Конвенция о правах инвалидов. [Электронный ресурс] – Доступ: <http://www.un.org/russian/document/convents/disability.html>
9. Казахстан подписал Конвенцию ООН о правах инвалидов (Казинформ 12.12.2008) [Электронный ресурс] – Доступ: <http://www.inform.kz/showarticle3.php?lang=rus&id=223154>

РЕЗЮМЕ

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья. По данным ООН, уровень инвалидности в мире в среднем составляет 10%. По данным официальной статистики, в Республике Казахстан инвалидность имеют около 3% населения. 13 апреля 2005 года был принят Закон РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», в котором обозначен переход от преимущественно медицинской модели инвалидности к медико-социальной. В системе социальной защиты инвалидов произошло реформирование одноуровневой системы в трехуровневую. 13 декабря 2006 года Генеральной Ассамблеей ООН был принят уникальный документ, концентрирующий все основные международно-правовые основы для поддержки и защиты инвалидов – Конвенция о правах инвалидов. 11 декабря 2008 состоялась церемония подписания Казахстаном Конвенции о правах инвалидов, что является фундаментальной вехой в истории социальной защиты и реабилитации инвалидов в республике.

ABSTRACT

Disability is one of the social phenomenon's that could not be avoided by society. Each government forms social and economical policy for invalids due to its development level, priorities and capacity. Disability is one of the indicators of public health and has not only medical but also socio-economical meaning. Law of the Republic of Kazakhstan "About Social Protection of Invalids in the Republic of Kazakhstan" was approved on April 13, 2005. This Law foresees transmission from medical model to medico-social model of social protection of invalids, and disability prevention. On April 25 2003 the Law on Mandatory Social Insurance was adopted. The Law became effective on January 1, 2005. The Law on Mandatory Insurance of Civil Liability of Employer Against Disablement of Employee While on Duty was adopted on February 7, 2005 and has been in force since July 1, 2005. Thus, there was reforming of one-level system of social protection to three-level system. On December, 13th, 2006 the General Assembly of the United Nations had been accepted the unique document concentrating all the cores is international-legal bases for support and protection of invalids - the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. On December, 11th, 2008 ceremony of signing took place in headquarters of the United Nations of the Convention by Kazakhstan on the Rights of Persons with Disabilities and the Optional protocol to it.

Keywords: disability, medical-social examination, rehabilitation of invalids, social protection.