

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Б. Н. ЕЛЬЦИНА**

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
им. С. Б. ДАНИЯРОВА**

**Диссертационный совет Д 14.18.582**

На правах рукописи

**УДК 614.2(043.3)**

**КАЧЫБЕКОВА ЛАРИСА ИТЕМИРОВНА**

**НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек - 2019**

**Работа выполнена на кафедре управления и экономики здравоохранения Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова**

**Научный руководитель:** **Чубаков Тулеген Чубакович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедры фтизиопульмонологии  
Кыргызского государственного медицинского  
института переподготовки и повышения  
квалификации имени С. Б. Даниярова.

**Официальные оппоненты:** **Буйлашев Талайбек Сабыралиевич**  
доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра общественного здоровья и  
здравоохранения Кыргызско-Российского  
Славянского университета им. Б. Н. Ельцина;  
**Майканаев Болот Бекташевич**  
доктор медицинских наук,  
директор Национального центра фтизиатрии  
Министерства здравоохранения  
Кыргызской Республики.

**Ведущая организация:** Казахский Национальный Медицинский  
Университет им. С. Д. Асфендиярова (050012,  
г. Алматы, ул. Толе би 94).

Защита состоится «29» января 2020 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) наук Д 14.18.582 при Кыргызско-Российском Славянском университете им. Б. Н. Ельцина, Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по адресу: 720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92а, в конференц-зале, код доступа в режиме он-лайн защиты - 715-437-6433.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б. Н. Ельцина (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44), Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92а), Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720040, г. Бишкек, ул. Боконбаева, 144а) и на сайте [www. meddis.krsu.edu.kg](http://www.meddis.krsu.edu.kg).

Автореферат разослан «27» декабря 2019 года.

**Ученый секретарь**  
**диссертационного совета Д 14.18.582**  
**кандидат медицинских наук**

**Князева В. Г.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы исследования.** В Кыргызской Республике (КР) на начало 2017 г. зарегистрировано 178 277 лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), в том числе 29 317 детей до 18 лет (16,4%), что составляет 2,9% от всего населения. Настораживает стабильный рост первичной инвалидности среди взрослых и детей [Национальный статистический комитет, 2009, 2018]. Показатель первичной инвалидности позволяет проводить оценку доступности, качества, эффективности деятельности медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК) [Смычек В. Б., 2012, Деденева И. В., 2014, Дымочка М. А. и соавт., 2016, Малева Т. М. и соавт., 2017]. Ряд исследователей указывают на тенденцию роста числа лиц с инвалидностью, что отражается в стратегиях развития государств в сфере инвалидности [Думбаев А. Е. и соавт., 2006, Попова Т. В., 2009, Смычек В. Б., 2018, Convention on the rights of the Person with Disabilities, 2006].

В Национальной стратегии развития КР на 2018-2040 гг., акцентирована необходимость реформирования системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) с переходом на международные функциональные стандарты и подходы [Национальная стратегия развития КР на 2018-2040 гг., 2018]. Это связано с тем, что МСЭК является ключевым звеном в клинико-экспертно-реабилитационном маршруте ЛОВЗ [Пузин С. Н., 2008, Лейдлер С. А., 2014]. Имеющиеся научные исследования отражают специализированные особенности инвалидности по отдельным нозологиям или группам населения [Максудова Л. О., 2014, Викторова Л. В., 2016, Дмитрива А. Г., 2016, Дымочка М. А., 2017, Кузнецова И. В., 2017, Саламатина О. В., 2017, Тимонина Ю. В., 2017]. В КР отсутствуют работы, посвященные анализу деятельности МСЭК, которые могли бы заложить научно-методические основы совершенствования деятельности и нормативного обеспечения МСЭК.

Таким образом, вышеизложенное предопределило актуальность и своевременность данного научного исследования.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Данная диссертационная работа является инициативной.

**Цель исследования:** на основе комплексного анализа организации и деятельности медико-социальной экспертной службы КР разработать научно-методические основы совершенствования организации и деятельности МСЭК.

**Задачи исследования:**

1. провести архивное исследование истории становления и организации

службы МСЭ, анализ существующей нормативно-правовой базы, регламентирующей работу МСЭК КР;

2. изучить основные аспекты организации, объем деятельности МСЭК в динамике за период с 2004 по 2017 гг., качество оказания медико-социальных услуг по данным социологического опроса;

3. провести анализ и оценить результаты первичных освидетельствований и первичной инвалидности среди взрослых и детей до 18 лет по регионам КР в динамике за период с 2004 по 2017 гг.;

4. разработать мероприятия по совершенствованию организации и деятельности МСЭК.

**Научная новизна полученных результатов.** Впервые проведено архивное исследование истории становления и организации службы МСЭ КР. Показаны исторические особенности службы МСЭ, в том числе в современный период независимости республики. На основе комплексного медико-социального исследования по изучению организационного, нормативного, ресурсного и методического обеспечения МСЭК КР впервые проведен анализ нормативного обеспечения и подготовлены предложения по его гармонизации с современными международными положениями. Впервые изучены основные принципы организации МСЭК и установлено несоответствие нормативам количества действующих комиссий. Предложен дополнительный критерий по объему освидетельствования для открытия новых МСЭК. Показано отсутствие квалификации «Врач-эксперт» у врачей МСЭК с необходимостью новых квалификационных категорий. Показано несоответствие существующей организационно-функциональной структуры (в т.ч. инфраструктуры) МСЭК современной «биопсихосоциальной модели инвалидности». Установлены риски неудовлетворенности ЛОВЗ качеством оказания медико-социальных экспертных услуг. Впервые изучены основные показатели деятельности МСЭК в динамике за 2004-2017 гг. и получены новые закономерности зависимости от политических, социально-экономических, демографических процессов в республике. Показано отсутствие сопоставимости статистических данных по инвалидности между системой здравоохранения и МСЭК. Предложены меры по совершенствованию МСЭК как исходной структуры в системе охраны здоровья, трудоспособности и социальной интеграции ЛОВЗ.

**Практическая значимость полученных результатов.** Практическая значимость исследования заключается в разработке обоснованных научно-методических предложений, направленных на совершенствование организации и деятельности МСЭК КР. Результаты анализа действующего нормативного обеспечения МСЭК определили основные направления дальнейшего его совершенствования и содействовали разработке постановления Правительства КР № 560 от 24 октября 2016 г. по базовой программе реабилитации ЛОВЗ.

Разработаны и внедрены методические рекомендации для МСЭК и программы повышения квалификации врачей. Данные об основных тенденциях динамики первичной инвалидности за 2004-2017 гг. могут быть использованы в системах здравоохранения и МСЭ. Полученные итоги социологического исследования ЛОВЗ и родителей детей с ОВЗ по оценке качества процедуры МСЭ могут применяться как независимая оценка. Комплексные предложения по совершенствованию организации и деятельности МСЭК позволят улучшить рабочие процессы, упростить переход на современные стандарты в оценке инвалидности и реабилитации ЛОВЗ.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

- проведенное архивное исследование службы МСЭ, в том числе в современный период независимости республики, показало ее некоординированность, влияющей на показатели инвалидности. Анализ существующей нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность МСЭК, показал ее соответствие современным международным положениям;

- анализ основных аспектов организации и деятельности МСЭК КР позволил установить несоответствие количества действующих комиссий нормативам, несоответствие существующей организационно-функциональной модели современной «биопсихосоциальной модели инвалидности», отсутствие квалификации «Врач-эксперт медико-социальной экспертизы»;

- выявлены проблемы в процессе МСЭ: слабое информирование граждан и межведомственное взаимодействие; отсутствие специалистов социального и реабилитационного профиля; недостаточное количество действующих МСЭК;

- определены основные закономерности и тенденции показателей первичных освидетельствований и инвалидности в динамике за 2004-2017 гг. по регионам КР;

- разработанные предложения по совершенствованию деятельности МСЭК способствуют повышению качества и эффективности процедуры МСЭ.

**Личный вклад соискателя.** Автором лично сформировано направление и программа исследования. Проведены архивное исследование по истории МСЭ КР и социологический опрос среди ЛОВЗ и родителей детей с ОВЗ. Создан реестр нормативно-правовых актов, регулирующие деятельность МСЭК, права и гарантии ЛОВЗ. Подготовлены и изданы методические разработки: «Методические рекомендации для медико-социальных экспертных комиссий по статистическому сбору показателей инвалидности, их изучению, анализу причин и состояния инвалидности на территории обслуживания»; «Порядок формирования, реализации и координации индивидуальных программ реабилитации (ИПР) лиц с ограниченными возможностями здоровья в практике медико-социальных экспертных комиссий». Подготовлено и утверждено Постановление Правительства КР от 24 октября 2016 г. № 560 «Об

утверждении государственной базовой программы реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Разработаны и внедрены автоматизированная информационная система, позволяющая проводить оценку показателей МСЭЖ в динамике для принятия управленческих решений, рабочая учебная программа «Основы медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в Кыргызской Республике» с целью повышения квалификации врачей общелечебной сети.

**Апробации результатов диссертации.** Основные положения работы доложены и обсуждены в виде научных докладов на: научно-практической конференции с международным участием «Инвалидность и реабилитация» (Санкт-Петербург, 2016); межкафедральном заседании кафедры управления и экономики здравоохранения КГМИПиПК им. С. Б. Даниярова и кафедры общественного здоровья и здравоохранения КРСУ им. Б. Н. Ельцина (Бишкек, 2019).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** Основные научные результаты диссертации опубликованы в 7 научных работах, в том числе 3 статьи в российских научных рецензируемых журналах.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложения. Диссертация изложена на 150 страницах машинописи, иллюстрирована 4 рисунками и 27 таблицами. Указатель литературы включает 185 источника, в том числе 54 на иностранных языках.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Во **введении** диссертации обоснована актуальность, определены цель и задачи исследования, представлены основные положения, выносимые на защиту, научная новизна и практическая значимость работы.

**Глава 1. Обзор нормативного обеспечения, развития и совершенствования деятельности медико-социальных экспертных комиссий (обзор литературы).** Представлены исторические этапы становления и развития МСЭ в КР по данным архивного исследования и аналитический обзор нормативного обеспечения службы МСЭ.

**Глава 2. Материал и методы исследования.** Исследование выполнено по двум направлениям: социально-гигиеническому и организационно-аналитическому. План и программа исследования приведены в табл. 1.

В системе здравоохранения КР заболеваемость и инвалидность учитывается среди взрослых и подростков от 14 лет и старше, в МСЭЖ инвалидность рассчитывается на взрослых от 18 лет, по детям - на лиц до 17 лет 11 месяцев 29 дней.

Таблица 1 - План и программа исследования

№ пп	Задача исследования	Метод исследования	Объект исследования, источник информации, единица наблюдения, период наблюдения
1.	Анализ этапов становления и развития службы МСЭ и существующей нормативно-правовой базы деятельности МСЭК КР.	Аналитический, исторический, экспертная оценка.	Источники информации: архивные документы Центрального Гос. архива, Архивного Агентства при Государственной Регистрационной Службе; нормативно-правовые акты; литература по вопросам МСЭ, инвалидности и реабилитации ЛОВЗ.
2.	Основные аспекты организации МСЭК и объем деятельности МСЭК в динамике за 2004-2017 гг.	Статистический, ретроспективный, аналитический, социологический, анкетный опрос, экспертная оценка.	Объект исследования – 27 МСЭК КР. Единица наблюдения – МСЭК. Источники информации: нормативно-правовые акты; аналитические обзоры по деятельности МСЭК КР; данные официальных форм статистической отчетности № 7 (инвалидность) и форм №7Д (детская инвалидность); анкеты соопроса ЛОВЗ и родителей детей с ОВЗ Период наблюдения - 2004-2017 гг.
3.	Анализ и оценка результатов первичных освидетельствований и первичной инвалидности в динамике за 2004 – 2017 гг. среди взрослых и детей до 18 лет по регионам КР.	Статистический, ретроспективный, аналитический, экспертная оценка.	Объект исследования – 27 МСЭК КР. Единица наблюдения – МСЭК. Источники информации: данные «Раздел 1. Результаты первичных освидетельствований» и «Раздел 4. Распределение впервые признанных ЛОВЗ и детей с ОВЗ по нозологическим формам болезней, возрасту и полу», официальных форм стат. отчетности № 7 (инвалидность) и №7Д (детская инвалидность) 27 МСЭК. Период наблюдения - 2004-2017 гг.
4.	Исследование объема деятельности МСЭК КР.	Статистический, аналитический, экспертная оценка.	Объект исследования – 27 МСЭК КР. Единица наблюдения – МСЭК. Источники информации: данные официальных форм стат. отчетности № 7 (инвалидность) и №7Д (детская инвалидность) 27 МСЭК. Период наблюдения - 2012-2017 годы.
5.	Разработка предложений по совершенствованию организации и деятельности МСЭК КР.	Аналитический, экспертная оценка.	Предложения по совершенствованию организации и деятельности МСЭК КР.

Проанализированы 127 годовых форм ведомственной отчетности «Сведения об освидетельствовании взрослого населения комиссией МСЭ» (форма 7 и форма 7Д). В МСЭК сложные консультации учитываются в форме 7 и форме 7Д в разделе 1. «Результаты первичных освидетельствований, в подразделе 1. Распределение первичных освидетельствований». Учет устных консультаций ведется в этой же форме, в разделе 10.1 - «Деятельность МСЭК».

Использованы методы исследования: аналитический, ретроспективный, экспертной оценки, статистический, исторический, социологический опрос.

В исследовании объем выборки анкет (n) составил 110 единиц, архивных документов - 15, годовых отчетных форм - 127. В целом по материалам исследования число наблюдений составило - 252. Проводилось вычисление показателей относительной величины, достоверности различий, показателей динамического ряда. Весь объем информации обработан на компьютере с использованием программы Microsoft Office, Microsoft Excel, SPSS.

**Глава 3. История становления, организации службы медико-социальной экспертизы и основные аспекты деятельности медико-социальных экспертных комиссий Кыргызской Республики.** На основе проведенного архивного исследования показаны исторические особенности развития службы МСЭ, в том числе и в современный период независимости республики. В КР государственная система освидетельствования инвалидности представлена территориальными МСЭК, которые проводят смешанный прием взрослых и детей, подразделяются на общий и специализированные профили (глазная, психиатрическая, фтизиатрическая). Согласно действующим нормативам, создается одна МСЭК общего профиля на 100-120 тыс. человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) или одна комиссия на 70-90 тыс. человек общего, т.е. смешанного населения. Всего в КР функционирует 27 территориальных МСЭК, в том числе 19 общего профиля, и 8 специализированных МСЭК. При обслуживании в МСЭК максимального количества смешанного населения (90 тыс. населения) в республике должно функционировать не менее 68 МСЭК, против 27 действующих. В регионах наблюдается практически повсеместное несоответствие фактически обслуживаемого количества смешанного населения числу действующих МСЭК, за исключением г. Ош, а также отсутствуют нормативы для организации специализированных МСЭК, что снижает эффективность, доступность и качество проведения процедуры МСЭ.

По республике в динамике наибольшая частота первичного освидетельствования ЛОВЗ и детей с ОВЗ отмечалась в 2010 г. на +22,2%, 2009 г. на +13,3%, незначительная в 2005 на +6,0%, 2011 на +5,5% и 2016 годах на +1,4%. По регионам значительное увеличение первичного освидетельствования ЛОВЗ и детей с ОВЗ выявлено в Иссык-Кульской, Таласской и Баткенской

областях в 2010 г. на +30,5%, +46,7% и +38,4%, соответственно. Резкое снижение в г. Бишкек в 2006 г. на -42,1% и г. Ош на -31,9% в 2013 г. Эти результаты позволили сгруппировать регионы по показателю первичного освидетельствования на три группы: 1 - с высоким показателем выше 35,0 на 10 тыс. населения (Иссык-Кульская - 38,8, Таласская - 36,7, Чуйская - 36,5, Баткенская области - 36,1 на 10 тыс. населения); 2 - средним от 30,0 и до 35,0 на 10 тыс. населения (Ошская - 30,4, Джалал-Абадская - 31,9, Нарынская области - 33,3 на 10 тыс. населения); 3 - низким показателем от 20,0 до 30,0 на 10 тыс. населения (г. Бишкек - 20,6, г. Ош - 26,1 на 10 тыс. населения). В группе высокого показателя представлены области с относительно небольшой численностью и низкой плотностью населения, что позволяет ввести количественный критерий открытия новых МСЭК по числу освидетельствований.

Существующая модель организационно-штатной структуры МСЭК не соответствует современной социальной модели инвалидности, которая требует многопрофильной оценки нужд индивида, и не соответствует нормативным функциям МСЭК по разработке ИПР. Современная модель МСЭК должна быть выстроена с учетом «биопсихосоциальной модели инвалидности» и включать: врачей-экспертов с квалификацией по МСЭ, прошедших постдипломную подготовку по специальности «Медико-социальная экспертиза» с опытом работы в практическом здравоохранении не менее 5 лет; врачей с квалификацией по реабилитологии, прошедших постдипломную подготовку по специальности «Реабилитология» с опытом работы в практическом здравоохранении не менее 5 лет; специалистов с высшим образованием по специальности «Психология», «Социальная работа», «Информационные технологии», «Юрист»; средний медицинский персонал; вспомогательный, хозяйственный персонал. Оптимальная модель МСЭК позволит повысить качество освидетельствования на инвалидность, улучшить качество ИПР ЛОВЗ и детей с ОВЗ.

Большинство МСЭК (86,0%) располагаются в приспособленных помещениях и зданиях. Основная часть (60,0%) расположена в зданиях организаций здравоохранения, 14,0% - муниципальных, 14,0% - собственных, 7,0% - в ведении Департамента государственным имуществом, 1 здание (5,0%) - в частной собственности. Анализ фактических площадей МСЭК свидетельствует о наличии большого разброса данных и составляет от 22 м<sup>2</sup> (фтизиатрическая МСЭК г. Бишкек) до 204 м<sup>2</sup> (РЦ МСЭ). 7 помещений (25,0%) соответствуют действующим нормативам, включая РЦ МСЭ. 30,0% помещений занимают площадь менее установленной нормы в два раза, что влияет на доступность МСЭ, качество и эффективность работы врачей-экспертов, и

требует разработки типового проекта здания МСЭК с учетом современной модели МСЭ, требований доступной среды.

Проведенный социологический опрос ЛОВЗ и родителей детей с ОВЗ, позволил выявить проблемы МСЭ и определить пути совершенствования МСЭК. Общее количество респондентов составило 110 человек, из них городские жители составили 41,0% (45) и сельские - 59,0% (65). Все респонденты имели инвалидность: 20,0% - категория «Ребенок с ОВЗ», 9,1% опрошенных имели I, 56,4% - II и 14,5% - III группу инвалидности. Опрошено мужчин - 38,2% (42) и женщин - 61,8% (68). Среди мужчин «Ребенок с ОВЗ» составили 12,7%, с инвалидностью II - 14,6%, I - 6,4% и III группы - 4,5%. «Ребенок с ОВЗ» женского пола составили 7,3%, ЛОВЗ II - 41,8%, III - 10,0% и I группы - 2,7%. Среди лиц городской местности категория «Ребенок с ОВЗ» было в 2,1 раза меньше (6,4%), чем сельской (13,6%). Наибольший удельный вес составили ЛОВЗ II группы инвалидности, как среди городской, так и сельской местности (23,6% и 32,7%, соответственно). Одинаковая доля приходилась на ЛОВЗ III группы инвалидности (по 7,3%, соответственно). На ЛОВЗ I группы инвалидности приходилось 3,6% и 5,5%, соответственно. По возрастному составу респонденты распределены следующим образом: от 0 до 18 лет - 20,0%, от 19 до 30 лет - 13,6%, от 31 до 40 лет - 20,9%, от 41 до 50 лет - 20,0%, от 51 до 60 лет - 17,3% и свыше 63 лет - 8,2%. Из ЛОВЗ респонденты трудоспособного возраста составили 71,8% (79 чел). Значительный удельный вес приходился на неработающих, но находящихся в трудоспособном возрасте опрошенных среди обоих полов (21,9% и 25,5%, соответственно). Работающих женщин (16,4%) в трудоспособном возрасте было в 2 раза больше, чем мужчин (8,2%). Обучающихся ЛОВЗ женщин (2,7%) в 1,5 раза больше, чем мужчин (1,8%). Лица пенсионного возраста мужского пола составили 4,5% и женского - 3,6%. Значительный удельный вес составили работающие горожане (18,2%), которых в 2,8 раза больше, чем из сельчан (6,4%). Не работающие из сельской местности составили 35,4%, что в 3 раза больше, чем из городской (11,9%). Обучающихся из города (3,6%) было больше в 4 раза, чем из села (0,9%). Наоборот, не обучающихся респондентов было больше среди сельских (10,9%) в 2,4 раза, чем среди городских (4,5%). Пенсионеры ЛОВЗ преобладают в сельской местности (5,5%), чем в городской (2,7%). 80,9% респондентам группа инвалидности продлена, 17,3% - установлена впервые и 1,8% - снижена.

Информацию о МСЭ до проведения процедуры получили  $87,3 \pm 3,1$  на 100 опрошенных. Наиболее чаще опрошенные информацию получали при личном обращении в МСЭК, ЦСМ ( $46,4 \pm 4,7$ ), из информационных стендов в МСЭК, ЦСМ ( $21,8 \pm 3,9$ ), на официальном сайте Министерства труда и социального развития (МТСР) КР ( $11,8 \pm 3,0$ ), на едином портале государственных услуг

(5,4±2,1), из брошюр, буклетов и т.д. (2,7±1,5), в средствах массовой информации (1,8±1,2) и из других источников (19,1±3,7).

Необходимую информацию о графике работы МСЭК, процедуре МСЭ 21,8% опрошенных получили из информационных стендов, соответственно. Наибольший удельный вес составили лица, ожидавшие очередь более 30 минут – 60,9% человек (67), от 15 до 30 минут – 32,7% (36) и не более 15 минут провели в очереди – 6,4% (7) опрошенных. В день подачи заявления проведено освидетельствование 64,5% респондентам. Не освидетельствованы в день подачи заявления – 35,5% респондентов, из числа которых 24,6% были вынуждены прийти два раза и 10,9% - более трех раз. 24,5% опрошенных отметили, что им пришлось дополнять пакет требуемых документов, что соответственно потребовало повторное посещение МСЭК (54,0% городских и 46,0% сельских). Все респонденты отметили корректное отношение специалистов МСЭК, доступное разъяснение процедуры МСЭ и его обжалования. Ни один из респондентов не воспользовался правом на обжалование. Большинство опрошенных (60,0%) отметили содержательное рассмотрение дела. С мероприятиями ИПР, респонденты были согласны в 71,0%. 18,0% отметили, что ИПР находятся в разработке, несмотря на завершение процедуры МСЭ. Процедура МСЭ не превышала 20 минут. Получили документы по заключению МСЭК позднее на 1-3 дня 28,2%, 4-9 дней – 58,2% и 10 дней и более - 13,6% респондентов. Из числа опрошенных, 87,3% самостоятельно добрались до МСЭК, из них: 81,8% респондентов, затрачивая от одного до двух часов времени в пути, более двух часов – 13,6%, менее одного часа – 3,6%. Более 4 часов времени пути до МСЭК указал один ЛОВЗ (0,9%).

Социологический опрос показал не совершенность процедуры МСЭ и разработки ИПР. ЛОВЗ сталкиваются с рядом барьеров, связанных с недостаточным информированием, слабым межведомственным взаимодействием, отсутствием специалистов социального и реабилитационного профиля, недостаточным количеством действующих МСЭК.

**Глава 4. Основные показатели деятельности медико-социальных экспертных комиссий и результаты первичных освидетельствований в динамике за 2004-2017 гг.** На начало 2017 г. в республике проживало 6 млн. 140 тыс. человек, темп прироста численности населения составил 2,0%. Наиболее высокий показатель отмечался в гг. Бишкек и Ош, Баткенской и Ошской областях от 2,2% до 2,3%, низкий – в Нарынской и Иссык-Кульской областях от 1,2% до 1,4%. На начало 2017 г. зарегистрировано 178 277 ЛОВЗ, в том числе 29 317 детей до 18 лет, что составляет 2,9% от всего населения, уровень инвалидности составляет 290,3 на 10 тыс. населения.

С целью оценки объемов деятельности МСЭК изучена общая годовая нагрузка МСЭК выборочно за 2012-2014 гг. Данный период был не подвержен внешним социально-политическим влияниям на деятельность МСЭК в виде увеличения числа первичных освидетельствований, устных и сложных консультаций, что позволило провести более точный анализ.

По КР отмечена тенденция снижения освидетельствований, увеличение нагрузки на одно заседание в 2013 г. Наибольшее увеличение освидетельствований (+39,9%) и нагрузки (+59,2%) наблюдалось в 2014 г. в глазной МСЭК, 2014 г. в психиатрической МСЭК №2 (+31,2%) и в 2013 г. в фтизиатрической МСЭК (+23,7%). Значительное снижение освидетельствований отмечалось в 2013 г. также в глазной МСЭК (-28,5%) и в 2014 г. в МСЭК №3 (-22,5%). По регионам в 2013 г. наблюдалось незначительное увеличение в Таласской (+0,9%), Балыкчинской (+0,7%), Джалал-Абадской психиатрической (+1,1%), Ошской фтизиатрической (+1,5%), Ошской психиатрической (+2,5%), Лейлекской (+3,6%) и Кадамжайской (+5,4%) МСЭК. В 2014 г. в Кара-Суйской (+0,2%), Ноокенской (+6,6%) и Джалал-Абадской психиатрической (+9,5%) МСЭК. Резкое увеличение нагрузки отмечалось в 2013 г. в Ак-Сыйской МСЭК (+92,2%), значительное в Лейлекской (+33,0%), Джалал-Абадской психиатрической (+28,2%), Нарынской (+26,9%). В 2014 г. в исследуемых МСЭК наблюдалось снижение нагрузок на одно заседание.

Повышенная нагрузка отмечена в 25 из всех 27 МСЭК (92,5%). В МСЭК №1 проведено в среднем 2692 освидетельствований, что в 1,4 раза больше норматива (1900). В МСЭК №2 и №3 проведено 2076 и 2208 освидетельствований, что в 1,1 раза больше норматива. В Токмакской и Кара-Балтинской МСЭК число проведенных освидетельствований больше норматива в 1,2 и 1,4 раза, соответственно (2362 и 2707). В Таласской, Нарынской и Балыкчинской МСЭК проведено 2534, 2383 и 2067 освидетельствований, что больше норматива в 1,3; 1,2 и 1,1 раза, соответственно. Значительная нагрузка отмечается на Иссык-Кульскую МСЭК–3216 (в 1,7 раза). Также больше проведено освидетельствований в Джалал-Абадской (3854), Ноокенской (2525), Ак-Сыйской (2732), Кара-Суйской (3433), Узгенской (3067), Ноокатской (3645), Кадамжайской (2875), Лейлекской (3218), Ошской городской (2220) МСЭК. Это в 1,2; 1,9; 1,4; 2,6; 1,6; 1,9; 1,5 и 1,7 раза, соответственно. В специализированных МСЭК (психиатрическая №1, №2, глазная) проведено 1728, 1847 и 3002 освидетельствований (превышение в 1,3; 1,4 и 1,6 раза, соответственно). В Джалал-Абадской психиатрической (1591), Ошской глазной (2449), Ошской фтизиатрической (2694) и Ошской психиатрической (1862) МСЭК также проведено больше освидетельствований в 1,2; 1,9; 1,4 и 1,4 раза, соответственно. Таким образом, во всех МСЭК наблюдалась повышенная

нагрузка, за исключением Токтогульской МСЭК. Выявлен большой размах числа устных консультаций от 7 (фтизиатрическая МСЭК г. Бишкек за 2014 г.) и до 460 (глазная МСЭК г. Бишкек за 2013 г.). Это обусловлено отсутствием критериев услуги «Устная консультация», недостаточным обеспечением организаций здравоохранения окулистами и психиатрами.

В среднем за 2004-2010 гг. проведено - 0,9%, 2011-2017 гг. - 0,6% сложных консультаций взрослого населения, среди детей - 0,7% и 0,4%, соответственно. Необходимо упорядочение сложных консультаций с целью оптимизации МСЭ и предупреждения необоснованных отказов в освидетельствовании граждан.

Наибольшее увеличение первичных освидетельствований взрослых наблюдалось в 2010 (+21,0%) и 2009 (+12,9%) гг., снижение в 2013 г. (-15,9%) и 2008 г. (-15,1%). В 2017 г. отмечалось незначительное снижение первичных освидетельствований (-0,6%). В динамике наибольшее увеличение показателя отмечалось в 2010 г., как по республике (+21,0%), так и по некоторым областям (в Таласской на +52,9%, Баткенской на +36,8%, Иссык-Кульской на +31,5%). Особенности волнообразной динамики числа освидетельствований в 2004-2006 гг. и 2010-2012 гг. связаны с монетизацией льгот для ЛОВЗ по слуху, зрению и событиями 2010 г. В динамике первично признанных ЛОВЗ по I группе инвалидности за 2004-2017 гг. выявлено значительное увеличение в 2015 г. на +12,5%, 2008 г. на +10,3%, снижение в 2010 г. на -15,8%. По II группе инвалидности значительное увеличение отмечалось в 2013 г. на +4,4% и 2007 г. на +3,5%, снижение наблюдалось в 2012 г. на -10,5%. По III группе существенное увеличение отмечалось в 2010 г. на +31,0% и 2011 г. на +14,2%, снижение в 2013 г. на -13,7%, 2007 г. на -12,0% и 2016 г. на -10,3%.

В динамике первичной инвалидности взрослого населения (табл. 2) за 2004-2017 гг. выявлена тенденция положительного прироста первичной инвалидности в 2005 г. в Баткенской (+17,2%), Джалал-Абадской (+2,6%) и Ошской (+6,1%) областях. В 2006 г. незначительное увеличение наблюдалось в Ошской области (+2,7%) и г. Бишкек (+0,4%). В 2007 г. незначительное увеличение отмечалось только в Джалал-Абадской области (+2,0%) и в 2008 г. в Нарынской области (+4,4%). В 2009 г. динамика увеличения показателя выявлена в Баткенской (+18,3%), Джалал-Абадской (+13,4%), Иссык-Кульской (+14,0%), Ошской (+11,7%), Таласской (+1,3%), Чуйской (+12,7%) областях, а также в гг. Бишкек (+11,6%) и Ош (+13,9). Аналогичная ситуация складывалась в указанных областях и городах (+38,8%, +17,9%, +35,2%, +19,0%, +53,1%, +21,2%, +2,6%, +5,6%), а также в Нарынской области (+24,0%) в 2010 г. В 2011 г. прирост наблюдался в Баткенской (+1,7%), Джалал-Абадской (+3,2%), Иссык-Кульской (+4,3%), Нарынской (+26,8%) областях, а также в гг. Бишкек (+8,1%) и Ош (+20,0%).

Таблица 2 - Динамика первичной инвалидности взрослого населения по регионам КР за 2004-2017 гг. (на 10 тыс. населения)

№ пп	Регион (область/город)	Годы													
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.	КР	38,9	38,6	37,9	36,5	30,8	34,5	42,1	43,8	39,8	33,7	32,2	29,4	29,6	29,2
	темп прироста	-	-0,8	-1,8	-3,7	-15,6	+12,0	+22,0	+4,0	-9,1	-15,3	-4,4	-8,7	+0,7	-1,3
2.	Баткенская	40,7	47,7	43,7	40,8	36,6	43,3	60,1	61,1	51,9	47,2	46,0	42,3	40,2	40,1
	темп прироста	-	+17,2	-8,4	-6,7	-10,3	+18,3	+38,8	+1,7	-15,0	-9,0	-2,5	-8,0	-5,0	-0,2
3.	Джалал-Абадская	38,6	39,6	39,6	40,4	35,0	39,7	46,8	48,3	45,0	38,9	35,2	34,5	35,6	35,5
	темп прироста	-	+2,6	-	+2,0	-13,4	+13,4	+17,9	+3,2	-6,8	-13,5	-9,5	-2,0	+3,1	-0,3
4.	Иссык-Кульская	54,8	48,4	44,6	40,0	34,1	38,9	52,6	54,9	50,1	43,8	37,4	33,0	33,8	33,4
	темп прироста		-11,7	-7,5	-10,3	-14,7	+14,0	+35,2	+4,3	-8,7	-12,5	-14,6	-11,8	+2,4	-1,2
5.	Нарынская	41,5	39,5	37,8	31,8	33,2	31,6	39,2	49,7	42,2	35,1	32,9	28,8	32,4	31,9
	темп прироста	-	-4,8	-4,3	-15,9	+4,4	-4,8	+24,0	+26,8	-15,0	-16,8	-6,3	-12,4	+12,5	-1,5
6.	Ошская	45,4	48,2	49,5	44,5	32,4	36,2	43,1	41,5	38,4	32,4	31,5	27,2	27,6	28,0
	темп прироста	-	+6,1	+2,7	-10,1	-27,2	+11,7	+19,0	-3,7	-7,5	-15,6	-2,8	-13,6	+1,4	+1,5
7.	Таласская	48,5	46,3	43,0	39,4	37,5	38,0	58,2	58,0	57,1	46,3	45,8	38,2	40,8	40,5
	темп прироста	-	-4,5	-7,1	-8,4	-4,8	+1,3	+53,1	-1,3	-1,5	-18,9	-10,0	-16,6	+6,8	-0,7
8.	Чуйская	45,1	44,6	43,1	40,0	33,9	38,2	46,3	48,9	41,6	33,7	35,0	32,8	31,6	31,3
	темп прироста	-	-1,1	-3,3	-7,2	-15,2	+12,7	+21,2	-8,5	-14,9	-19,0	+3,8	-6,3	-3,6	-0,9
9.	Бишкек	27,5	23,8	23,9	19,7	17,2	19,2	19,7	21,3	20,8	19,0	17,6	16,4	16,3	16,1
	темп прироста	-	-13,4	+0,4	-17,5	-12,7	+11,6	+2,6	+8,1	-2,3	-8,4	-7,3	-6,8	-1,5	-1,2
10	Ош	-	-	-	30,9	26,6	30,3	32,0	38,4	33,0	22,5	24,2	21,6	20,7	20,5
	темп прироста	-	-	-	-	-13,9	+13,9	+5,6	+20,0	-14,5	-31,8	+7,5	-10,7	-4,2	-0,9

В 2012, 2013 и 2015 гг. отмечалась только убыль показателя первичной инвалидности. В 2014 г. тенденция роста выявлена в Чуйской области (+3,8%) и г. Ош (+7,5%). В 2016 г. положительная динамика в Джалал-Абадской (+3,1%), Иссык-Кульской (+2,4%), Нарынской (+12,5%), Ошской (+1,4%) и Таласской (+6,8%) областях. В 2014 г. рост выявлен в Чуйской области (+3,8%) и г. Ош (+7,5%). В 2016 г. положительная динамика выявлена в Джалал-Абадской (+3,1%), Иссык-Кульской (+2,4%), Нарынской (+12,5%), Ошской (+1,4%) и Таласской (+6,8%) областях. В 2017 г. незначительный рост показателя выявлен только в Ошской области (+1,5%).

Общие тенденции первичной инвалидности имеют волнообразную динамику связанную с социально-политическими событиями и подтверждает необходимость методологии оценки инвалидности на основе Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Проведен анализ динамики показателя первичного освидетельствования детей до 18 лет по регионам КР за 2004-2017 гг. В 2005 г. по всем областям наблюдался прирост показателя первичного освидетельствования детей до 18 лет, за исключением Таласской области и г. Ош. В 2006 г. отмечался незначительный рост в Джалал-Абадской, Иссык-Кульской и Ошской областях. В 2008 г. увеличение первичных освидетельствований наблюдалось в Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Нарынской, Таласской и Чуйской областях. В 2009, 2010, 2011 и 2012 гг. прирост отмечался во всех областях, кроме Джалал-Абадской в 2009, Нарынской 2010, г. Бишкек в 2011 и Баткенской области в 2012 гг. В 2013 г. незначительный темп прироста наблюдался в Джалал-Абадской, Иссык-Кульской и Ошской областях. В 2014 г. в Баткенской области и г. Бишкек отмечался рост показателя в динамике. В 2015 г. наблюдался положительный прирост в Джалал-Абадской, Чуйской областях и г. Ош. В 2016 г. тенденция роста выявлена во всех областях, за исключением Чуйской и г. Ош. В 2017 г. увеличение показателя первичных освидетельствований детей до 18 лет наблюдалось в Джалал-Абадской, Чуйской областях и г. Бишкек. Выявлена прямая корреляционная связь слабой силы между частотой освидетельствованных детей и первично признанными детьми с ОВЗ ( $r_{xy}=+0,1$ ). Чем больше освидетельствованных детей, тем незначительно число признанных детей с ОВЗ.

Анализ динамики первичной инвалидности у детей до 18 лет за 2004-2017 гг. (табл. 3) показал резкое увеличение по республике показателя: в 2005 г. на +46,7%, 2009 г. на + 11,3% и 2010 г. на +25,9%, незначительное в 2011 г. на +8,5%, 2012 г. на +6,0% и 2016 г. на +4,6%. По Баткенской области значительный прирост отмечался в 2005 г. на +58,4%, 2009 г. на +14,5%, 2010 г. на +47,9% и 2014 г. на +15,7%.

Таблица 3 - Динамика первичной инвалидности у детей до 18 лет по регионам КР за 2004-2017 гг. (на 10 тыс. населения)

№ пп	Область/город	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.	КР	10,7	15,7	15,5	14,6	14,2	15,8	19,9	21,6	22,9	21,0	20,0	19,4	20,3	20,3
	темп прироста	-	+46,7	-11,2	-5,8	-2,7	+11,3	+25,9	+8,5	+6,0	-8,3	-4,7	-3,0	+4,6	-
2.	Баткенская	10,1	16,0	14,7	14,7	12,4	14,2	21,0	22,5	21,1	20,3	23,5	22,0	22,0	21,8
	темп прироста	-	+58,4	-8,1	-	-15,6	+14,5	+47,9	+7,1	-6,2	-3,8	+15,7	-6,4	-	-0,9
3.	Джалал-Абадская	9,2	14,8	16,3	14,1	14,4	13,9	20,3	21,6	22,6	21,6	20,3	21,1	21,9	22,2
	темп прироста	-	+60,8	+10,1	-13,5	+2,1	-3,7	+46,0	+6,4	+4,6	-1,8	-6,0	+3,9	+3,8	+1,4
4.	Иссык-Кульская	12,9	19,9	20,6	19,5	19,8	21,6	27,1	28,3	29,1	28,9	25,3	22,0	26,0	25,9
	темп прироста	-	+54,2	+3,5	-5,3	+1,5	+9,0	+25,4	+4,4	+2,8	-0,7	-12,7	-13,0	+18,2	-0,4
5.	Нарынская	15,6	20,8	18,5	17,9	21,7	23,1	23,4	28,6	29,6	28,1	27,0	22,3	24,7	24,3
	темп прироста	-	+33,3	-11,0	-3,2	+21,2	+6,4	+1,3	+22,2	+3,5	-5,0	-3,9	-17,4	+10,7	-11,6
6.	Ошская	13,5	17,3	18,3	16,6	14,4	16,1	18,5	18,9	20,8	20,4	17,9	17,4	18,8	18,7
	темп прироста	-	+28,1	+5,8	-9,3	-13,2	+11,8	+14,9	+2,1	+10,0	-1,9	-12,2	-2,8	+8,0	-0,5
7.	Таласская	14,2	13,9	13,3	12,8	13,4	15,4	18,4	24,9	28,6	22,0	22,2	19,2	22,7	22,1
	темп прироста	-	-2,1	-4,3	-3,7	+4,7	+14,9	+19,5	+35,3	+14,8	-23,0	+0,9	-13,5	+18,6	-2,6
8.	Чуйская	10,4	17,2	16,3	13,0	14,5	17,5	20,0	23,4	23,9	22,1	18,8	21,4	20,2	21,1
	темп прироста	-	+65,4	-5,2	-20,2	+11,5	+20,7	+14,3	+17,0	+2,1	-7,5	-14,9	+13,8	-5,6	+4,4
9.	г. Бишкек	7,1	13,8	10,0	8,9	8,3	10,6	16,1	15,8	19,2	13,8	16,7	14,7	15,0	15,2
	темп прироста	-	+94,3	-27,5	-11,0	-6,7	+27,7	+51,9	-1,8	+21,5	-28,1	+21,0	-12,0	+2,0	+1,3
10.	г. Ош	-	-	-	14,1	11,6	14,9	15,8	18,9	20,9	15,7	14,5	17,9	15,5	15,2
	темп прироста	-	-	-	-	-17,7	+28,4	+6,0	+19,6	+10,6	-24,9	-7,6	+23,4	-13,4	-1,0

Значительный темп прироста показателя в Джалал-Абадской области приходился на 2005 (+60,8%), 2010 гг. (+46,0%), незначительный на 2006 (+10,1%), 2008 (+2,1%), 2011 (6,4%), 2012 (4,6%), 2015 (3,9%), 2016 (3,8%) и 2017 гг. (+1,4%). Первичная инвалидность по Иссык-Кульской области имела тенденцию значительного роста в 2005 на +54,2%, 2010 на +25,4%, 2016 гг. на +18,2%, незначительного в 2006 на +3,5%, 2008 на +1,5%, 2009 на +9,0%, 2011 на +4,4%, 2012 гг. на +2,8%. По Нарынской области наблюдалось существенное увеличение показателя в 2005 на +33,3%, 2008 на +21,2%, 2011 на +22,2% и 2016 гг. на +10,7%, незначительное - в 2009 на +6,4%, 2010 на +1,3% и 2012 гг. на +3,5%. По Ошской области показатель тенденция значительного роста в 2005 г. на +28,1%, 2009 г. на +11,8%, 2010 г. на +14,9% и 2012 г. на +10,0%, незначительного роста в 2006 г. на +5,8%, 2011 г. на +2,1% и 2016 г. на +8,0%. В Таласской области прирост первичной инвалидности начался с 2008 г. Так, за период наблюдения значительный прирост наблюдался в 2009 на +14,9%, 2010 на +19,5%, 2011 на +35,3%, 2012 на +14,8% и 2016 гг. на +18,6%, незначительный в 2008 и 2014 гг. на +4,7% и 0,9%, соответственно. Резкое увеличение показателя в Таласской области отмечалось в 2005 на +65,4%, 2008 на +11,5%, 2009 на +20,7%, 2010 на +14,3%, 2011 на +17,0% и 2015 гг. на +13,8%, незначительное увеличение в 2012 и 2017 гг. на +2,1% и +4,4%, соответственно. По г. Бишкек выявлен максимальный прирост в 2005 г. на +94,3%, значительный прирост также наблюдался в 2009 на +27,7%, 2010 на +51,9%, 2012 на +21,5%, 2014 гг. на +21,0%, незначительный в 2016 и 2017 гг. на +2,0% и +1,3%, соответственно. По г. Ош прирост первичной инвалидности отмечался в 2009 (+28,4%), 2010 (+6,0%), 2011 (+19,6%), 2012 (+10,6%) и 2015 гг. (+23,4%).

Выделяются два периода повышения показателя: I - 2004-2005 гг. (передача МСЭ детей из системы здравоохранения в МСЭК и изменение возраста детей с ОВЗ с 16 лет до 18 лет; II - 2010-2012 гг. (Постановление Правительства КР от 22 декабря 2009 г. № 795 «О выплате ежемесячных денежных компенсаций взамен льгот»).

Первично признанные дети с ОВЗ составили от 95,7% в 2004 г. до 97,6% в 2008 г. Увеличение числа освидетельствований и признанных детей с ОВЗ в 2017 г. по отношению к 2004 г. составило 207,9% и 210,2%, соответственно. В структуре нозологий, приводящих к первичной инвалидности ЛОВЗ, установлены ведущие причины: 1-е ранговое место - болезни органов кровообращения, 2-е - травмы, отравления и другие воздействия внешних причин, 3-е - злокачественные новообразования. В Баткенской области по всем трем ранговым местам, отмечаются показатели инвалидности, значительно превышающие республиканский и стабильно нарастающие в исследуемый период. В структуре причин детской первичной инвалидности 1-е

ранговое место занимают врожденные аномалии; 2-е - болезни нервной системы; 3-е - психические расстройства; 4-е - травмы, отравления и другие воздействия внешних причин. В Иссык-Кульской области по всем четырем ранговым местам наблюдаются показатели детской инвалидности, превышающие республиканские и имеющие стабильный нарастающий рост.

**Глава 5. Пути совершенствования организации и деятельности медико-социальной экспертной службы Кыргызской Республики.** Организационно-функциональная модель службы МСЭ КР представлена двумя уровнями: центральный - РЦ МСЭ при МТСП КР и первичный уровень, состоящий из 27 территориальных МСЭК. Предлагаемая организационно-функциональная модель службы МСЭ (рис. 1) направлена на разделение функций центрального и территориального уровней, при котором центральный уровень несет координирующие, контрольно-мониторинговые, методические функции, проводит процедуру обжалования заключений первичных МСЭК, а территориальный уровень проводит освидетельствования граждан.

Представленная модель наиболее полно соответствует принципам современной системы экспертной оценки инвалидности, реабилитации ЛОВЗ и социальной модели инвалидности, которая направлена на оценку состояния здоровья и на решение социальных, профессионально-трудовых, юридических, финансовых вопросов социальной политики в отношении ЛОВЗ. Основной задачей центральной структуры службы МСЭ должно быть обеспечение координации деятельности для оказания справедливой, единообразной и доступной оценки инвалидности. В структуре центрального органа службы МСЭ должны присутствовать направления: экспертно-диагностическое; экспертно-реабилитационное; методолого-статистическое и административно-юридическое. Для частичного устранения выявленных рисков в социализации ЛОВЗ, в помощь практическому врачу-эксперту разработаны мероприятия по порядку формирования и координации ИПР, которые формируют определенный стандарт последовательности действий при назначении ИПР, что существенно облегчает работу врача-эксперта.

Разработана автоматизированная информационная система, предназначенная для автоматического формирования данных МСЭ «Анализ деятельности территориальных МСЭК Кыргызской Республики», позволяющая составлять квартальные, годовые отчеты основной деятельности МСЭК, анализировать полученные данные и проводить оценку показателей инвалидности в динамике, готовить информацию о текущем состоянии инвалидизации взрослых и детей, разрабатывать предложения по результатам анализа в вышестоящие структуры и органы местной власти.

Разработан Перечень нормативно-правового обеспечения государственных гарантий ЛОВЗ и деятельности системы МСЭ и

реабилитации, способствующий систематизации работы РЦ МСЭ по пересмотру нормативного обеспечения МСЭ службы, улучшению поиска необходимых врачам-экспертам нормативно-правовых актов, повышению качества экспертной оценки и разработки ИПР ЛОВЗ.



**Рис. 5.2.** Оптимальная современная организационно-структурная модель службы МСЭ КР.

Для повышения квалификации врачей общей лечебной сети всех специальностей по вопросам МСЭ и реабилитации ЛОВЗ разработана и внедрена рабочая учебная программа «Основы медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в Кыргызской Республике» на базе КГМИПиПК им. С. Б. Даниярова.

## ВЫВОДЫ

1. На основе архивного исследования истории становления и организации службы медико-социальной экспертизы показаны исторические особенности, в том числе в современный период независимости республики. Анализ

нормативно-правовой базы показал несовершенное нормативное обеспечение службы медико-социальной экспертизы и не соответствующее Конвенции о правах инвалидов. Выявлено несоответствие действующей организационно-функциональной структуры службы нормативно утвержденным задачам и функциям.

2. Выявлено недостаточное количество действующих МСЭК (27 действующих при 68 нормативных), несовершенная штатная структура (отсутствие специалистов социального и реабилитационного профиля), отсутствие типового проекта здания МСЭК. Выявлена необходимость нормативного и методического упорядочения сложных и устных консультаций с целью предупреждения необоснованных отказов в освидетельствовании граждан. Наблюдается повышенная нагрузка на МСЭК в 25 из 27 МСЭК (92,5%).

3. По республике наибольшее увеличение освидетельствований (+39,9%) и нагрузки (+59,2%) наблюдалось в 2014 г. в глазной МСЭК, психиатрической МСЭК №2 (+31,2%), в 2013 г. в фтизиатрической МСЭК (+23,7%). Значительное снижение освидетельствований отмечалось в 2013 г. в глазной МСЭК (-28,5%) и в 2014 г. в МСЭК № 3 (-22,5%). В среднем, ежегодно число ЛОВЗ увеличивается по республике на 5856 человек (11260 чел. в 2016 г. против 11989 чел. в 2004 г.), детей с ОВЗ на 923 (с 2131 чел. в 2004 г. против 4208 чел. в 2016 г.).

4. Полученные результаты показателя первичного освидетельствования на инвалидность позволили сгруппировать регионы КР на три группы: с высоким показателем выше 35,0 на 10 тыс. населения (Иссык-Кульская, Таласская, Чуйская, Баткенская области); средним - 30,0 - 35,0 (Ошская, Джалал-Абадская, Нарынская области), низким - 20,0 - 30,0 (гг. Бишкек и Ош). Среди ЛОВЗ определены ранговые места по уровню первичной инвалидности по областям (Баткенская, Таласская, Джалал-Абадская) и по классам болезней (органы кровообращения, травмы и отравления, злокачественные новообразования). Среди детей определены Иссык-Кульская, Нарынская, Джалал-Абадская области, по классам болезней - врожденные аномалии, болезни нервной системы, психические расстройства.

5. Установлены риски неудовлетворенности ЛОВЗ качеством медико-социальной экспертизы услуг: несоответствие заявленных задач и функций; устаревшая организационно-функциональная модель медико-социальной экспертизы; слабые контрольные функции центрального уровня; несоответствие количества МСЭК населению КР и числу освидетельствований.

6. Разработанные предложения по совершенствованию организации и деятельности МСЭК на основе новой организационно-функциональной модели позволят повысить доступность и качество медико-социальной экспертизы.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **I. На уровне Правительства Кыргызской Республики:**

- ввести в Закон КР «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» терминов: абилитация и ассистивные устройства.

### **II. На уровне Министерства труда и социального развития КР:**

- пересмотреть постановление Правительства Кыргызской Республики от 18 октября 2013 г. № 570 «О Республиканском центре медико-социальной экспертизы при Министерстве труда и социального развития Кыргызской Республики»;

- ввести количественный критерий открытия МСЭК по объему первичных освидетельствований на инвалидность; введение в МСЭК специалистов социального и реабилитационного профилей, новых квалификационных требований по специальности «Врач-эксперт медико-социальной экспертизы», по нормативам помещений МСЭК в Постановление Правительства Кыргызской Республики от 31 января 2012 г. № 68 «О медико-социальной экспертизе в Кыргызской Республики»;

- внедрить методику МСЭ на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья;

- широко использовать разработанную АИС «Анализ деятельности МСЭК», позволяющую оперативно проводить наглядный анализ МСЭК.

### **III. На уровне Министерства здравоохранения КР:**

- пересмотреть методику статистической обработки данных по инвалидности для гармонизации с методикой системы социального развития;

- ввести индикатор эффективности деятельности семейных врачей «Количество первично признанных лиц/ детей с ОВЗ в текущем году».

### **IV. На уровне Министерства здравоохранения КР, Министерства образования и науки КР, Министерства труда и социального развития КР:**

- внедрить программу повышения квалификации врачей, социальных работников по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации ЛОВЗ;

- организовать межвузовскую кафедру медико-социальной экспертизы и реабилитации ЛОВЗ на базе Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова и Бишкекского государственного университета им. К. Карасаева;

- проводить совместные коллегии, совещания по вопросам инвалидности и реабилитации.

### **V. На уровне органов местного самоуправления регионов КР совместно с Министерством труда и социального развития КР:**

- при разработке программ социально-экономического развития регионов учитывать территориальные особенности инвалидности взрослого и детского населения.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Качыбекова, Л. И.** Опыт Кыргызстана по координации межведомственного взаимодействия на региональном уровне при реализации программ реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: Матер. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Доступная среда» / Л. И. Качыбекова, К. Т. Абазбекова // Инвалидность и реабилитация. - Санкт-Петербург, 2016. - С. 281-284.

2. **Качыбекова, Л. И.** Актуальность и перспективы внедрения положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (краткий обзор литературы) [Текст] / Т. Ч. Чубаков, Л. И. Качыбекова, // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2016. - Т. 16, № 3. - С. 138-140.

3. **Качыбекова, Л. И.** Историческое место службы медико-социальной экспертизы в социальном секторе республики [Текст] / Л. И. Качыбекова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 5. - С. 56 -59.

4. **Качыбекова, Л. И.** Эффективность основной деятельности медико-социальных экспертных комиссий Кыргызстана на основе анализа некоторых статистических показателей [Текст] / Л. И. Качыбекова, К. Т. Абазбекова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 7. - С. 69 -71.

5. **Качыбекова, Л. И.** Порядок формирования, реализации и координации индивидуальных программ реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в практике медико-социальных экспертных комиссий [Текст]: метод. рекомендации / Л. И. Качыбекова. - Бишкек, 2017. - 24 с.

6. **Качыбекова, Л. И.** Методические рекомендации для медико-социальных экспертных комиссий по статистическому сбору показателей инвалидности, их изучению, анализу причин и состояния инвалидности на территории обслуживания [Текст]: метод. рекомендации / Л. И. Качыбекова, К. Т. Абазбекова. - Бишкек, 2017. - 23 с.

7. **Качыбекова, Л. И.** Аналитический обзор нормативно - правовой базы, регламентирующей деятельность системы медико-социальной экспертизы Кыргызстана [Текст] / Л. И. Качыбекова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2018. - Т. 41, № 3. - С. 457-463.

8. **Качыбекова, Л. И.** Анализ результатов первичного освидетельствования детей до 18 лет в Кыргызской Республике с учетом региональных особенностей [Текст] / Л. И. Качыбекова // Бюллетень науки и практики. - 2019. - Т. 5, № 6. - С. 83-89.

9. **Качыбекова, Л. И.** Аспекты модели медико-социальной экспертизы в Кыргызской Республике [Текст] / Л. И. Качыбекова // Бюллетень науки и практики. - 2019. - Т. 5, № 6. - С. 90-97.

**Качыбекова Лариса Итемировна**нын «**Медициналык-социалдык эксперттик кызматын уюштурууну жана ишкердигин жакшыртуунун илимий-усулдук негиздери**» деген темада **14.02.03 - коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүү үчүн жазылган диссертациясын кыскача**

### **КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген балдар, майыптык, ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген адамдар, медициналык-социалдык экспертиза, медициналык-социалдык эксперттик кызмат, баштапкы күбөлөндүрүү

**Изилдөөнүн объектиси:** ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген балдар, ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген адамдар.

**Изилдөөнүн предмети:** медициналык-социалдык эксперттик комиссияларды уюштуруу жана ишкердиги.

**Изилдөөнүн максаты:** Кыргыз республикасындагы медициналык-социалдык эксперттик кызматын уюштурууну жана ишкердигин жыйнактап талдоонун негизинде медициналык-социалдык эксперттик комиссияларды уюштуруунун жана ишкердигин жакшыртуунун илимий-усулдук негиздерин иштеп чыгуу.

**Изилдөөнүн методдору:** аналитикалык, ретроспективдик, эксперттик баамдоо, статистикалык, тарыхый, социологиялык сурамжылоо.

**Алынган жыйынтыктар менен анын илимий жаңылыгы.** КР МСЭК уюштуруучу, ченемдик, ресурстук жана усулдук камсыздоону изилдөө боюнча жыйнакталган медициналык-социалдык изилдөөнүн негизинде биринчи жолу ченемдик камсыздоого талдоо жүргүзүлгөн жана аны эл аралык заманбап жоболор менен шайкештөө боюнча сунуштар даярдалган. Биринчи жолу МСЭК уюштуруунун негизги принциптери изилденди жана иш жүзүндөгү комиссиялардын саны ченемге туура келбегендиги аныкталды. Жаңы МСЭК ачуу үчүн күбөлөндүрүү көлөмү боюнча кошумча критерий сунушталган. МСЭК дарыгелеринин жаңы квалификациялык категорияларынын зарылчылыгы менен «дарыгер-эксперт» квалификациясынын жоктугу көрсөтүлгөн. Болгон МСЭК уюштуруучу-иштемдик түзүмү (анын ичинде инфраструктурасынын) заманбап «майыптыктын биопсихосоциалдык моделине» дал келбегендиги көрсөтүлгөн. Ден соолугунун мүмкүнчүлүгү чектелген адамдардын МСЭ кызмат көрсөтүү сапатына нааразычылыктарына себеп болгон тобокелдиктери белгиленген. Биринчи жолу 2004-2017-жж. МСЭК ишкердигинин динамикадагы негизги көрсөткүчтөрү изилденген жана республикадагы саясатка, социалдык-экономикалык, демографиялык процесстерине көз карандылыгынын жаңы мыйзам ченемдүүлүктөрү алынган.

Саламаттык сактоо тутумунун жана МСЭК ортосунда майыптык боюнча статистикалык берилмелердин салыштырмалыгы жок экендиги көрсөтүлдү. Саламаттык сактоо тутумундагы, ДМЧА эмгекке жарамдуулук жана социалдык интеграциясынын алгачкы түзүлүшү катары МСЭК жакшыртуу боюнча чаралар сунушталды.

**Колдонуу тармактары:** коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо, медициналык-социалдык эксперттик кызмат.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Качыбековой Ларисы Итемировны на тему «Научно-методические основы совершенствования организации и деятельности медико-социальной экспертной службы» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность, лица с ограниченными возможностями здоровья, медико-социальная экспертиза, медико-социальная экспертная служба, первичное освидетельствование.

**Объект исследования:** дети с ограниченными возможностями здоровья, лица с ограниченными возможностями здоровья.

**Предмет исследования:** организация и деятельность медико-социальных экспертных комиссий.

**Цель исследования:** на основе комплексного анализа организации и деятельности медико-социальной экспертной службы КР разработать научно-методические основы совершенствования организации и деятельности медико-социальных экспертных комиссий.

**Методы исследования:** аналитический, ретроспективный, экспертной оценки, статистический, исторический, социологический опрос.

**Полученные результаты и их новизна.** Впервые проведено архивное исследование по истории становления и организации службы медико-социальной экспертизы КР. Показаны исторические особенности службы медико-социальной экспертизы, в том числе в современный период независимости республики. На основе комплексного медико-социального исследования по изучению организационного, нормативного, ресурсного и методического обеспечения МСЭК КР впервые проведен анализ нормативного обеспечения и подготовлены предложения по его гармонизации с современными международными положениями. На основе комплексного медико-социального исследования по изучению организационного, нормативного, ресурсного и методического обеспечения МСЭК КР впервые

проведен анализ нормативного обеспечения и подготовлены предложения по его гармонизации с современными международными положениями. Впервые изучены основные принципы организации МСЭК и установлено несоответствие нормативам количества действующих комиссий. Предложен дополнительный критерий по объему освидетельствования для открытия новых МСЭК. Показано отсутствие квалификации «Врач-эксперт» у врачей МСЭК с необходимостью новых квалификационных категорий. Показано несоответствие существующей организационно-функциональной структуры (в т.ч. инфраструктуры) МСЭК современной «биопсихосоциальной модели инвалидности». Установлены риски неудовлетворенности ЛОВЗ качеством оказания медико-социальных экспертных услуг. Впервые изучены основные показатели деятельности МСЭК в динамике за 2004-2017 гг. и получены новые закономерности зависимости от политических, социально-экономических, демографических процессов в республике. Показано отсутствие сопоставимости статистических данных по инвалидности между системой здравоохранения и МСЭК. Предложены меры по совершенствованию МСЭК как исходной структуры в системе охраны здоровья, трудоспособности и социальной интеграции ЛОВЗ.

**Область применения:** общественное здоровье и здравоохранение, медико-социальная экспертная служба.

## SUMMARY

**of the dissertation of Kachybekova Larisa Itemirovna on the theme "Scientific and methodological bases for improving the organization and activity of medical and social expert service" submitted for the degree of candidate of medical sciences in the specialty of 14.02.03 - public health and health care**

**Key words:** children with disabilities, disability, persons with disabilities, medical and social expertise, medical and social expert commission, medical and social expert service, primary examination.

**Object of the study:** children with disabilities, persons with disabilities.

**Subject of the study:** organization and activity of medical and social expert commissions.

**The purpose of the study:** on the basis of a comprehensive analysis of the organization and activities of the medical and social expert service of the Kyrgyz Republic, to develop scientific and methodological bases for improving the organization and activities of medical and social expert commissions.

**Methods of research:** analytical, retrospective, expert assessment, statistical, historical, sociological survey.

**The results obtained and their novelty.** For the first time, an archival study was carried out on the history of the formation and organization of the medical and social expertise service of the Kyrgyz Republic. Historical features of the medical and social expertise service are shown, including during the modern period of independence of the republic. On the basis of a comprehensive medical and social study on organizational, normative, resource and methodological support of the Ministry of MSEC KR, for the first time an analysis of normative support has been carried out and proposals for its harmonization with modern international provisions have been prepared. For the first time, the basic principles of the organization of the MSEC have been studied and the number of active commissions is not in compliance with the standards. An additional criterion on the scope of examination for the opening of new MSEC is proposed. The absence of qualification "Expert Doctor" in doctors of the MSEC. The inconsistency of the existing organizational and functional structure of the MSEC with the modern "biopsychosocial model of disability" is shown. Risks of dissatisfaction with the quality of medical and social expert services have been identified. For the first time, the main indicators of the activity of the MSEC in the dynamics for 2004-2017 were studied and new patterns of dependence on political, socio-economic and demographic processes in the republic were obtained. The lack of comparability of disability statistics between the health system and MSEC is shown. Measures have been proposed to improve MSEC as an initial structure in the system of health, working capacity and social integration of persons with disabilities.

**Field of application:** public health and health care, medical and social expert service.

**Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»**  
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.  
Тираж 100экз.