

Суйуналиева Б.Ш.

**АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ И ОСНОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ
ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

B.Sh. Suyunalieva

**ANALYSIS OF MODELS OF DISABILITY AND THE BASIC NEEDS OF PERSONS
WITH DISABILITIES IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 330.8(575.2) (043.3)

В статье рассматриваются модели инвалидности и основных потребностей лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также социальная защита детской инвалидности. Автором в ходе исследования были определены основные потребности лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: социальная модель, медицинская модель, демография, заболевание, травмы, бедность, социальная защита.

In the article examined models of disability and basic necessities of persons with limit possibilities of health. social defence of child's disability. By an author during research the basic necessities of persons were certain with limit possibilities of health.

Key words: social model, medical model, demography, disease, traumas, poverty, social defence.

В научных литературах встречаются различные определения лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), к данной категории можно отнести людей: инвалиды, люди с особыми потребностями, люди с ограниченными возможностями здоровья. Кодекс Кыргызской Республики «О детях» (от 7 августа 2006 года N 151) в Ст. 33. упоминает о детях с недостатками в физическом и умственном развитии и детях с особыми нуждами. Закон Кыргызской Республики «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья» дает нам другое определение – лицо с ограниченными возможностями здоровья. По определению данного закона ЛОВЗ – это лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Различные определения одной и той же категории людей возникают по причине того, что кыргызское общество переживает переход от старых дискриминационных подходов к проблемам инвалидности к признанию прав людей с ограниченными возможностями здоровья как равноправных членов общества. В этом случае проблемы инвалидности рассматриваются с точки зрения прав человека, и это является социальной моделью, которая определяет барьеры и препятствия со стороны общества, а не со стороны людей с ограниченными возможностями здоровья. Если принимать во внимание только физические или умственные недостатки людей с ограниченными возможностями, тогда единственным решением будет оказание медицинских услуг для лечения этих недостатков, предоставление услуг

только в резиденциальных учреждениях, дискриминация и исключение людей с ограниченными возможностями здоровья. «Невежество, пренебрежение, предрассудки и страх – вот социальные факторы, которые на протяжении всей истории являлись препятствием для развития способностей инвалидов и вели к их изоляции» [1]. Медицинская модель усиливает дискриминацию и основана на «исправлении», при котором люди должны чувствовать, что в них что – то «неправильное».

Социальная модель инвалидности – это понимание того, что проблемы ЛОВЗ – это, прежде всего, социальные проблемы общества: отношение людей к данной проблеме, проводимой социальной политики в отношении ЛОВЗ, ответственности людей, принимающих решения и самих ЛОВЗ. Переход общества от медицинской модели инвалидности к социальной требует, в свою очередь, действенных мер государства по изменению ментальности в сторону признания ценности каждого человека, создание условий для реализации прав ЛОВЗ, соответствующей инфраструктуры и социальных услуг

К сожалению, Кыргызстан находится только на пути к применению социальной модели в отношении ЛОВЗ, и настоящее время не созданы все условия для полноценной реализации прав ЛОВЗ, в том числе и детей.

Инвалидность преобладает в сельской местности, что обусловлено низким уровнем жизни и качеством медицинского обслуживания.

Рост новых случаев инвалидности вызван, в первую очередь, заболеваниями (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования). Следующим фактором, влияющим на рост инвалидности, является производственный и дорожный травматизм. Рост количества ВИЧ – инфицированных. На 01.01. 2010 г. в республике на учете состояло 2168 лиц, живущих с ВИЧ[2]. Показатель распространенности ВИЧ –инфекцией составил 40.3 на 100000 населения. Тревогу вызывает появление детей с ограниченными возможностями от СПИД.

Таблица 1 – Причины инвалидности в Кыргызской Республике по состоянию на 01.01. 2010 г.

По причинам инвалидности- всего	11623
В том числе:	10759
- Вследствие общего заболевания	
- С детства	725
- Вследствие трудового увечья и профессионального заболевания	49
- Из числа военнослужащих	90

Среди детей одним из инвалидизирующим заболеванием являются врожденные аномалии развития (29.4%). Возникновение врожденных пороков развития обусловлено следующими причинами:

- внутриутробным поражением плода инфекцией;
- интоксикацией (алкоголь, наркотики и др.);
- травмами;
- анемией роженицы, йододефицитом;
- межродственными браками;
- экологически неблагоприятными воздействиями.

Вызывает беспокойство увеличение детей с болезнями нервной системы (24%), а также психические расстройства и расстройства поведения (12.8%). Родовые травмы составляют 8%. Более 50% родовых травм приходится на внутричерепные травмы, что приводит к детскому церебральному параличу.

Таблица 2 - Численность ЛОВЗ, состоящих на учете в органах социальной защиты и обеспечения населения в Кыргызской Республике за ряд лет.

	2005	2006	2007	2008	2009
Численность ЛОВЗ	106686	106686	106686	106686	106686
Дети в возрасте до 18 лет	18517	19931	20660	20842	21194
Доля детей – ЛОВЗ в %	17,4%	18,0%	18,0%	17,3%	16,9%

Анализ причин инвалидности показывает, что снижение роста могло быть достигнуто за счет информирования населения по профилактике заболеваний, ухода во время беременности, раннему выявлению и качеству услуг родовспоможения, улучшений экологической обстановки и условий труда.

Выявление детей и взрослых ЛОВЗ через МСЭК основана на медицинской модели, так как определяются патологии, основываясь на типе ограничений жизнедеятельности. Такая система не указывает, какие условия необходимы для удовлетворения нужд или какие барьеры мешают вовлечению в общественную жизнь, школу и сообщество.

Семьи ЛОВЗ, являются наиболее бедными категориями населения, так как фактически единственным источником дохода являются их пенсии и пособия, кроме того ЛОВЗ зависят от работающих членов семьи. На фоне отсутствия рынка труда, особенно в сельской местности, доходы семей не позволяют семьям достигать установленного прожиточного уровня в 4411,3 сом. К примеру, средний размер пенсий по инвалидности составляет 2170 сом., что составляет 44.1% от прожиточного минимума. 80% родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями, не могут работать по причине ухода за ребенком, что также влияет на снижение уровня доходов семьи.

В области здравоохранения государство предоставляет гарантированные услуги ЛОВЗ в виде прав на охрану здоровья, профилактику инвалидности,

медико-санитарную помощь различного вида, реабилитацию, медицинскую экспертизу, обеспечение лекарствами. Для ЛОВЗ за счет средств республиканского бюджета предоставляется санаторно-курортное лечение один раз в 5 лет, размер оплаты путевки зависит от группы инвалидности:

- инвалидам I группы - один раз в 5 лет бесплатно; лицу, сопровождающему инвалида I группы согласно медицинским показаниям, - с 50-процентной скидкой;
- инвалидам II группы - один раз в 5 лет с 50-процентной скидкой;
- инвалидам III группы - один раз в 5 лет с 30-процентной скидкой.

Имеющиеся гарантии на труд ЛОВЗ, 5% квотирование рабочих мест для лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставление работы на условиях неполного рабочего времени, не исполняются в связи непригодностью рабочих мест для ЛОВЗ, а также отсутствием механизмов принуждения и мотивации работодателей к приему на работу ЛОВЗ.

Анализ показывает, что из данного перечня социальных государственных учреждений, предоставляющих услуги ЛОВЗ, имеются резиденциальные учреждения (10 интернатов для ЛОВЗ, из них для детей -3). И очень ограниченное количество реабилитационных центров (Центр реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья Министерства Кыргызской Республики по социальной защите на 50 человек, Бишкекский городской центр реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья на 70 человек, 9 центров на местном бюджете, из них для взрослых – 1).

К примеру, если реабилитационные центры для взрослых обслуживают по 500-600 человек в год, то в среднем общий охват медицинскими услугами по реабилитации составляет около 1800 человек, что составляет 14 %. А для детей – охват реабилитационными услугами составляет 22.6%. Тогда общая потребность в реабилитации ЛОВЗ составляет до 80%.

Абилитационные и реабилитационные программы, юридические и психологические консультации предоставляются в рамках деятельности неправительственных организаций, которых насчитывается более 100 по республике, но, тем не менее, их недостаточно.

Для ЛОВЗ большое значение имеет включение в общественную жизнь, снижение дискриминации, формирование положительного отношения к людям с ограниченными возможностями. В этой связи возрастает роль СМИ и ТВ. Исследования показывают, что СМИ Кыргызстана уделяют проблемам ЛОВЗ меньше внимания, чем другим вопросам здоровья нации, например, наркомании [3]. Газеты на кыргызском языке обращаются к проблемам ЛОВЗ меньше, чем газеты, публикуемые на русском.

В ходе проведенных исследований в Кыргызстане международными (ЮНИСЕФ, Эвричайлд,

ФЕЦА, ХелсПром) и местными организациями (ОО «Равенство», АРДИ, ОО «Шоола Кол», и др.), а также в результате фокус – групповых дискуссий в ходе анализа основными потребностями ЛОВЗ были определены:

- образование (доступ к образованию, образовательные программы, деятельность Медико-педагогических комиссий);

- услуги здравоохранения (качество родовспоможения, доступ к лекарственным препаратам, качество медицинских услуг, деятельность Медико – социальных экспертиз);

- доступность транспорта и инфраструктуры;

- отсутствие социальных услуг в регионах (реабилитационных центров, абилитационных программ, консультационно - правовой помощи и др.);

- трудоустройство;
- информирование ЛОВЗ о правах и существующих услугах;
- дискриминационное отношение окружающих;
- отношение самих ЛОВЗ (иждивенческие настроения);
- потребности ухаживающих за ЛОВЗ (оплата труда, психологическая и правовая поддержка).

Литература:

1. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Резолюция 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993г.
2. Данные РМИЦ МЗ КР.
3. Оценка положения детей с ограниченными возможностями в Кыргызстане. ЮНИСЕФ. 2008г.

Рецензент: к.э.н., доцент Жапаров Г.Д.