

СОЦИАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Ф.Р. Драенкова, О.В. Медведева, Н.А. Афонина

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия

Социальный мониторинг инвалидности занимает особое место среди медико-социальных и экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение. Актуальность исследования заключается в том, что продолжает расти первичная инвалидность трудоспособного населения, что существенно отражается на экономике нашей страны. Мониторинг инвалидности позволит проследить основные тенденции изменения данного показателя и провести соответствующие мероприятия в государственной политике. Цель работы — провести мониторинг структуры первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста в Рязанской области. Задачи исследования: наблюдение за процессами первичной инвалидности за определенный период времени; выявление складывающихся тенденций и динамики первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста; прогнозирование складывающихся тенденций и их развития; поиск способов предотвращения негативных тенденций и поддержания позитивных направлений в развитии процесса.

В аналитическом обзоре официальных данных Росстата представлена динамика и тенденции показателей инвалидности в Рязанской области. В ходе проведенного исследования изучены закономерности формирования инвалидности с учетом классов болезней, определена распространенность инвалидов среди взрослого населения.

Ключевые слова: социальный мониторинг, первичная инвалидность, медико-социальная экспертиза, первичная заболеваемость, лица трудоспособного возраста

Современные подходы к государственному регулированию социальной сферы требуют постоянного изучения социальных процессов, выявления как негативных, так и позитивных тенденций в их развитии. Для этого в системе государственного регулирования данной сферы широко используется мониторинг, позволяющий исследовать сложные процессы, явления и объекты. Мониторинг — это научно обоснованная система регулярного наблюдения, обеспечивающая сбор, обобщение и анализ информации в отношении исследуемого объекта и предоставление полученных данных государственным, региональным и местным органам управления для принятия соответствующего решения. Мониторинг обеспечивает:

— сбор, систематизацию информации о состоянии исследуемого процесса (явления, объекта);

— анализ данных и выявление тенденций, присущих исследуемым процессам (явлениям или объектам);

— прогнозирование развития выявленных тенденций, а также возможных в перспективе проблем и трудностей для исследуемых процессов (явлений или объектов);

— моделирование вариантов разрешения или предотвращения проблем исследуемых процессов (явлений или объектов) и обоснование выбора наиболее целесообразных вариантов решений [1, 3].

Актуальность исследования заключается в том, что продолжает расти первичная инвалидность трудоспособного населения, что существенно отражается на экономике нашей страны. Мониторинг инвалидности позволит проследить основные тенденции изменения данного показателя и провести соответствующие мероприятия в государственной политике [6].

Основными задачами мониторинга являются:

- наблюдение за процессами (явлениями или объектами);
- выявление складывающихся тенденций;
- прогнозирование складывающихся тенденций и их развития;
- поиск способов предотвращения негативных тенденций и поддержания позитивных.

Особый интерес представляет социально-гигиенический мониторинг инвалидности как одного из показателя оценки здоровья населения.

Прогрессирующее увеличение доли лиц старшего возраста в общей структуре населения, снижение уровня их жизни на фоне полиморбидности и выраженных инволютивных изменений приводит к значительному росту инвалидности как в целом по стране, так и в отдельных регионах [2, 5, 7].

Инвалидность является интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта и среды существования. Нарушение функций организма на фоне имеющихся изменений у лиц старшего возраста в сочетании с ограничением основных видов жизнедеятельности приводят к психологической дезадаптации и социальной дезинтеграции, порождают серьезные социальные проблемы среди инвалидов [4, 8, 9].

Цель работы — провести мониторинг структуры первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста в Рязанской области.

Основными задачами исследования являются:

- наблюдение за процессами первичной инвалидности за определенный период времени;
- выявление складывающихся тенденций и динамики первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста;
- прогнозирование складывающихся тенденций и их развития;
- поиск способов предотвращения негативных тенденций и поддержания позитивных направлений в развитии процесса.

Организация, материалы и методы исследования. С целью изучения мониторинга инвалидности, с учетом классов болезней и определения распространенности инвалидов среди взрослого населения, проведен анализ динамики и тенденций инвалидности в Рязанской области при использовании статистического метода, эпидемиологического анализа и метода экспертных оценок.

Полученные результаты и обсуждение. На основе статистического анализа структуры, динамики и уровня первичной инвалидности взрослого населения за 2005—2015 гг. выбраны и проанализированы показатели первичной инвалидности взрослого населения Рязанской области.

За 10 лет число впервые признанных инвалидов взрослого возраста составило 181 691 человек, среди которых доля лиц трудоспособного возраста 45%. В 2005 г. темп роста трудоспособного возраста максимальный (+20,43%), максимальный темп убыли — в 2007 г. (–23,68%).

За 10 лет исследования 97 983 впервые признанных инвалидов — женщины (53,93% от всех впервые признанных инвалидов) и 83 708 мужчин (46,07%). В 2005—2015 г. число женщин увеличивается, максимальный темп роста (+72,94%) в 2005 г., в 2006—2009 гг. — снижается, максимально в 2007 г. (–42,48%).

Наиболее часто при первичном освидетельствовании устанавливается вторая группа инвалидности (за 10 лет 99 987 человек, или 55,03% от всех впервые признанных инвалидов). Число лиц с впервые установленной третьей группой инвалидности — 58 945 (32,44%), первой группой — 22 758 (12,53%). Максимальный темп роста отмечен среди лиц, с впервые установленной второй группой (+56,93%) в 2005 г., максимальная убыль — среди лиц, с впервые установленной первой группой (–45,07%) в 2006 г.

Рассчитан среднепогодный вклад и проведено ранжирование основных классов болезней в структуре инвалидности. Первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения. За 10 лет 84 676 лиц — впервые признанных инвалидов по заболеваниям этого класса (46,6% всех впервые признанных инвалидов за 10 лет).

Второе ранговое место занимают злокачественные заболевания. Всего за 10 лет вследствие злокачественных новообразований впервые установлена инвалидность 23 241 человеку (12,79% от всех впервые признанных инвалидов). Отмечен рост первичной инвалидности по злокачественным новообразованиям в последние годы (максимальная доля их 17,56% в 2009 г.).

Первичная инвалидность вследствие заболеваний костно-мышечной системы занимает третье ранговое место (18 876 человек). Доля таких инвалидов увеличилась с 8,86% в 2005 г. до 11,87% в 2015 г. Удельный вес трудоспособных лиц — 56,44%.

Четвертое ранговое место занимают последствия травм, отравлений и др. внешних воздействий, всего впервые признанных инвалидов по этой причине 9511 человек (5,23% от всех впервые признанных инвалидов), при этом доля трудоспособных лиц 75,4%.

Пятое ранговое место — первичная инвалидность вследствие эндокринной патологии — 8521 человек (4,69%). Доля трудоспособных лиц составила 40,18%. Отмечен высокий темп прироста среди трудоспособных (+48,77%) в 2005 г. Всего за 10 лет впервые признанных инвалидов по психическим расстройствам 4880 человек (2,69% от всех ВПИ). Доля трудоспособных 74,36%. Темп роста этой патологии как причины инвалидизации максимальный среди всех классов болезней и составил в 2005 г. (+12,33%). В 2006—2008 г. убыль в обеих возрастных группах. Средняя доля трудоспособных лиц составила 93,34%.

Выводы. В ходе исследования также был изучен удельный вес необоснованно направленных на медико-социальную экспертизу. В 2005 г. резкое падение этого показателя до минимальной отметки 3,7%, в 2006—2009 г. значение показателя максимальное: в пределах 7,6—8,2% от всех впервые освидетельствованных лиц.

Анализ инвалидности населения Рязанской области показал, что за период с 2011 по 2013 г. наметилось незначительное уменьшение уровня общей численности инвалидов (на 2,6%) с 142,2 до 138,5 на 10 000 населения, более выраженной, чем в целом по Российской Федерации (снижение на 1,3% за этот же период).

Заключение. Таким образом, несмотря на указанные выше отдельные позитивные тенденции, основные статистические показатели, характеризующие инвалидность населения области, имеют негативную динамику за 2005—2015 гг. Коэффициенты были выше, чем в России и Центральном федеральном округе, сохраняется умеренная тенденция к росту инвалидности, связанной с заболеваниями системы кровообращения и со злокачественными новообразованиями, при этом показатели в Рязанской области находилась на уровне, превышающем общероссийские коэффициенты.

Рекомендации. Необходимо продолжить социальный мониторинг первичной инвалидности на территории Рязанской области и проводить социальную политику государства по снижению первичной инвалидности по основным группам заболеваний у лиц трудоспособного возраста.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- [1] *Миронова Е.А.* Инвалиды как субъект социальной политики // Отечественный журнал социальной работы. 2009. № 4. С. 20—22.
- [2] *Панов А.М.* Социальная поддержка инвалидов в Российской Федерации: современное состояние, проблемы, перспективы // Отечественный журнал социальной работы. 2007. № 3. С. 44—58.
- [3] *Трифонов Н.Ю.* Социально-гигиенические аспекты инвалидности взрослого населения и пути совершенствования мер реабилитации инвалидов // Проблемы управления здравоохранением. 2008. № 2. С. 34—38.
- [4] *Ханжсин Е.В.* Социальная адаптация инвалидов: современные подходы и практика социальной работы // Отечественный журнал социальной работы. 2005. № 1. С. 34—36.
- [5] Социальная защита населения: опыт организационно-административной работы / Под ред. В.С. Кукушина. М., 2004.
- [6] *Хамзина Ж.А.* Основания возникновения права на социальное обеспечение // Международные юридические чтения: Материалы научно-практической конференции (14 апреля 2005 г.). Омск: Изд-во Омск. юрид. ин-та, 2005. Ч. 3. С. 224—226.
- [7] Источники российского права: вопросы теории и истории: Учебное пособие / К.Ф. Гуценко, В.И. Крусс, Н.Ф. Кузнецова и др. М.: Норма, 2005. 336 с.
- [8] *Дмитриева Л.В.* Развитие социально-психологической помощи для инвалидов допенсионного возраста с нетяжелой формой психического заболевания (социальный проект) // Социальное обслуживание. 2009. № 1. С. 54—58.
- [9] *Пачгин И.В., Кича Д.И.* Методологические и организационные основы развития здравоохранения как приоритетной подсистемы социально-экономической сферы региона // Российский медико-биологический вестник академика И.П. Павлова. 2015. № 3. С. 76—81.

DOI: 10.22363/2313-0245-2017-21-1-104-108

SOCIAL MONITORING PRIMARY DISABILITY IN PERSONS OF WORKING AGE

F.R. Draenkova, O.V. Medvedeva, N.A. Afonina

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Social monitoring of disability occupies a special place among health, social and economic problems of vital national importance. The relevance of the study lies in the fact that it continues to grow, the primary disability of the working population, which significantly affects the economy of our country. Monitoring disability to allow us to trace the main trends in the indicators and to conduct appropriate activities in public policy. The aim of this work is to monitor the structure of primary disability among persons of working age in the Ryazan region. Objectives of the study: monitoring of process primary disability for a certain period of time; identifying emerging trends and dynamics of primary disability in individuals of working age; forecasting emerging trends and their development; finding ways to prevent negative trends and maintaining positive trends in the development process.

In the analytical review of official data from Rosstat, shows the dynamics and trends of disability in the Ryazan region. In the course of the study studied the regularities of formation of disability to reflect the classes of disease, determined the prevalence of disability among the adult population.

Key words: social monitoring, primary disability, medico-social expertise, primary incidence, of working age

REFERENCES

- [1] *Mironova E.A.* Invalidy kak sub'ekt social'noj politiki. Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty. 2009. № 4. P. 20—22.
- [2] *Panov A.M.* Social'naja podderzhka invalidov v Rossijskoj Federacii: sovremennoe sostojanie, problemy, perspektivy. Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty. 2007. № 3. P. 44—58.
- [3] *Trifonova N.Ju.* Social'no-gigienicheskie aspekty invalidnosti vzroslogo naselenija i puti sovershenstvovanija mer rehabilitacii invalidov. Problemy upravlenija zdravoohraneniem. 2008. № 2. P. 34—38.
- [4] *Hanzhin E.V.* Social'naja adaptacija invalidov: sovremennye podhody i praktika social'noj raboty. Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty. 2005. № 1. P. 34—36.
- [5] Social'naja zashhita naselenija: opyt organizacionno-administrativnoj raboty. Pod red. V.S. Kuskushina. M., 2004.
- [6] *Hamzina Zh.A.* Osnovaniya voznikovenija prava na social'noe obespechenie. Mezhdunarodnye juridicheskie chtenija: Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii (14 aprelja 2005 g.). Omsk; Izd-vo Omsk. jurid. in-ta, 2005. V. 3. P. 224—226.
- [7] Istochniki rossijskogo prava: voprosy teorii i istorii: Uchebnoe posobie. Gucenko K.F., Kruss V.I., Kuznecova N.F. et al. M.; Norma, 2005. 336 p.
- [8] *Dmitrieva L.V.* Razvitie social'no-psihologicheskoj pomoshhi dlja invalidov dopensionnogo vozrasta s netjazheloj formoj psihicheskogo zabolevanija (social'nyj proekt). Social'noe ob-sluzhivanie. 2009. № 1. P. 54—58.
- [9] *Pachgin I.V., Kicha D.I.* Metodologicheskie i organizacionnye osnovy razvitiya zdravoohraneniya kak prioritetnoj podsistemy social'no-jekonomicheskogo sfery regiona. Russian medical and biological messenger academician Pavlova I.P. 2015. № 3. P. 76—81.

© Драенкова Ф.Р., Медведева О.В., Афонина Н.А., 2016