Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Кафедра организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации

Реферат на тему:

«Инвалидность населения в Российской Федерации»

слушатель цикла профессиональной переподготовки

«Медико-социальная экспертиза:

организационно-правовые

и методические вопросы»

С 25.06.2012 г. по 01.09.2012 г. - заочная часть

С 03.09.2012 г. по 29.09.2012 г. - очная часть

Инвалидность населения в Российской Федерации

Определение понятий «инвалидность» и «инвалид»

Инвалидность - это сложная биосоциальная категория, охватывающая различные уровни развития человека как существа биологического и социального в его многообразных взаимоотношениях с окружающей средой (Осадчих А.И., 1988).

Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства, а решение ее общих и частных вопросов зависит от экономического, политического, культурного уровня страны, духовно-этических воззрений и менталитета общества на разных этапах развития.

На Руси понятие «инвалидность» имеет свою историю, начиная с института юродивых, обрамленный ореолом святости. Действительно, юродивые были инвалидами в современном понимании этого слова, они были неприкосновенны, им позволялось и прощалось все то, за что другие могли лишиться жизни. Они поддерживались не только народом, но и церковью.

Необходимость комплексного биосоциального подхода к категории «инвалидность» четко сформулировала Кравченко М.М. По её мнению, инвалидность - сложное социальное явление, которое зависит от многих социально - экономических и гигиенических факторов, состояния производственной и внешней среды, развития здравоохранения, демографических процессов, уровня развития медицинских и других наук. Инвалидность следует рассматривать с различных точек зрения. Это, прежде всего, устойчивое состояние нарушения жизнедеятельности в результате болезни или увечья, в том числе и способности выполнять общественно полезный труд, что нередко приводит к изменению социального статуса человека и необходимости оказания ему социальной помощи, а также создания ему особых производственных условий. Инвалидность следует также рассматривать и как правовое состояние лица, неспособного по состоянию здоровья к продуктивной трудовой деятельности и нуждающегося в реабилитационных мероприятиях. Следовательно, в понятие «инвалидность» вкладывается медико - биологический и социальный смысл, включающий профессиональные, производственные, психологические и морально - экономические аспекты, которые охватывают все сферы жизни человека.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

В 90-х годах проблемы инвалидности стали все больше привлекать внимание ученых, практических работников, общественности, самих инвалидов и их семей, что было обусловлено не только увеличением численности контингента инвалидов в различных странах мира, но и совершенствованием общественных отношений, демократизацией общества, возросшим уровнем заботы о здоровье населения, созданием и активной деятельностью организаций инвалидов, при этом в сфере общественных интересов находились обе стороны проблемы: «инвалидность» и понятие «инвалид».

Различают два понятия - первичная инвалидность и общая инвалидность.

Первичная инвалидность (иногда ее менее точно называют «первичный выход на инвалидность») - отношение числа лиц, впервые признанных инвалидами в данном календарном году, к населению в целом или к его отдельным группам (например, к общему числу рабочих и служащих); обычно этот годичный показатель вычисляется на 1000 человек.

Общая инвалидность - наличие инвалидов в населении или в его отдельных группах, т. е. отношение всего числа инвалидов, и впервые признанных, и с ранее установленной инвалидностью на 1000 человек.

Таким образом, эти понятия совершенно аналогичны определениям заболеваемости (и заболеваемость, и первичная инвалидность учитываются по моменту возникновения или, точнее, обнаружения и регистрации) или распространенности (болезненности). Распространенность, контингента больных, так же как и общая инвалидность, контингента инвалидов - это и все вновь возникшие случаи, и выявленные за прошедшие годы, т.е. по моменту наличия.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничения трудоспособности в основной профессии до полной ее утраты во всех видах профессиональной деятельности. В зависимости от степени потери или ограничения трудоспособности установлены три группы инвалидности.

Показатели инвалидности:

. Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения:

Число лиц трудоспособного возраста, впервые

признанных инвалидами в отчетном году

----------------------------------------------------------------- · 10.000 (1000)

Общая численность лиц трудоспособного возраста

. Показатель первичной инвалидности детского населения:

Число детей до 18 лет, впервые признанных

инвалидами в отчетном году

----------------------------------------------------------- · 10.000 (1000)

Общее число детей до 18 лет

. Показатель структуры первичной инвалидности по заболеваниям (возрасту, социальной принадлежности):

Число лиц, впервые признанных инвалидами

от отдельных заболеваний в отчетном году

----------------------------------------------------------- · 100%

Общее число лиц, впервые признанных

инвалидами в отчетном году

. Показатель структуры первичной инвалидности по группам инвалидности:

Число лиц, впервые признанных инвалидами

(2, 3) группы в отчетном году

----------------------------------------------------------- · 100%

Число лиц, впервые признанных инвалидами

в отчетном году

. Показатель общей инвалидности трудоспособного населения (распространенность инвалидности):

Число инвалидов трудоспособного возраста

------------------------------------------------------------------------ · 10.000 (1000)

Среднегодовая численность трудоспособного населения

. Показатель общей инвалидности детского населения (распространенность детской инвалидности):

Число детей-инвалидов до 18 лет

-------------------------------------------------------------------------- · 10.000 (1000)

Среднегодовая численность детского населения до 18 лет

7. Удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами:

Число лиц, впервые признанных инвалидами

в отчетном году

------------------------------------------------------------------- · 100%

Общее число инвалидов на начало отчетного года

Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и разработки мер по улучшению, разработке мероприятий по реабилитации инвалидов.

Инвалидность наряду с показателями заболеваемости, демографическими и другими данными является одной из основных характеристик, интегральным показателем здоровья населения, условий труда, жизни, быта, среды существования.

Л.П. Гришина с соавторами (1987-1995) и многие другие на основании разносторонних, широкомаштабных исследований убедительно показали, что инвалидность зависит от многих факторов:

· Состояния окружающей среды (экологической обстановки, состояния атмосферного воздуха, водного бассейна, земли)

· Демографической ситуации

· Экономического и социального уровня

· Заболеваемости

· Состояния лечебно - профилактической помощи

· Деятельности врачебно - экспертной службы

Понимание многофакторности проблемы инвалидности и зависимости инвалидности от различных условий общественной жизни очень важно для целенаправленного воздействия на формирующие её факторы и проведения соответствующих мер по профилактике и снижению инвалидности.

Необходимо осознание и практическое использование положения о существовании тесной органической взаимосвязи между состоянием здоровья различных групп населения и качеством окружающей среды как концептуальной основы формирования истинно первичной профилактики.

Вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения - одна из важнейших проблем медицины труда и здравоохранения. Анализ состояния здоровья работающих в России, свидетельствует о его ухудшении в последние годы, в связи с высоким уровнем травматизма на производстве и увеличением профессиональной заболеваемости, хотя последняя остается несопоставимо меньшей по сравнению с другими индустриальными странами.

Наряду с этим следует отметить, что в настоящее время в связи с внедрением новых, безопасных технологий на отдельных предприятиях снижается риск возникновения профессиональных заболеваний в тяжелой форме, чаще регистрируются заболевания без четких биологических маркеров на основе смешанного - профессионального и возрастного (инволютивного) - генеза. Это заболевания со стертыми клиническими формами у высокостажированных пациентов, с трудовым стажем 20 и более лет, у которых выявляются различные нарушения здоровья возрастного характера.

Например, при многолетнем воздействии пыли у рабочих появляется нерезко выраженная инспираторная одышка на фоне эмфиземы легких без клинически выраженного хронического бронхита, у лиц, занятых тяжелым физическим трудом с вынужденной позой, выявляются различные остео-дистрофические изменения позвоночного столба (остеохондроз) с легким и периферическим ангиодистоническим и миотоническим синдромами.

Поэтому крайне важное значение имеет определение среднестажевого порога риска в сопоставлении с параметрами вредных факторов на производстве, за пределами которого возникает опасность формирования «профессионально обусловленного» (индуцированного) заболевания. Данная проблема актуальна еще и потому, что в последние годы многие рабочие даже при существенном превышении предельно допустимого уровня (ПДУ) вредных факторов на рабочем месте, несмотря на наличие среднестажевого порога риска, продолжают работать во вредных условиях труда, подвергая свое здоровье опасности.

Неспецифическое влияние вредных факторов производственной среды на течение и формирование общих заболеваний, как и возникновение профессиональных заболеваний, напрямую зависят от гигиенических параметров, тяжести и напряженности трудового процесса. Степень профессионального риска для здоровья работающих определяется согласно классам условий труда по степени вредности и опасности.

На основании степени профессионального риска можно более объективно осуществлять аттестацию рабочих мест, управлять здоровьем работающих, обеспечивать мотивированную социальную защиту, социальное страхование от несчастных случаев на производстве.

Несчастные случаи - главная причина смерти детей, подростков, молодых лиц. В развитых странах смертность от них занимает первое место среди мужчин в возрастных группах от 1 года до 44 лет. «Эпидемия» травматизма продолжается, и каждый год его жертвами становятся сотни тысяч человек; к ним нужно добавить случаи убийств, изнасилований, число которых увеличивается с каждым годом. Тревогу вызывает возросший в последние годы транспортный травматизм, составляющий 30-40% от всех несчастных случаев. Большое число случаев смерти связано с производственными и бытовыми травмами, особенно с падениями (в быту, на производстве). Увеличилось число травм среди спортсменов. Перенаселенность городов, загрязнение внешней среды, ускорение общего ритма жизни, увеличение количества транспортных средств и повышение скорости их передвижения, распространение новых технологических процессов на производстве и в сельском хозяйстве, широкое использование техники в быту - все это определяет уровень травматизма.

Травматизм наносит огромный экономический ущерб национальному хозяйству страны.

В настоящее время официальная статистика располагает надежными данными лишь о причинах первичной инвалидности взрослого населения (старше 18 лет). Перспектива получения соответствующих качественных данных в отношении детского населения связана с завершением работы по внедрению уже разработанной и апробированной соответствующей учетной и отчетной документации.

Половина всей первичной инвалидности взрослого населения обусловлена болезнями системы кровообращения39,2%, еще 20,3% - злокачественными новообразованиями, болезни нервной системы 3,5%, травмы 5,9%, психические расстройства 4,1%, болезни органов дыхания 2,5% и болезни костно-мышечной системы 9,4%.

Ведущие причины инвалидности в значительной мере определяются возрастным составом инвалидов. Так, 50,5% лиц, впервые признанных инвалидами, имели пенсионный возраст (мужчины - старше 60 лет, женщины - старше 55 лет). Доли «молодых» (16-44 года женщины, 16-49 лет мужчины) инвалидов- 17% и инвалидов предпенсионного возраста -32,9%. В свою очередь, нозологический и возрастной состав инвалидов, определяют структуру инвалидности по тяжести. Подавляющее большинство инвалидов (43,5%) имеют вторую группу, доли инвалидов первой-15,3% и третьей группы-40,8%. При этом видно, что в различных возрастах ведущие причины инвалидности заметно различаются.

В возрастах до 45-50 лет спектр инвалидизирующих заболеваний достаточно широк. Первое по значимости место делят психические заболевания и травмы, давая примерно по 16% новых инвалидов в этой возрастной группе. Третье место занимают болезни системы кровообращения (14,8% «новых инвалидов»), четвертое - болезни нервной системы и органов чувств (12,4%), пятое - злокачественные новообразования (9,3%), шестое - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,0%). Суммарно все шесть классов болезней являются причинами более 75% случаев инвалидности в возрастах до 45-50 лет. [2, с. - 11]

В последнем предпенсионном десятилетии жизни (45-54 года для женщин, 55-59 лет - для мужчин) среди ведущих причин инвалидности на первое место выходят болезни системы кровообращения, дающие более 37% инвалидов этого возраста. На второе место выходят новообразования, ставшие причиной около 17% случаев инвалидности. Примерно равное значение (7-8%) имеют болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травмы.

Основной причиной инвалидности лиц пенсионного возраста являются болезни системы кровообращения, дающие около 75% случаев.

Таким образом, с возрастом спектр инвалидизирующих заболеваний существенно сужается, и в нем постепенно выделяются ведущие причины, определяющие всю картину инвалидности.

Нозологическая специфика инвалидности в отдельных возрастах позволяет достаточно точно прогнозировать динамику основных причин инвалидности, опираясь на данные о тенденциях инвалидности как в целом, так и в отдельных возрастных группах.

Рассмотрим ведущие причины инвалидности и региональную специфику их распространения в отдельных возрастах.

. Преобладание ВПИ трудоспособного возраста в связи с возрастной структурой населения (в округе среди лиц старше 18 лет 61,5 % составляет трудоспособное население). В 2011 г. инвалиды трудоспособного возраста составили 60,6%; в 2010 г. - 57,6%, в 2009 г. - 66,8% (в 2010 г. в РФ - 49,5%, в ДФО - 50%)(рис. 1).

Рисунок 1

Число впервые признанных инвалидами с учетом возраста (2009-2011г. %)



. По тяжести инвалидности доля инвалидов I группы в общей структуре ВПИ (рис. 2) больше, чем в РФ и ДФО. В 2011 г. инвалиды I группы составили 19,4% (33 чел.), II группы - 43,5% (74 чел.), III группы - 37,1% (63 чел). В 2010 г. инвалиды I группы составляли 18,5%, (35 чел.), II группы - 47,1% (89 чел.), III группы - 34,4% (65 чел). В 2009 г. инвалиды I группы составляли 16%, (30 чел.), II группы - 50,8% (95 чел.), III группы - 33,2% (62 чел) (рис.2). В 2010 г. в РФ инвалиды I группы составили 15,3%, II группы - 43,9%, III группы - 40,8%.

Рисунок 2

Структура впервые признанных инвалидами с учетом группы инвалидности (%)







инвалид здоровье население работающий

3. Уровень первичной инвалидности в округе ниже, чем в Российской Федерации (в 2010 г. - 51,8 и 76,4 на 10 тыс. взрослого населения, в 2009 г. - 50,3 и 80,6 соответственно; уровень инвалидности среди ВПИ пенсионного возраста в 2010 г. - 157,9 и 145,7, в 2009 г. - 132,8 и 165,3; уровень инвалидности среди ВПИ трудоспособного возраста в 2010 г. - 42,3 и 66,7, в 2009 г. - 52,8 и 78,4.

Уровень инвалидности выше, чем в Российской Федерации в 2010 г. по причине туберкулеза (2,2 и 1,1 на 10 тыс. взрослого населения), при психических заболеваниях (5,5 и 3,1 на 10 тыс. взрослого населения), при новообразованиях 15,7 и 15,5 на 10 тыс. взрослого населения соответственно).

В структуре инвалидности по классам болезней доля инвалидов в 2010 г. выше в Чукотском АО, чем в Российской Федерации вследствие злокачественных новообразований (25,9% и 20,3% соответственно), психических расстройств (10,6% и 4,1%), болезнях глаза (3,2% и 2,9%), последствиях травм (7,4% и 5,9%) (рис.3).

Рисунок 3

Структура первичной инвалидности по классам болезней в Чукотском АО и Российской Федерации в 2010 г.(%).



Структура первичной инвалидности по классам:

Первое место занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения - 28,0%

Второе место занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований - 25,9%

Третье место занимают инвалиды вследствие психических расстройств, болезней костно-мышечной системы - 10,6%

Пятое место занимают инвалиды вследствие болезней органов пищеварения - 2,1%

Четвертоеое место занимают инвалиды по последствиям травм, отравлений- 8,5%

Число повторно признанных инвалидами в округе в 2011 г. уменьшилось на 18,8% по сравнению с аналогичным периодом 2010 г. (в Российской Федерации в 2010 г. - на 13,6%).

В структуре ППИ в 2011 г. преобладают инвалиды трудоспособного возраста - 307 человека (71,7%) (в 2010 г. в округе - 73,3%). В РФ эти показатели составили в 2010 г. 68,8%; в 2009 г. - 72,6%; в 2008 г. - 76,6%.

В 2011 г. инвалиды I группы составили 12,6% (54 чел.), II группы - 35,5% (152 чел.), III группы - 51,9% (222 чел) (рис. 2). В 2010 г. инвалиды I группы составляли 15,8%, (82 чел.), II группы - 35,4% (184 чел.), III группы - 48,8% (254 чел). В 2009 г. инвалиды I группы составляли 8,5%, (50 чел.), II группы - 45,8% (268 чел.), III группы - 45,6% (267 чел). В 2010 г. в РФ инвалиды I группы составили 10,1%, II группы - 41,2%, III группы - 48,8%.

Рисунок 4

Структура повторно признанных инвалидами с учетом группы инвалидности в Чукотском А.О. в 2009-2011г. (%)







Динамику уменьшения освидетельствований можно объяснить законодательным расширением возможностей установления инвалидности и разработки индивидуальных программ реабилитации (далее - ИПР) без указания срока переосвидетельствования.

Инвалидность без указания срока установлена в 2011 г. 148 инвалидам (24,7% от общего числа признанных инвалидами старше 18 лет); из них впервые признанным инвалидам - 6 чел. (3,5% от ВПИ). В 2010 г. - 179 инвалидам (24,4%); из них впервые признанным инвалидам - 3 чел. (1,6% от ВПИ). В 2009 г. - 162 инвалидам (20,1%); из них впервые признанным инвалидам - 0.

Категория «ребенок-инвалид» до достижения 18 лет установлена в 2011 г. - 16 детям-инвалидам (15% от общего числа признанных инвалидами детей); в 2010 г. - 23 детям-инвалидам (19,3%); за 2009 г. - 44 ребенку-инвалиду (28,1%).

Уровень инвалидности за отчетный период составил на 10 тыс. всего населения: первичной - 39,6; повторной - 106,8.

# Динамика распространенности инвалидности в Чукотском АО (на 10 тыс. соотв. населения) по данным ГУ отделения ПФР за 2008-2010 гг., по данным соцзащиты на 01.01.2011 г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | 2008 | 2009 | 2010 | По данным соцзащиты на 01.01.2011 г. |
| Распространенность детской инвалидности |  172,5 |  156,1 |  175,6 |  164,8 |
| Распространенность взрослой инвалидности |  390,0 |  410,0 |  400,0 |  390,0 |
| Распространенность всей инвалидности | 330,0 | 340,0 | 350,0 | 330,0 |

Детская инвалидность

Анализ деятельности по освидетельствованию детей-инвалидов за период 2009 - 2011 годы.

В учреждениях медико-социальной экспертизы округа в 2011 году, как и в 2010 году, освидетельствовано 158 детей в возрасте до 18 лет (2010г.-158, 2009г.- 215), что на 26,5% ниже в сравнении с 2009 годом.

Снижение числа освидетельствованных детей обусловлено уменьшением количества первично освидетельствованных, а также повторно освидетельствованных детей для установления инвалидности за счет увеличения с 2009г. числа детей, которым установлена инвалидность на срок до исполнения возраста 18 лет, в соответствии с пунктом 13 Правил признания лица инвалидом и Перечня, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008г. № 247).

В 2011 году в бюро МСЭ первично освидетельствовано 20 детей (2010г.- 32, 2009г. - 26), в том числе первично освидетельствовано 12 детей, проживающих в сельской местности (2010г.-12, 2009г.-11). Темп снижения первично освидетельствованных детей составил 37,5% в сравнении с 2010 годом и 23% в сравнении с 2009 годом (табл. 21).

Количество первично освидетельствованных в бюро МСЭ детей, проживающих в сельской местности, в период 2009-2011гг. практически не изменилось. Показатель отражает доступность медико-социальной экспертизы детям, проживающим в сельской местности.

Таблица 2

Общее число освидетельствованных, впервые признанных в категории «ребенок-инвалид» в Чукотском АО за 2009-2011 гг. (абс., уровень на 10.тыс. детского населения).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Годы | Первично освидетельствовано | Из них признано инвалидами |
|  | абс. число | уровень | абс. число | уровень | % |
| 2009 | 26 | 19,5 | 25 | 20,2 | 96,2 |
| 2010 | 33 | 27,3 | 31 | 25,7 | 93,9 |
| 2011 | 20 | 15,0 | 20 | 15,0 | 100 |

В динамике за последние 3 года отмечается снижение количества при росте в процентном соотношении до 100% впервые признанных детьми-инвалидами, от числа впервые освидетельствованных детей для установления инвалидности.

Так, в 2011 году первично признаны детьми-инвалидами 20 (100%), в 2010г. -31 (93,9%), в 2009г.-25(92,6%).

Количество первично признанных детьми-инвалидами, проживающих в сельской местности в течение последних трех лет практически не изменяется и составляет в 2011г.-10 (100%), 2010г. -12 (100%), в 2009г. - 11(100%) и составляет 100% от освидетельствованных детей для установления инвалидности.

Уровень впервые выявленной инвалидности уменьшился с 20,2 в 2009 году до 15,0 - в 2011 году (2010г.- 25,7; 2009г.-20,2) на 10 тыс. детей в возрасте 0-18 лет. Это на 41,6% меньше, чем в 2010 году и на 25,7% меньше, чем в 2009 году.

Показатель первичной инвалидности в округе в 2011 году на 46,8% ниже аналогичного показателя в РФ (2010г.-28,2) и на 44% ниже показателя в ДВФО (2010г.-26,8) на 10 тыс. детей в возрасте 0-18 лет.

Общее число впервые признанных инвалидами детей по возрасту в 2011 г., структура в процентах в Чукотском АО, РФ в 2010 г., ДФО в 2010 г. (%).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | 0-3 года | 4-7 лет | 8-14 лет | 15 лет и старше |
| Всего детей | 10 | 3 | 6 | 1 |
| Структура (%) ЧАО | 50,0 | 15 | 30,0 | 5,0 |
| Структура (%) РФ (2010г.) | 43,1 | 22,5 | 24,9 | 9,4 |
| Структура (%) ДФО(2010г.) | 43,8 | 21,9 | 23,9 | 9,9 |

Возрастная структура первичной детской инвалидности в 2011 году в Чукотском автономном округе соответствует возрастной структуре первичной детской инвалидности по РФ и в ДВФО (статистические данные за 2010г.), в том числе (табл. 22):

на I месте возрастная группа 0-3 года - 50%, и выше аналогичного показателя по Российской Федерации (43,1%) и в ДВФО (43,8%).

на II месте возрастная группа 8-14 лет - 30%, также превышает аналогичный показатель по РФ (24,9%) и в ДВФО (23,9%).

на III месте возрастная группа 4-7 лет - 15%, и ниже аналогичного показателя по РФ (22,5%) и в ДВФО (21,9%).

на IV месте - возрастная группа 15 лет и старше - 5%, что значительно ниже аналогичного показателя по РФ и ДВФО (9,4 и 9,9% соответственно).

Уровень первичной инвалидности у детей до 18 лет при различных классах болезней за 2009- 2011 гг. (на 10 тыс. детского населения)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Нозологические формы | 2009 | 2010 | 2011 |
|  |  | абс. | ИП |  | абс. | ИП |  | абс. | ИП |  |
| 04 | Новообразования | 1 | 0,8 |  | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  |
| 05 | Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 0 | 0,0 |  | 2 | 1,7 |  | 3 | 2,3 |  |
| 06 | Психические расстройства | 12 | 9,0 |  | 10 | 8,3 |  | 6 | 4,5 |  |
| 07 | в том числе умственная отсталость | 2 | 1,5 |  | 2 | 1,7 |  | 2 | 1,5 |  |
| 09 | Болезни нервной системы | 3 | 2,3 |  | 4 | 3,3 |  | 3 | 2,3 |  |
| 12 | Болезни глаза | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  |
| 13 | Болезни уха | 0 | 0,0 |  | 2 | 1,7 |  | 1 | 0,8 |  |
| 14 | Болезни системы кровообращения | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  | 1 | 0,8 |  |
| 15 | Болезни органов дыхания | 1 | 0,8 |  | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  |
| 16 | из них бронхиальная астма | 1 |  |  | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  |
| 18 | Болезни костно-мышечной системы | 2 | 1,5 |  | 3 | 2,5 |  | 1 | 0,8 |  |
| 22 | Врождённые аномалии | 4 | 3,0 |  | 5 | 4,1 |  | 5 | 3,8 |  |
| 24 | в том числе аномалии системы кровообращения | 3 | 2,2 |  | 3 | 2,5 |  | 3 | 2,3 |  |
| 26 | Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  | 0 | 0,0 |  |
| 27 | Травмы и отравления | 1 | 0,8 |  | 2 | 1,7 |  | 0 | 0,0 |  |
| 28 | Прочие болезни | 1 | 0,8 |  | 2 | 1,7 |  | 0 | 0,0 |  |
|  | ЧАО, всего | 25 | 20,2 |  | 31 | 25,7 |  |  | 15,0 |  |
|  | Российская Федерация |  | 26,8 |  |  | 28,2 |  |  |  |  |
|  | ДВФО |  | 26,2 |  |  | 26,8 |  |  |  |  |

В структуре первичной детской инвалидности с учетом нозологических форм в Чукотском автономном округе в 2011г.:

на I месте - психические заболевания, удельный вес которых в динамике снизился с 48% в 2009г. до 32% в 2010г. и до 30% в 2011г. но выше, чем в РФ (РФ в 2010г.-19,2%). Уровень первичной инвалидности вследствие психических заболеваний составил 4,5 (2010г.-8,3; 2009г.-8,8) на 10 тыс. детского населения, и ниже, чем в Российской Федерации (2010г.-5,5), и в Дальневосточном федеральном округе (2010г.-5,7).

на II месте - врожденные аномалии развития, доля которых от всех причин инвалидности увеличилась с 16 % в 2009г. и 2010 г. до 25% в 2011г. и ниже, чем в РФ (РФ в 201г.-23%). Уровень первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий развития составил 3,8 (2010г.-4,1; 2009г. - 3,2), и ниже среднего показателя первичной инвалидности на 10 тыс. детского населения в Российской Федерации (2010г.-6,5) и Дальневосточном федеральном округе (2010 г. -6,7).

на III месте - болезни нервной системы и болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Удельный вес болезней нервной системы вырос с 12% в 2009г. до 15% от всех причин инвалидности в 2011г., но ниже, чем в РФ (РФ в 2010г.-17,9%). Уровень первичной инвалидности вследствие болезней нервной системы вырос с 2,2 в 2009 г. до 3,3 в 2010г., и снизился в 2011г до 2,3 на 10 тыс. детского населения, и сохраняется ниже среднего показателя в Российской Федерации (2010г. - 5,0) и Дальневосточном федеральном округе (2010г. - 5,5).

Доля болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ выросла с 0 в 2009г. до 6,5% в 2010г. и до 15% в 2011г. от всех причин инвалидности. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ вырос с 0 в 2009 гг. до 1,7 в 2010г. и до 2,3 на 10 тыс. детского населения в 2011г., и превышает средний показатель в Российской Федерации (2010г.-1,8) и Дальневосточном федеральном округе (2010г. -1,3).

на IV месте - болезни костно-мышечной системы; болезни уха и болезни системы кровообращения.

Удельный вес болезней костно-мышечной системы вырос с 8% в 2009г. до 9,7%, в 2010г. и снизился до 5% в 2011г. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы вырос с 1,6 в 2009г. до 2,5 в 2010г. и снизился до 0,8 на 10 тыс. детского населения в 2011г., и не превышает показатель в Российской Федерации (2010г. - 1,4) и Дальневосточном федеральном округе (2010г. - 1,3).

Доля болезней уха составляет 5% (2010г.- 6,4%; 2009 г. - 0%). Уровень первичной инвалидности вследствие болезней уха снизился с 1,7 в 2010 г. до 0,8 на 10 тыс. детского населения в 2011г. (2009г.- 0), и не превышает аналогичный показатель в Российской Федерации (2010г.-1,0) и Дальневосточном федеральном округе(2010г.-1,1).

Удельный вес болезней системы кровообращения выросла с 0 в 2009 г. и в 2010 г. до 5% в 2011г. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения составляет 0,8 на 10 тыс. детского населения в 2011г. (2009г. и в 2010г. - 0), и в 2 раза превышает показатель в Российской Федерации (2010г. - 0,4) и ДВФО (2010г. - 0,4).

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ.

Современный этап охраны здоровья и социальной защиты населения ставит новые задачи перед учреждениями МСЭ по повышению качества экспертизы, решению вопросов профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов и, несомненно, что в их реализации важное место, по прежнему, занимает анализ материалов по инвалидности. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения, его социально - экономического благополучия. Материалы об инвалидности и деятельности учреждений МСЭ при адекватном анализе и использовании являются действенным инструментом в работе государственных органов по организации и совершенствованию мер по профилактике и снижению инвалидности, улучшению экспертно- реабилитационного обслуживания населения.

Литература

1. Статистика медико-социальной экспертизы. Учебное пособие. СПб, СПбИУВЭК,2010г.

2. Основы медико-социальной экспертизы М.2005г. А.И. Осадчих, С.Н. Пузин и др.

. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. Нормативные правовые акты и инструктивные материалы. Учебное пособие. СПб СПбИУВЭК, 2011г.

. Проблемы инвалидности в России. Состояние и перспективы М. 2002г. А.И. Осадчих, С.Н. Пузин и др.

. Предоставление медицинской помощи и медико-социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации. Современные возможности и перспективы. Журнал Медико-социальная экспертиза и реабилитация. С.Н. Пузин и др.