ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

УДК 616-036.865
МРНТИ 76.75.31
DOI: 10.53065/q1478-8405-8710-u

Поступил в редакцию:16.11.22.
Принято к публикации:13.02.23.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПРОАКТИВНОГО ЗАОЧНОГО ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ «УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ И/ИЛИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ»

АИМБЕТОВА Г.Е.[1], ЖАКИПОВА Г.Х[2], НИЯЗБЕКОВА Р.С[2], ТАНИРБЕРГЕНОВА А.А.[1], РАМАЗАНОВА М.А.[1]

[1]НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова»
[2]Департамент Комитета Труда и социальной защиты населения по городу Алматы

Аннотация.

Введение. Работа посвещена реализации проекта проактивного заочного оказания государственной услуги «Установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности» отделом медико-социальной экспертизы № 1 и № 2 департамента комитета труда и социальной защиты населения по городу Алматы в рамках реализации социального кодекса в Республике Казахстан по разъяснительной работе деятельности медикосоциальной экспертизы (МСЭ). На сегодняшний день реализуется трансформация в данной отрасли.

Целью данной работы является изучение показателей инвалидности населения города Алматы в условиях реализации проекта проактивного заочного оказания государственной услуги «Установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности».

Материалы и методы: использованы информационно-аналитический и статистические методы. Статистические данные о первичной инвалидности были получены из официального источника – департамента комитета труда и социальной защиты населения по городу Алматы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты. В заочном проактивном формате было свидетельствовано в отделах МСЭ № 1 и № 2 за 9 месяцев 2022 г. – 1861 человек. Среди обследуемых инвалидов удельный вес женщин составил 51,0 %, мужчин – 49,0%. Распределения первичной инвалидности в зависимости от группы, лица с инвалидностью II группы составляли 73,7% против 75,7%. Лица с инвалидностью III группы в отделе МСЭ № 2 составил 5,4%, что ниже, чем отделе МСЭ №1, но количество инвалидов I группы в отделе МСЭ № 1 ниже, чем отделе МСЭ №2, что составляет 16,6%. По структуре первичной инвалидности среди взрослого населения ведущее место занимают злокачественные новообразования, затем болезни системы кровообращения, болезни мочевыделительной системы и туберкулез.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Выводы: Проект обеспечил интеграцию услуг для людей с инвалидностью, содействуя сотрудничеству в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты и цифровизации. Это упростило процесс медико-социальной экспертизы за счет автоматизации и улучшило качество направлений на экспертизу, сократив количество ошибочных заключений.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, установление инвадидности, модернизация, проактивное заочное оказание государственной услуги

Введение. В Конвенции прав инвалидов в статье 1 указывается, что «к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [1]. Лица с инвалидностью составляют значительную часть населения во всем мире, но они до сих пор остаются одной из наиболее маргинальных и уязвимых групп общества. Довольно трудно получить точные данные о количестве людей с ограниченными возможностями во всем мире, ведь подходы к измерению инвалидности в разных странах различны и зависят от назначения и области применения данных. По оценкам, в мире насчитывается более 1 миллиарда людей с инвалидностью, то есть приблизительно 15% населения всего мира [2, 3]. Наблюдается рост численности инвалидов, связанный со старением населения, а также из-за глобального роста хронических состояний, таких как сахарный диабет, сердечно-сосудистые болезни и психические заболевания. В странах с низким и средним уровнем дохода на долю хронических болезней приходится, по данным всемирного доклад об инвалидности (2011) 66,5% общего числа лет, прожитых с инвалидностью [4-6]. Результаты «Всемирного обзора в области здравоохранения» свидетельствуют, что в странах с низким и средним уровнем дохода распространенность инвалидности выше по сравнению со странами с высоким уровнем дохода. Наиболее шире распространена инвалидность также среди представителей беднейшей квинтили по показателю благосостояния, а также среди женщин и пожилых людей [7]. Лица с низким доходом, безработные, или с низким уровнем образования подвергаются повышенному риску инвалидности [8-10].

Лица с инвалидностью больше обращаются за медицинской помощью, чем люди без инвалидности, и имеют больше неудовлетворенных медикосоциальных потребностей [11]. Инвалидность является вопросом общественного здравоохранения, соблюдения прав человека и развития. Общее состояние здоровья лиц с ограниченными возможностями хуже, нежели среди общего населения, а их потребности в отношении здоровья и реабилитации чаще остаются неудовлетворенными [12].

В Конвенции о правах инвалидов подчеркивают роль окружающей среды в облегчении или затруднении участия инвалидов в социальной жизни. В настоящем Докладе представлены обширные данные о барьерах, к числу которых относятся [13]:

– неадекватные меры политики и стандарты

– негативное отношение

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

– недостаток услуг
– проблемы с предоставлением услуг
– недостаточное финансирование
– отсутствие доступности
– неадекватные информация и коммуникация
– отсутствие консультирования и включенности в общественную жизнь.
– отсутствие данных и опыта.

Лица с инвалидностью должны пользоваться теми же правами и возможностями, что и все другие люди – эти потребности могут и должны быть удовлетворены путем использования универсальных программ и услуг. Наряду с потребностью в большем количестве услуг, существует также потребность в более высококачественных, доступных, гибких, интегрированных и тщательно скоординированных мультидисциплинарных процедур. Национальная стратегия в области инвалидности предусматривает консолидированную и всеобъемлющую долгосрочную концепцию повышения благополучия инвалидов и должна включать в себя как общие сферы политики и программ, так и конкретные услуги для инвалидов. Разработка, внедрение и мониторинг национальной стратегии призваны охватить широкий диапазон секторов и вовлеченных сторон [14-15].

На сегодняшний день в Республике Казахстан реализуется трансформация в этой отрасли. Так, за установлением группы инвалидности и социальной поддержкой, услугополучатели вынуждены обращаться в 4 организации: поликлиника – отдел медико-социальной экспертизы - центр обслуживания населения для назначения пособии – отдел социального благосостояния для получения социальных услуг, как индивидуальная программа реабилитации.

В связи с этим, зачастую звучат нарекания к качеству экспертизы. Для решения этих проблем и исключению коррупционных рисков по поручению Президента РК в феврале 2021 года в пилотном режиме, начато проактивное установление инвалидности в РК.

В рамках реализации данного поручения Министерством труда и социальной защиты населения Республики Казахстан совместно с Министерством здравоохранения РК, Министерством цифрового развития оборонной и аэрокосмической промышленностью РК, Министерство образования и науки РК с ноября 2021 года в пилотном режиме запущен проект в заочном формате по проведению МСЭ.

На настоящее время в г. Алматы более 4 тысяч человек получили проактивное заочное оказание государственной услуги. Она подразумевает, что людям с особенными потребностями, больше не нужно посещать отделы медико-социальной экспертизы, центр обслуживания населения, отдел социального благосостояния - услугополучатель обращается только в поликлинику, а остальное проводится в информационной системе в автоматизированном режиме без его участия, за счет интеграции систем, для улучшения системной работы с поликлиниками с целью улучшения качества заполнения документации при направлении на МСЭ.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Создан алгоритм взаимодействия государственных органов при проактивном заочном оказании государственной услуги «Установление инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и/или определение необходимых мер социальной защиты, который определяет процесс взаимодействия государственных органов и информационных систем при проактивном заочном оказании услуги, а также приведен в соответствие перечень нозологических форм, при котором проводится заочное освидетельствование в пилотном режиме, в данном перечне приведены нозологические заболевания по МКБ-10, куда вошли:

1. Злокачественные новообразования.
2. Туберкулез всех локализаций.
3. Болезни системы кровообращения у взрослых – последствия цереброваскулярных болезней: острые нарушения мозгового кровообращения, осложненные выраженным гемипарезом или гемиплегией, трипарезом или триплегией, тетрапарезом или тетраплегией, сосудистой деменцией.
4. Болезни мочевыделительной системы у взрослых с терминальной хронической почечной недостаточностью.
5. Психические заболевания, включая умственную отсталость, детский аутизм.
6. Сахарный диабет 1 типа у детей.
7. Врожденные и приобретенные анатомические дефекты (отсутствие или ампутация конечности, при наличии рентгенологического подтверждения, при хирургической ампутации – выписки из истории стационарного пациента.
8. Отсутствие всех пальцев обеих кистей или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей- отсутствие всех пальцев обеих кистей или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей: – культи обеих нижних конечностей на уровне верхней трети бедер; – сочетание экзартикуляции верхней (в плечевом суставе) и нижней (в тазобедренном суставе) конечностей;

– отсутствие всех фаланг четырех пальцев, исключая первые, обеих кистей;
– отсутствие всех фаланг трех пальцев, включая первые, обеих кистей; – отсутствие первого и второго пальцев с соответствующими пястными костями обеих кистей;
– отсутствие трех пальцев с соответствующими пястными костями обеих кистей;
– экзартикуляция верхней конечности в плечевом суставе; – культи стоп по Шопару;
– культи голеней, в том числе ампутация стоп по Пирогову;
– экзартикуляция бедра;
– высокий уровень ампутации бедра (верхняя треть), не подлежащий протезированию;
– протезированные ампутационные культи обеих нижних конечностей на уровне голени или бедра;
– культя голени или более высокий уровень ампутации одной нижней конечности в сочетании с отсутствием всех фаланг четырех пальцев или более высокой ампутацией одной верхней конечности;
– отсутствие всех фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый;
– отсутствие всех фаланг трех пальцев кисти, включая первый;

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

– отсутствие первого и второго пальцев кисти с соответствующими пястными костями;
– отсутствие трех пальцев кисти с соответствующими пястными костями;
– отсутствие первых пальцев обеих кистей;
– ампутационная культя одной верхней конечности;
– культя стопы после ампутации по Пирогову, порочная культя на уровне сустава Шопара и более высокие уровни ампутации одной нижней конечности;
– двусторонние культи стоп с резекцией головок плюсневых костей по Шарпу.

Целью данной работы является изучение показателей инвалидности населения города Алматы в условиях реализации проекта проактивного заочного оказания государственной услуги «Установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности».

Материалы и методы исследования. Использованы информационно-аналитический и статистические методы. Статистические данные о первичной инвалидности были получены из официального источника – департамента комитета труда и социальной защиты населения по городу Алматы. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В заочном проактивном формате всего было освидетельствовано в отделах МСЭ № 1 и № 2 за 9 месяцев 2022 г. – 1861 человек. Среди обследуемых инвалидов удельный вес женщин составил 51,0 % (949), мужчин – 49,0% (912). Из них первично освидетельствованные лица с инвалидностью составили – 31,1%, повторных – 68,9% (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение инвалидов по видам освидетельствования

Отделы	Первично освидетельствованные лицо с инвалидностью, %	Повторно освидетельствованные лицо с инвалидностью, %	Всего, %
МСЭ № 1	29,4	33,1	31,1
МСЭ № 2	70,6	66,9	68,9
Всего	100,0	100,0	100,0

При анализе первичной инвалидности в отделе МСЭ № 1 процент инвалидизации преобладал среди работающего населения (88,4%), а также незначительная разница была среди неработающего населения при повторных освидетельствованных в отделах МСЭ № 1 и № 2 (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение первичной инвалидности по социально-экономическим статусам

Отделы	Всего	%	Работающие		Неработающие	
			абс. число	%	абс. число	%
МСЭ № 1	283	51,1	76	88,4	207	44,2

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

МСЭ № 2	271	48,9	10	11,6	261	55,8
Всего	554	100,0	86	100,0	468	100,0

Как показывает анализ распределения первичной инвалидности в зависимости от группы, лица с инвалидностью II группы составляли 73,7% против 75,7%. Лица с инвалидностью III группы в отделе МСЭ № 2 составил 5,4%, что ниже, чем отделе МСЭ №1, но количество инвалидов I группы в отделе МСЭ № 1 ниже, чем отделе МСЭ №2, что составляет 16,6% (таблица 3).

Таблица 3 – Распределение первичной инвалидности по группам инвалидности

Отделы	I группа	II группа	III группа	Всего, %
МСЭ № 1	16,6	73,7	9,7	100,0
МСЭ № 2	18,9	75,7	5,4	100,0

Контингент, впервые признанных инвалидами, в основном, представлен лицами трудоспособного возраста. Первичный выход на инвалидность среди пенсионеров также высок и составляет 36,4% против 37,0%. Впервые признанные лица с инвалидностью молодого возраста преобладает в отделе МСЭ № 2 (16,1%), чем в отделе МСЭ № 1, тогда как количество лиц с 40 лет до пенсионного возраста преобладает в отделе МСЭ №1 и составляет 50,9% (таблица 4).

Таблица 4 – Первичная инвалидность в разрезе возрастных групп, %

Отделы	с 18 лет до 40 лет	с 40 лет до пенсионного возраста	Пенсионный возраст	Всего, %
МСЭ № 1	12,7	50,9	36,4	100,0
МСЭ № 2	16,1	46,9	37,0	100,0

По структуре первичной инвалидности среди взрослого населения ведущее место занимают злокачественные новообразования, затем болезни системы кровообращения, болезни мочевыделительной системы и туберкулез (таблица 5).

Таблица 5 – Среди впервые признанных инвалидов распределение по нозологическим заболеваниям по МКБ-10

Коды	Наименование классов болезней	МСЭ № 1		МСЭ № 2	
		Абс. число	%	Абс. число	%
03	Злокачественные новообразования	194	69,8	174	71,6
09.4	Болезни системы кровообращения у взрослых–последствия цереброваскулярных болезней: острые нарушения мозгового кровообращения, осложненные выраженным гемипарезом или гемиплегией, трипарезом или триплегией, тетрапарезом или тетраплегией,	42	15,1	30	12,3

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

	сосудистой деменцией				
13	Болезни мочевыделительной системы у взрослых с терминальной хронической почечной недостаточностью	22	7,9	26	10,7
02	Туберкулез всех локализаций	17	6,1	8	3,3
14	Травмы: отсутствие всех пальцев обеих кистей или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей-отсутствие всех пальцев обеих кистей или более высокие уровни ампутации обеих верхних конечностей	2	0,7	1	0,4
18	Прочие	1	0,4	4	1,7

Выводы.

1. Данный проект обеспечил доступ ко всем универсальным системам и услугам лицам с инвалидностью, что интегрирует взаимодействие различных секторов как здравоохранения, образования, социальной защиты, цифрового развития и участников. Это государства, специалистов лечебно-профилактических учреждений, лиц с инвалидностью и их семьи, что позволяет проводит освидетельствование в автоматизированном режиме без его участия за счет интеграции информационных систем государственных органов, что упрощает работу медико-социальной экспертизы.
2. При направлении в отдел медико-социальной экспертизы врачебно-консультативная комиссия при поликлинике будет направлять чётко лиц только с определенной нозологией, что улучшает качество заполнения документации при направлении на экспертизу.
3. Проект снизил количество необоснованных и дефектных заключений форм 031/у.

Конфликт интересов

Мы заявляем об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов

Разработка концепции - Жакипова Г.Х., Ниязбекова Р.С.

Исполнение – Танирбергенова А. А.

Обработка результатов - Жакипова Г.Х., Ниязбекова Р.С., Танирбергенова А.

Научная интерпретация результатов – Аимбетова Г. Е., Рамазанова М. А.

Написание статьи - Аимбетова Г. Е., Танирбергенова А.

Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Финансирование «Отсутствует»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Генеральная Ассамблея ООН. – Конвенция о правах инвалидов, A / RES /61/106, ст.1(2006).//https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.as px.
2. Global disability summit 2022 report. Retrieved from https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/gds_report_2022_norad.pdf
3. Старение в XXI веке: триумф и вызов. – ЮНФПА; – 2012.
4. Benziger CP, Roth GA, Moran AE. The Global Burden of Disease Study and the Preventable Burden of NCD. Glob Heart. 2016 Dec;11(4):393-397. doi: 10.1016/j.gheart.2016.10.024. PMID: 27938824.
5. Jespersen LN, Michelsen SI, Tjørnhøj-Thomsen T, Svensson MK, Holstein BE, Due P. Living with a disability: a qualitative study of associations between social relations, social participation and quality of life. Disabil Rehabil. 2019 Jun;41(11):1275-1286. doi: 10.1080/09638288.2018.1424949. Epub 2018 Jan 22. PMID: 29357697.
6. Roddy Á. Income and conversion handicaps: estimating the impact of child chronic illness/disability on family income and the extra cost of child chronic illness/child disability in Ireland using a standard of living approach. Eur J Health Econ. 2022 Apr;23(3):467-483. doi: 10.1007/s10198-021-01371-4. Epub 2021 Sep 9. PMID: 34499284; PMCID: PMC8426335.
7. World Health Survey. Geneva, World Health Organization. – 2002–2004. //https://www.who.int/health-info/survey/en/, accessed 9 December 2009.
8. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. – New York, United Nations Children's Fund. – 2008.
9. Bines H, Lei P, eds. Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. Milton Keynes, World Vision UK. – 2007. // https://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_Main_Report.pdf, accessed 22 October 2009.
10. Eide AH et al. Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey. – SINTEF. – 2003. //https://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf, accessed 9 November 2009.
11. World Health Organization. Geneva. – 2017. // https://www.who.int/ru/newsroom/fact-sheets/detail/disability-and-health.
12. Ситуационный анализ: состояние сферы реабилитации в Республике Таджикистан, Министерство здравоохранения и социальной защиты РТ. – Всемирная организация здравоохранения. – 2015; – С. 67-69.
13. Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. Документ EB134/16 от 3 января 2014 г.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

14. Международная Ассоциация социального обеспечения. Бюллетень социальной политики. – 2012.
15. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. Наблюдение за осуществлением Конвенции о правах инвалидов: Руководство для наблюдателей в области прав человека. Серия материалов по вопросам профессиональной подготовки № 17. – 2010.

Сведения об авторах:

Аимбетова Гульшара Ергазыевна, https://orcid.org/0000-0002-9466-6297, к.м.н., ассоциированный профессор кафедры общественного здоровья НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», г. Алматы.

Жакипова Гульжан Хамитовна – g.zhakipova@enbek.gov.kz, руководитель отдела медико-социальной экспертизы № 1, департамент комитета труда и социальной защиты населения по городу Алматы, г. Алматы.

Ниязбекова Рима Саматовна – niyazbekovarima75@gmail.com, руководитель отдела медико-социальной экспертизы № 2, департамент комитета труда и социальной защиты населения по городу Алматы, г. Алматы.

@Танирбергенова Акмарал Айдаркуловна – https://orcid.org/0009-0007-4768-1957, магистр общественного здравоохранения, PhD докторант НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», г. Алматы.

Рамазанова Маншук Анеровна – https://orcid.org/0000-0003-0893-9007, лектор кафедры общественного здоровья, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова», г. Алматы.

Авторлар туралы мәліметтер:

Аимбетова Г. Е. – https://orcid.org/0000-0002-9466-6297, м.ғ.к., КеАҚ С. Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университетінің қоғамдық денсаулық кафедрасының қауымдастырылған профессоры, Алматы қаласы.

Жакипова Г.Х. – https://orcid.org/0009-0003-6133-3749, № 1 медициналықәлеуметтік сараптама бөлімінің басшысы, Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің Алматы қаласы бойынша департаменті, Алматы қаласы.

Ниязбекова Р.С.–https://orcid.org/0009-0000-6612-9809, № 2 медициналықәлеуметтік сараптама бөлімінің басшысы, Еңбек және әлеуметтік қорғау комитетінің Алматы қаласы бойынша департаменті, Алматы қаласы.

@Танирбергенова А. А.–https://orcid.org/0009-0007-4768-1957, қоғамдық денсаулық сақтау магистрі, КеАҚ С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің PhD докторанты, Алматы қаласы.

Рамазанова М. А. – https://orcid.org/0000-0003-0893-9007, қоғамдық денсаулық кафедрасының лекторы, КеАҚ С. Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы.

Information about the authors:

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Aimbetova G. E. – https://orcid.org/0000-0002-9466-6297 , candidate of medical sciences, Associate professor of the department of public health of the Asfendiyarov kazakh national medical university, Almaty.

Zhakipova G. Kh. – https://orcid.org/0009-0003-6133-3749, head of the department of medical and social examination № 1, department of control and social protection of population in Almaty, Almaty.

Niyazbekova R. S. – https://orcid.org/0009-0000-6612-9809, head of the department of medical and social examination № 2, department of control and social protection of population in Almaty, Almaty.

@Tanirbergenova A. A. – https://orcid.org/0009-0007-4768-1957, master of public health, PhD student of the Asfendiyarov kazakh national medical university, Almaty.

Ramazanova M. A. – https://orcid.org/0000-0003-0893-9007, lecturer of the department of public health Asfendiyarov kazakh national medical university, Almaty.

«МҮГЕДЕКТІКТІ ЖӘНЕ/НЕМЕСЕ ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІЛІГІНЕН АЙРЫЛУ ДӘРЕЖЕСІН БЕЛГІЛЕУ» МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТІН ПРОАКТИВТІ СЫРТТАЙ КӨРСЕТУ ЖОБАСЫН ІСКЕ АСЫРУДА БАСТАПҚЫ МҮГЕДЕКТІКТІ ТАЛДАУ

АИМБЕТОВА Г.Е.[1], ЖАКИПОВА Г.Х[2], НИЯЗБЕКОВА Р.С[2], ТАНИРБЕРГЕНОВА А.А.[1], РАМАЗАНОВА М.А.[1]

[1]«С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті» КеАҚ

[2]Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Комитетінің Алматы қаласы бойынша департаменті

Түйіндеме.

Кіріспе. Жұмыс Комитет департаментінің No 1 және No 2 медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімінің «Мүгедектігін және/немесе мүгедектік дәрежесін анықтау» мемлекеттік қызметін проактивті хат-хабар ұсыну жобасын іске асыруға арналған. Алматы қаласы бойынша Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау басқармасы Қазақстан Республикасында медициналық-әлеуметтік сараптаманың ақпараттық-түсіндіру жұмыстары бойынша әлеуметтік кодексін іске асыру шеңберінде. Бүгінде бұл салада трансформация жүзеге асырылуда.

Бұл жұмыстың мақсаты «Мүгедектігін және/немесе мүгедектік дәрежесін анықтау» мемлекеттік қызметін проактивті сырттай көрсету жобасын іске асыру аясында Алматы қаласы тұрғындарының мүгедектік көрсеткіштерін зерттеу болып табылады.

Материалдар мен әдістер: ақпараттық-аналитикалық және статистикалық әдістер қолданылды. Бастапқы мүгедектік бойынша статистикалық мәліметтер ресми дереккөзден – Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау комитетінің Алматы қаласы бойынша департаментінен алынды. Статистикалық мәліметтерді өңдеу Microsoft Excel бағдарламасының көмегімен жүзеге асырылды.

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

Нәтижелер. Сырттай проактивті форматта 2022 жылдың 9 айында МӘС No1 және №2 бөлімшелерінде 1861 адам аттестациядан өтті. Сауалнамаға алынған мүгедектер арасында әйелдердің үлесі – 51,0%, ерлер – 49,0%. Бастапқы мүгедектікті топқа, II топтағы мүгедектерге бөлу 75,7%-ға қарсы 73,7%-ды құрады. No2 МКҚК бөлімшесінде III топтағы мүгедектер 5,4%-ды құрады, бұл No1 МКҚК бөлімшесіне қарағанда төмен, бірақ No1 МКҚК бөлімшесінде I топтағы мүгедектер саны МДҰ-ға қарағанда төмен. No2 бөлімше, бұл 16,6% құрайды. Ересек тұрғындар арасында алғашқы мүгедектік құрылымы бойынша қатерлі ісіктер жетекші орын алады, одан кейін қан айналымы жүйесі аурулары, зәр шығару жүйесі аурулары және туберкулез.

Қорытынды: Жоба денсаулық сақтау, білім беру, әлеуметтік қорғау және цифрландыру салаларындағы ынтымақтастықты дамыта отырып, мүгедектерге көрсетілетін қызметтерді біріктіруді қамтамасыз етті. Бұл автоматтандыру арқылы медициналық-әлеуметтік сараптама процесін жеңілдетіп, сараптамаға жолдама беру сапасын арттырып, қате қорытындылар санын азайтты.

Түйінді сөздер: медициналық-әлеуметтік сараптама, мүгедектікті белгілеу, жаңғырту, мемлекеттік қызметті сырттай көрсету

ANALYSIS OF PRIMARY DISABILITY ON THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT OF PROACTIVE CORRESPONDENCE PROVISION OF PUBLIC SERVICES «ESTABLISHING DISABILITY AND/OR THE DEGREE OF DISABILITY»

AIMBETOVA G.E. [1], ZHAKIPOVA G.KH[2], NIYAZBEKOVA R.C[2], TANIRBERGENOVA A.A.[1], RAMAZANOVA M.A.[1]

[1]«S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University»

[2]Department of the Committee of Labor and Social Protection of the population in the city of Almaty

Abstract.

Introduction. The work is devoted to the implementation of the project of proactive correspondence provision of the public service “Determination of disability and/or degree of disability” by the department of medical and social examination No. 1 and No. 2 of the department of the Committee of Labor and Social Protection of the Population in the city of Almaty as part of the implementation of the social code in the Republic of Kazakhstan on outreach work activities of medical and social examination. Today, transformation is being implemented in this industry.

The purpose of this work is to study the disability indicators of the population of the city of Almaty in the context of the implementation of a project for the proactive correspondence provision of the public service “Determination of disability and/or degree of disability.”

Materials and methods: information-analytical and statistical methods were used. Statistical data on primary disability was obtained from an official source - the Department of

ISSN 2524-0684 e-ISSN 2524-0692

the Committee of Labor and Social Protection of the Population for the city of Almaty. Statistical data processing was carried out using Microsoft Excel software.

Results. In the absentee proactive format, 1,861 people were certified in ITU departments No. 1 and No. 2 for 9 months of 2022. Among the surveyed disabled people, the proportion of women was 51.0%, men – 49.0%. The distribution of primary disability depending on the group, persons with disability of group II were 73.7% versus 75.7%. Persons with group III disabilities in the MSE department No. 2 amounted to 5.4%, which is lower than in the MSE department No. 1, but the number of group I disabled people in the MSE department No. 1 is lower than in the MSE department No. 2, which is 16.6%. In terms of the structure of primary disability among the adult population, the leading place is occupied by malignant neoplasms, followed by diseases of the circulatory system, diseases of the urinary system and tuberculosis.

Conclusions: The project ensured the integration of services for people with disabilities, promoting cooperation in the areas of health, education, social protection and digitalization. This simplified the process of medical and social examination through automation and improved the quality of referrals for examination, reducing the number of erroneous conclusions.

Key words: medical and social expertise, disability determination, modernization, proactive correspondence provision of public services