

чению в критерии I группы инвалидности приводит к тому, что граждане со значительной разницей в состоянии здоровья относятся к одной группе инвалидности и это представляется нам нелогичным.

В пункте 11 раздела IV приказа № 1013н и в проекте нового приказа категория «ребенок-инвалид» может устанавливаться только по критерию ограничений жизнедеятельности без требований к выраженности функциональных нарушений. Учитывая, что оценка степени ограничения всех категорий жизнедеятельности в нормативном документе и проекте также трактуется без учета функциональных нарушений, можно допустить возможность признания индивида ребенком-инвалидом при незначительных нарушениях функций организма. Если законодатель подразумевал законность такой ситуации, то нужно это отразить в документе. В противном случае следует указать, что критерием определения категории «ребенок-инвалид» является нарушение здоровья стойким, не менее чем умеренно выраженным нарушением функций и структур организма.

Существенным положительным моментом проекта новых классификаций и критериев по сравнению с действующими является включение основных типов нарушений функций организма, дифференцированных с учетом положений МКФ по преимущественным видам помощи, в которых нуждается инвалид в конкретной жизненной ситуации.

Надеемся, что реализация назревших изменений в нормативных и правовых документах, используемых

в сфере медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, будет способствовать эффективному участию лиц с ограниченными возможностями в жизни общества наравне с другими гражданами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная Конвенция о правах инвалидов. Нью-Йорк. 13.12.2006.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. № 175 «О Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы». М.; 2011.
3. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы (в новой редакции), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2181-р. М.; 2012.
4. Концепция совершенствования государственной системы МСЭ и реабилитации инвалидов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, одобренная Правительством Российской Федерации (АЖ-П12-8210 от 30.11.2010). М.; 2010.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 г. № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». М.; 2009.
6. Проект приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Поступила 22.04.13

© Д.Г. ОГАЙ, 2014

УДК 616-006.04-036.86]:312.6(470.311)«2006–2012»

Д.Г. Огай

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», 149000, г. Балашиха

В статье проведен анализ и определены закономерности формирования общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Московской области с учетом возраста, группы инвалидности, структуры и уровня, а также проведен сравнительный анализ формирования инвалидности в Российской Федерации.

Ключевые слова: первичная, повторная, общая инвалидность; злокачественные новообразования; возраст; группа инвалидности; уровень.

REGULARITIES OF TOTAL DISABILITY DEVELOPMENT DUE TO CANCER IN MOSCOW REGION

D.S. Ogay

Moscow regional oncological dispensary, 143900, Balashikha, Russian Federation

The article analyses the patterns of formation and identified a total disability due to malignant neoplasms in the Moscow region with regard to age, disability groups, the structure and level, as well as a comparative analysis of the disability formation in the Russian Federation.

Key words: primary, repeated, total disability; cancer; age; disability group; level.

Для корреспонденции:

Огай Дмитрий Сергеевич – канд. мед. наук, зав. 4-м онкологическим гинекологическим отд-нием; 143900, Моск. обл., г. Балашиха, ул. Карбышева, д. 6, e-mail: dogay2008@yandex.ru.

Общая инвалидность – это сумма чисел впервые и повторно признанных инвалидами (ВПИ и ППИ) в течение года, и она отражает контингент инвалидов по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы в течение года.

Период наблюдения – 2006–2012 гг.

Общий контингент инвалидов вследствие злокачественных новообразований, освидетельствованных в БМСЭ Московской области, составляет 16,5 тыс. человек в 2006 г., увеличивается до 17,4–17,8 тыс. человек в 2007–2008 гг., до 18,0–18,2 тыс. человек в 2009–2010 гг., незначительно снижается до 17,8–17,9 тыс. человек в 2011–2012 гг., в среднем составляет 17,7 тыс. человек в год. В РФ в среднем в год число инвалидов составляет 401,2 тыс. человек.

Соотношение ВПИ и ППИ в общем контингенте освидетельствованных в БМСЭ при различных заболеваниях различается. В большинстве классов болезней удельный вес ППИ в несколько раз больше удельного веса ВПИ. Злокачественные новообразования являются исключением и соотношение ВПИ и ППИ другое.

В Московской области удельный вес ВПИ вследствие злокачественных новообразований составляет 56,1–51% в 2006–2007 гг., незначительно снижается до 47–47,2% в 2008–2009 гг., до 46,1% в 2010 г., составляет 48–46,7% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 48,8% от общего числа. В то время как число ППИ в 2006–2007 гг. меньше и составляет 43,9% и 49%. В последующие годы удельный вес ППИ увеличивается до 52,8% в 2009 г., до 53,9% в 2010 г., незначительно снижается до 52% в 2011 г., составляет 53,3% в 2012 г.; в среднем равен 51,2% от общего числа.

В РФ удельный вес ВПИ равен 51,6% в 2006 г., снижается до 45,8% в 2007 г., до 42,5–43,6% в 2008–2009 гг., составляет 45,2% в 2011 г., 43,8% в 2012 г.; в среднем равен 45% от общего числа. Удельный вес ППИ составляет 48,4% в 2006 г., увеличивается до 57,5% в 2009 г., составляет 56,4–56,7% в 2009–2010 гг., равен 54,8–56,2 в 2011–2012 гг.; в среднем составляет 55% от общего числа.

Таким образом, тенденции одинаковые, в структуре в среднем незначительно больше удельный вес ППИ.

Рассчитан уровень общей инвалидности в динамике за 7 лет – 2006–2012 гг.

В Московской области уровень общей инвалидности равен 29,9 в 2006 г., увеличивается до 31,3–31,9 в 2007–2009 гг., равен 32,1 в 2010 г. (самый высокий уровень), снижается до 31,5 в 2011 г., до 29,6 в 2012 г. (-6%); в среднем равен 31,1 на 10 тыс. взрослого населения.

В РФ уровень инвалидности выше – равен 32,3–32,5 в 2006–2007 гг., увеличивается до 34,6–36,0 в 2008–2009 гг., составляет 35,8–35,2 в 2010–2011 гг., 36,1 в 2012 г.; в среднем равен 34,6 на 10 тыс. взрослого населения (увеличивается всего на 11,8%).

Таким образом, уровень общей инвалидности в Московской области во все годы ниже, чем в РФ, и снижается

в 2011–2012 гг. В то время как в РФ уровень выше во все годы и увеличивается в 2012 г. (рис. 1).

Изучена структура общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований по возрасту в 2006–2012 гг.

В Московской области удельный вес инвалидов молодого возраста низкий – равен 15,4–14,3% в 2006–2007 гг., снижается до 12,5–12% в 2008–2010 гг., до 11,7–11,8% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 12,8% от общего числа. Удельный вес инвалидов среднего возраста высокий – равен 43,3% в 2006–2007 гг., однако уменьшается до 40,2% в 2008 г., до 37,3–35,2% в 2009–2010 гг., до 34,4–32,8% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 38% от общего числа. Удельный вес инвалидов пенсионного возраста высокий – равен 41,3–42,4% в 2006–2007 гг., увеличивается до 47,3% в 2008 г., до 50,4–52,8% в 2009–2010 гг., до 53,9–55,4% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 49,2% от общего числа.

В РФ удельный вес инвалидов молодого возраста больше, чем в Московской области, и равен 18,2% в 2006 г., однако постоянно снижается до 15,9% в 2007 г., до 14,2–13,4% в 2008–2009 гг., до 12,9% в 2010 г., до 12,4–12,3% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 14,1% от общего числа. Удельный вес инвалидов среднего возраста высокий – равен 43,5–43,3 в 2006–2007 гг., однако снижается до 40,4–37,2% в 2008–2009 гг., до 35,3% в 2010 г., до 33,7–32,2% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 37,8% от общего числа. Удельный вес инвалидов пенсионного возраста в первые годы небольшой – равен 38,3–40,8% в 2006–2007 гг., однако постоянно увеличивается до 45,4–49,4% в 2008–2009 гг., до 51,7% в 2010 г., до 53,9–55,5% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 48,1% от общего числа (рис. 2).

Таким образом, тенденции общей инвалидности одинаковые в Московской области и РФ. Удельный вес инвалидов молодого возраста низкий и уменьшается, удельный вес инвалидов среднего возраста средний, но уменьшается, удельный вес инвалидов пенсионного возраста средний, но увеличивается в последние 2010–2012 гг.

Рассчитан уровень общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в различном возрасте в динамике за 2006–2012 гг.

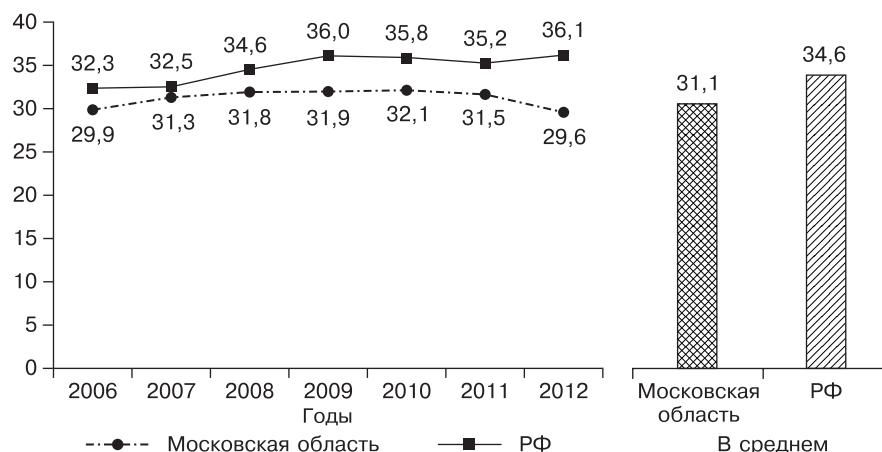


Рис. 1. Уровень общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Московской области и РФ в динамике за 2006–2012 гг. (на 10 тыс. взрослого населения).

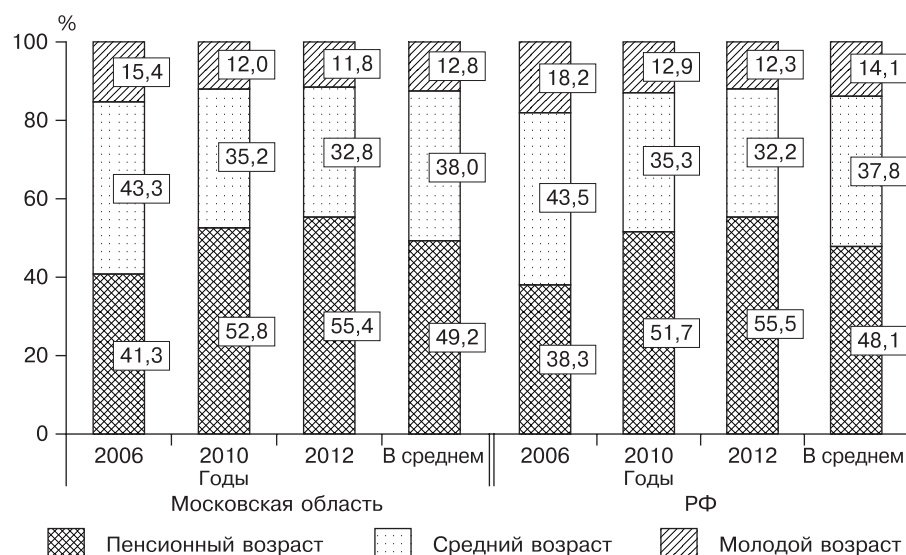


Рис. 2. Структура общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Московской области и РФ в различные годы (в %).

В Московской области уровень инвалидности у лиц молодого возраста низкий – равен 8,3–8,2 в 2006–2007 гг. и уменьшается до 7,4–7,2 в 2008–2009 гг., равен 7,9 в 2010 г., снижается до 7,5–7,1 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 7,7 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень инвалидности у лиц среднего возраста высокий – равен 71,0–73,6 в 2006–2007 гг., снижается до 69,4–64,3 в 2008–2009 гг., резко снижается до 49,4 в 2010 г., до 47,3–44,5 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 59,9 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень инвалидности у лиц пенсионного возраста средний – равен 44,9–48,2 в 2006–2007 гг., однако увеличивается до 54,4–58,0 в 2008–2009 гг., до 60,4–60,5 в 2010–2011 гг. и снижается до 57,6 в 2012 г.; в среднем равен 54,9 на 10 тыс. соответствующего населения.

В Российской Федерации уровень инвалидности у лиц молодого возраста выше, чем в Московской области, и равен 10,3 в 2006 г., однако снижается до 9,2

в 2007 г., до 8,9–8,7 в 2008–2009 гг., равен 9,2 в 2010 г., снижается до 8,7–8,9 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 9,1 на 10 тыс. соответствующего населения. Уровень инвалидности в среднем возрасте высокий – равен 77,7–77,0 в 2006–2007 гг., 75,7–72,0 в 2008–2009 гг., однако резко снижается – до 54,9 в 2010 г., до 51,5–52,0 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 65,8 на 10 тыс. соответствующего населения. В пенсионном возрасте уровень средний в первые годы – равен 48,8–52,1 в 2006–2007 гг., однако увеличивается до 61,1–68,3 в 2008–2009 гг., до 70,0–71,7–72,1 в 2010–2012 гг.; в среднем равен 63,5 на 10 тыс. соответствующего населения (рис. 3).

Таким образом, в Московской области уровень общей инвалидности ниже, чем в РФ во всех возрастных группах, в то время как тенденции

одинаковые: снижение уровня инвалидности у лиц среднего возраста и рост инвалидности у лиц пенсионного возраста. В результате в 2006–2009 гг. высокий уровень инвалидности у лиц среднего возраста, в 2010–2012 гг. – значительно выше у лиц пенсионного возраста.

Изучена структура общей инвалидности по группам инвалидности в 2006–2012 гг.

В Московской области удельный вес инвалидов I группы относительно высокий – равен 20,3% в 2006 г., однако снижается до 17,1% в 2007 г., до 15,4–14% в 2008–2009 гг., равен 19,3% в 2010 г., уменьшается до 17,3–16,4% в 2011–2012 гг., в среднем равен 17% от общего числа. Удельный вес инвалидов II группы высокий – равен 53,5% в 2006–2007 гг., однако снижается до 51,6–50,2% в 2008–2009 гг., до 45–45,5% в 2010–2011 гг., до 46,1% в 2012 г.; в среднем равен 49,3% от общего числа. Удельный вес инвалидов III группы средний – равен 26,2–29,4% в 2006–2007 гг., однако увеличивается до 33% в 2008 г., до 35,8–35,7% в 2009–2010 гг., до 37,4–37,5% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 33,7% от общего числа.

В РФ удельный вес инвалидов I группы больше, чем в Московской области, равен 21% в 2006 г., снижается до 17,3–16,8% в 2007–2009 гг., увеличивается до 23,2% в 2010 г. (самый высокий), составляет 21,3% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 19,7% от общего числа. Удельный вес инвалидов II группы высокий – равен 55,6–57,1% в 2006–2007 гг., 56,4–55,5% в 2007–2009 гг., снижается до 48% в 2010 г., до 47,4–47,2% в 2011–2012 гг.; в среднем равен 52,3% от общего числа. Удельный вес инвалидов III группы средний – равен 23,4–25,6% в 2006–2007 гг., увеличивается до 27,0–27,7 в 2008–2009 гг., до 28,8 в 2010 г., до 31,3–31,5% в 2011–2012 гг., в среднем равен 28% от общего числа.

Таким образом, удельный вес инвалидов всех групп в Московской области меньше, чем в РФ, однако тенденции одинаковые – снижение удельного веса инвалидов I и II групп и увеличение удельного веса инвалидов III группы (рис. 4).

Рассчитан уровень общей инвалидности вслед-

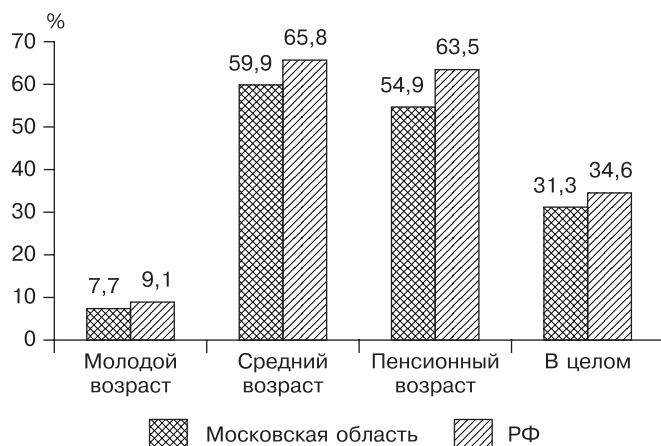


Рис. 3. Уровень общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Московской области и РФ в различном возрасте в среднем за 2006–2012 гг. (на 10 тыс. соответствующего населения).

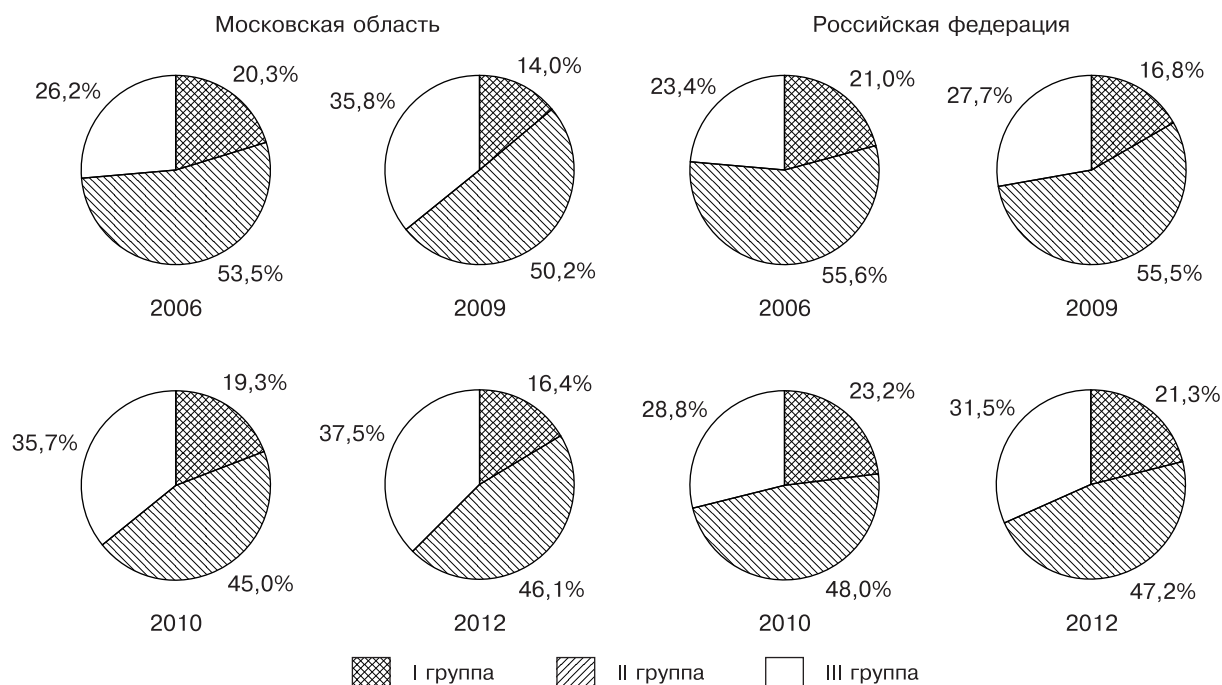


Рис. 4. Структура общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований по группам в различные годы в Московской области и РФ (в %).

ствие злокачественных новообразований по группам инвалидности в 2006–2012 гг.

В Московской области уровень инвалидности I группы низкий – равен 6,1–5,4 в 2006–2007 гг., снижается до 4,9–4,4 в 2008–2009 гг., равен 6,2 в 2010 г., уменьшается до 5,3–4,9 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 5,3 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности II группы высокий – равен 16,0–16,8 в 2006–2007 гг., однако снижается до 16,4–16,0 в 2008–2009 гг., до 14,4–14,3 в 2010–2011 гг., до 13,6 в 2012 г.; в среднем равен 15,4 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности III группы низкий – равен 7,8–9,2 в 2006–2007 гг., однако увеличивается до 10,5 в 2008 г., до 11,4–11,5–11,7 в 2009–2011 гг., равен 11,7

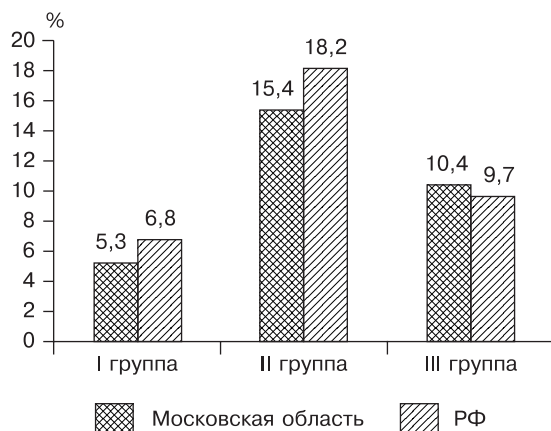


Рис. 5. Уровень общей инвалидности вследствие злокачественных новообразований с учетом группы в Московской области и РФ в среднем за 2006–2012 гг. (на 10 тыс. взрослого населения).

в 2012 г.; в среднем равен 10,4 на 10 тыс. взрослого населения.

В РФ уровень инвалидности I группы незначительно выше – равен 6,8 в 2006 г., однако снижается до 5,6–5,8 в 2007–2008 гг., до 6,1 в 2009 г., увеличивается до 8,4 в 2010 г., равен 7,6 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 6,8 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности II группы высокий – равен 17,9 в 2006 г., увеличивается до 18,5–19,6 в 2007–2008 гг., до 20,0 в 2009 г., затем уменьшается до 17,2–16,7 в 2010–2011 гг., равен 17,0 в 2012 г.; в среднем составляет 6,8 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности II группы высокий – равен 17,9 в 2006 г., увеличивается до 18,5–19,6 в 2007–2008 гг., до 20,0 в 2009 г., затем снижается до 17,2–16,7 в 2010–2011 гг., равен 17,0 в 2012 г.; в среднем равен 18,2 на 10 тыс. взрослого населения. Уровень инвалидности III группы низкий, равен 7,6–8,3 в 2006–2007 гг., однако увеличивается до 9,4–9,9 в 2008–2009 гг., до 10,3 в 2010 г., до 11,0–11,4 в 2011–2012 гг.; в среднем равен 9,7 на 10 тыс. взрослого населения (рис. 5).

Таким образом, уровень инвалидности I и II групп в Московской области ниже, чем в РФ, III группы – незначительно выше. Тенденции различные: уровень инвалидности I группы в Московской области уменьшается, в РФ увеличивается; уровень инвалидности II группы ниже и снижается в Московской области, в РФ выше и колеблется; уровень инвалидности III группы и в области, и в РФ увеличивается.

В заключение следует отметить, что закономерности формирования общей инвалидности в Московской области и РФ различаются незначительно.

Поступила 14.11.13