

І.С. Борисова 

АНАЛІЗ СВІТОВОГО ДОСВІДУ ЩОДО ПІДХОДІВ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ: ПО ШЛЯХУ РЕФОРМИ СИСТЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Дніпровський державний медичний університет
вул. Володимира Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
Dnipro State Medical University
Volodymyra Vernadskoho str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: doctorinnaborisova1@gmail.com

Цитування: Медичні перспективи. 2024. Т. 29, № 2. С. 43-55

Cited: Medicni perspektivi. 2024;29(2):43-55

Ключові слова: інвалідність, порушення життєдіяльності, медико-соціальна експертиза, міжнародна класифікація функціонування, визнання статусу «особа з інвалідністю»

Key words: disability, impairment, medical and social expertise, international classification of functioning, recognition of the status of "person with disability"

Реферат. Аналіз світового досвіду щодо підходів до визначення інвалідності: по шляху реформи системи медико-соціальної експертизи. Борисова І.С. Українська система медико-соціальної експертизи потребує перегляду концептуальних та методологічних засад відповідно до реалій сьогоденного розвитку соціальних наук у світі і запитів держави щодо сучасного розуміння інвалідності. Метою роботи було проведення аналізу міжнародного досвіду та законодавства щодо політики відносно осіб з інвалідністю та системних підходів до критеріїв порушення функціонування і можливостей визначення статусу «особа з інвалідністю» з використанням основних засад Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), порушень життєдіяльності і здоров'я для створення оптимальних підходів до визначення критеріїв інвалідності в Україні. Дослідження базувалося на аналізі доступних наукових літературних джерел та законодавчих документів розвинених країн світу щодо розуміння поняття «особа з інвалідністю». Використовувались наукометричні бази Scopus, Web of Science, Google Scholar та MedLine. Також використали дані офіційних сайтів політичного департаменту Європейського парламенту, ВООЗ, Організації Об'єднаних Націй, ЮНІСЕФ, Всесвітнього банку та Disabled World. За даними результатів дослідження визначено, що за визначення статусу «особа з інвалідністю» в країнах сталого розвитку відповідає єдиний державний орган з використанням мультидисциплінарного підходу. Визначено 3 основні складові, які оцінюють більшість розвинених країн світу при визначенні інвалідності: економічна, медична і соціальна. При цьому основним критерієм є ступінь зниження працездатності. Установлено, що Іспанія з 2022 року при визначенні ознак інвалідності повністю перейшла на критерії Міжнародної класифікації функціонування, покладаючи в основу оцінювання тяжкості стану особи як ступеня інвалідності зниження функціонування особи у відсотках. Деякі країни Європи використовують вибіркові категорії МКФ.

Abstract. Analysis of the world experience on the approaches to the definition of disability: on the way to reforming the system of medical and social expertise. Borysova I.S. The Ukrainian system of medical and social expertise needs to revise its conceptual and methodological foundations in accordance with the realities of the current development of social sciences in the world and demand of the state regarding the modern understanding of disability. The purpose of the study was to analyze international experience and legislation on policy towards persons with disabilities and systematic approaches to the criteria of violation of functioning and the possibilities of determining the status of "person with disabilities" using the basic principles of the International Classification of Functioning (ICF), Impairment and Health to create optimal approaches to determining the criteria for disability in Ukraine. The study was based on the analysis of available scientific literature and legislative documents of developed countries on the understanding of the concept of "person with a disability". The scientometric databases used were Scopus, Web of Science, Google Scholar, and MedLine. Data from the official websites of the Political Department of the European Parliament, WHO, the United Nations, UNICEF, the World Bank. According to the results of the study, it is determined that a single state body is responsible for determining the status of a person with a disability in sustainable development countries using a multidisciplinary approach. The author identifies 3 main components that most developed countries assess when determining disability: economic, medical and social. At the same time, the main criterion is decreased performance. It has been established that since 2022, Spain has completely switched to the criteria of the International

Classification of Functioning in determining the signs of disability, basing the severity of a person's condition as a degree of disability on a percentage decrease in the person's functioning. Some European countries use selective categories of the ICF.

Інвалідність є соціальним феноменом, що притаманний будь-якому суспільству. За даними ВООЗ, майже кожна людина в певний момент свого життя тимчасово або постійно відчуває інвалідність. Станом на 2023 рік, 1,3 мільярда людей – близько 16% населення світу – мають серйозну інвалідність [1], водночас дослідники США доводять існування так званої «невідомої інвалідності» [2]. Це відсоток осіб, що не визнані такими у зв'язку з тим, що пацієнти ще не звернулися або не можуть звернутися за встановленням такого статусу. Підраховано, що в США цей показник сягає 10% від населення країни на фоні 26% відомих осіб з інвалідністю [2].

Визнання статусу «особа з інвалідністю» методологічно різниться в різних країнах. Загальною парадигмою цього поняття у світі прийнято визначення Конвенції ООН: інвалідність – це тривалі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть перешкоджати повній та ефективній участі особи в житті суспільства нарівні з іншими [1]. Таким чином, сучасне тлумачення поняття інвалідності повертає нашу увагу від суто медичного розуміння на соціальний аспект. Отже, медична модель інвалідності, яка розглядає інвалідність як результат суто фізичного стану особи, не влаштовує гуманітарне направлення розвитку світового суспільства сьогодні. Новітні уявлення визначають інвалідність як загальний термін, що охоплює порушення, обмеження активності особи та її участь у суспільному житті [3]. Таке тлумачення визнає, що досвід інвалідності є унікальним й особистим для кожної людини, але є загальні для всіх чинники. До них у першу чергу належать медичні фактори, які стають причинами, що зумовлюють виникнення порушень життєдіяльності особи. Модель, яка висвітлює сьогоднішні уявлення про інвалідність, – це біопсихосоціальна модель Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [4], яка затверджена в Україні як національний класифікатор у 2022 році [5]. У МКФ визнаються три виміри інвалідності. Перший вимір розтлумачує це поняття з позиції людини як біологічного (медичного) об'єкта: це втрата або аномалія (порушення) в будові тіла або у фізіологічній чи психологічній функції. Другий вимір – особа як суб'єкт, що діє самостійно. Вимір включає характер і ступінь функціонування на

рівні особистості. Водночас діяльність особи може бути обмежена за характером, тривалістю та якістю. Третій вимір – з позиції розуміння, що особа діє як об'єкт суспільства. Участь може бути обмежена за характером, тривалістю та якістю. Участь розглядають у семи широких сферах: обслуговування себе; мобільність; обмін інформацією; соціальні стосунки; освіта, робота, відпочинок і духовність; економічне життя; громадське життя. Додатковим виміром можуть бути контекстні фактори, що включають будівельні споруди, ландшафтні об'єкти – природні і штучно створені; організації; надання послуг у фізичному та соціальному середовищі, у якому живуть люди. На такий вимір інвалідності сьогодні дослідники покладають багато надій, вбачаючи в цій класифікації широкі можливості.

Українська система медико-соціальної експертизи (МСЕ) і її інституції сьогодні також потребують перегляду концептуальних та методологічних засад відповідно до реалій сьогоднішнього розвитку соціальних наук у світі і запитів держави щодо сучасного розуміння інвалідності. На виконання завдань Уряду України і запитів фахівців система МСЕ потребує реформаторських змін з курсом на пацієнтоорієнтовність та доступність, спираючись на світовий досвід та на досягнення науки й доказової медицини. Оптимізація підходів до визначення інвалідності в Україні з позиції біопсихосоціальної моделі МКФ буде сприяти цим процесам.

Метою роботи було провести аналіз міжнародного досвіду та законодавства щодо політики по відношенню до осіб з інвалідністю та системних підходів до критеріїв порушення функціонування і можливостей визначення статусу «особа з інвалідністю» з використанням основних засад Міжнародної класифікації функціонування, порушень життєдіяльності і здоров'я для створення оптимальних підходів до визначення критеріїв інвалідності в Україні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Наше дослідження базувалося на аналізі доступних наукових літературних джерел (статей, оглядів) та законодавчих документів розвинених країн світу щодо розуміння поняття «особа з інвалідністю» з позиції медичного та соціального тлумачення цього поняття. Основна увага фокусувалася не тільки на політичних намірах держав щодо реабілітації та абілітації та законодавчо гарантованих державних послуг і

пільг для осіб з інвалідністю. Головний інтерес нашого дослідження зосереджено на обраних державами методичних підходах до визначення соціальних ознак інвалідності та медичних критеріїв, які систематизують об'єктивні описання в осіб порушення критеріїв життєдіяльності. Дані, що аналізувалися в дослідженні, склалися з правил і законодавчих актів, урядових керівництв щодо визначення статусу «особа з інвалідністю». Коло наших інтересів включало також міжнародний досвід використання МКФ у системі вимірювання функціональної здатності організму пацієнта та в системі вимірювання можливостей реабілітаційних заходів. Використовували також документи з формування політики та реалізації державних послуг щодо процедури оцінювання права осіб на послуги у зв'язку з інвалідністю та їх правом на реабілітацію. Такі джерела, безумовно, мають аналітичні обмеження, у зв'язку з різними пріоритетами, але ми вирішили використовувати ці дані як джерело знань, оскільки вони розкривають основні наміри країн сталого розвитку та відповідних державних організацій, які підготували їх для соціального захисту осіб з інвалідністю. Для об'єктивності при обранні джерел інформації ми віддавали перевагу дослідженням, які проводились на замовлення визнаних міжнародних організацій, що опікуються і вивчають інвалідність у світі, зокрема: політичного департаменту Європейського парламенту, ВООЗ, Організації Об'єднаних Націй, ЮНІСЕФ, Всесвітнього банку, Європейської академії з вивчення проблем дитячої інвалідності та Disabled World (незалежне співтовариство інвалідів), Національної ради у справах інвалідів (NCD, США), і розміщалися на офіційних сайтах цих організацій [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Використовувались також наукометричні бази Scopus, Web of Science, Google Scholar та MedLine. Інформаційний пошук проводили з використанням 3 елементів схеми PICO, зокрема: досліджувана популяція, технологія, яка вивчалась, та альтернативні технології. Глибина пошуку становила 20 років, але ми також використали дані законодавчих актів країн світу, які мали більш раннє затвердження.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ) «Удосконалення науково-методичних підходів до визначення критеріїв обмеження життєдіяльності при наслідках травм і захворювань (у системі медико-соціальної експертизи)», 0121U100080, 2021-2024 рр. і затверджена комісією з питань біомедичної ети-

ки ДДМУ. У дослідженні використовували клінічний, аналітичний та статистичний методи. Дослідження за своїм видом було одноцентровим, когортним.

Уважаємо, що такий підхід дозволить осмислити міжнародний досвід і визначити найбільш оптимальні шляхи реформування української медико-соціальної системи щодо державної політики визнання людини особою з інвалідністю.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зрозуміло, що отримання статусу «особа з інвалідністю» методологічно має відмінності в різних країнах. Водночас, досить спорідненим є розуміння терміна «інвалідність», яке ґрунтується на понятті, ухваленому Конвенцією ООН [1]. Але для визначення цього статусу в особи потрібно визначитись з критеріями інвалідності. ВООЗ, наголошуючи на розумінні інвалідності як соціального явища, пропонує запроваджувати в державних системах визначення статусу «особа з інвалідністю» соціальні критерії порушення функціонування за МКФ, які можливо оцінити за показниками: здатність виконувати роботу, або працездатність; здатність до самообслуговування; здатність до пересування, або мобільність; здатність до навчання, орієнтації; здатність до контролю за своєю поведінкою; комунікативні можливості.

Більшість країн світу ідуть саме цим шляхом, вибираючи при цьому різні інструменти й методики оцінювання. Деякі країни вибрали для визначення інвалідності всі сім критеріїв ВООЗ, але більшість країн зробили акцент на здатність особи працювати (працездатність), оскільки саме ця функція дає можливість особі отримувати певний дохід і компенсувати більшість інших порушень, які впливають на формування інвалідності. Наприклад, купити за отримані на роботі кошти окуляри й компенсувати знижену можливість орієнтуватися в просторі. Або придбати самостійно слуховий апарат, спеціальне взуття тощо. Розглянемо методичні підходи деяких країн.

США. У Законі про інвалідність (ADA) особою з інвалідністю вважається людина, яка має 3 основні ознаки, зокрема: особа, яка має фізичний або розумовий розлад, що суттєво обмежує одну або кілька основних життєвих функцій; має медичні записи про таке захворювання; після огляду лікарів визнається такою, що має таке порушення (отримує статус) [13]. Процес визначення інвалідності здійснюється на рівні штатів мережею Служб визначення інвалідності штатів (DDS) та їхніх польових (обласних) офісів Управління соціального забезпечення (Social Security

Administration (SSA). За даними SSA, інвалідність може бути фізичною, розумовою або емоційною чи їх поєднанням. Шлях визнання ознак інвалідності в особі складається з п'яти кроків.

Крок 1. Фінансова перевірка. Заявник також проходить детальне опитування щодо свого функціонування з використанням, зокрема, анкет для визначення ознак інвалідності ВООЗ. Заявникам, чий зарібок перевищує порогову суму на цьому етапі, відмовляють у подальшому розгляді документів для визначення інвалідності.

Крок 2. Проведення комісійного оцінювання інвалідності у відділенні DDS за ступенем тяжкості і тривалості. Ступінь тяжкості визначають шляхом експертизи наслідків цього захворювання за наданими медичними документами. Критерій тривалості – це термін перебігу захворювання (порушення) не менше 12 місяців до звернення за умови, що захворювання (порушення) триватиме безперервно впродовж щонайменше 1 рік.

Крок 3. Медична експертиза осіб з найтяжчими порушеннями. Медичні докази наявності в заявника ознак інвалідності оцінюються з використанням систематизованих клінічних критеріїв, які включають понад 100 нозологічних форм (захворювань) та синдромів, затверджених державою. Якщо пацієнт не відповідає цим критеріям, пацієнт допускається до 4 кроку, бо може бути визначена інвалідність менш значних ступенів.

Крок 4. Експертиза працездатності. Визначається відповідність залишкових функціональних можливостей заявника його здатності виконувати попередню роботу. Оцінюють зазвичай роботи (посади), які вже виконував позивач раніше (упродовж 15 років до цього).

Крок 5. Експертиза здатності заявника виконувати будь-яку іншу роботу. Використовують набір таблиць (лікарсько-професійні настанови або професійні сітки) і профілі професійної медичної освіти.

Види інвалідності в США: постійна часткова непрацездатність і тимчасова повна непрацездатність.

Велика Британія. Законом про рівність 2010 р. визначено, що «особа вважається інвалідом, якщо у нього (неї) є фізичний або розумовий розлад, і цей розлад чинить істотний і довгостроковий несприятливий вплив на його (її) здатність виконувати звичайну повсякденну діяльність» [14]. Головний критерій інвалідності – ступінь зниження працездатності, яка визначається сумою балів за наявні функціональні порушення. Оцінюють функціональні порушення, які характеризують виконання роботи (працездатність), та порушення, які вини-

кають при виконанні повсякденних завдань. Їх характеризують: самообслуговування особи, загальні навички (такі як стояння і сидіння, спритність рук, виконання навчальних завдань), а також здатність до спілкування. Оцінювання відбувається за аналізом заповнених заявником певних анкет (опитувальників), у яких функціональні порушення включають фізичні та когнітивні дескриптори.

У Великій Британії 14,1 мільйона осіб повідомили про інвалідність, включно з 8% дитячого населення, 19% населення працездатного віку і 45% населення пенсійного віку [15].

Ізраїль. Відповідно до Закону про рівні права для осіб з обмеженими можливостями, 5758-1998, "особою з обмеженими можливостями" є особа з фізичними, психічними або інтелектуальними, зокрема когнітивними, порушеннями, постійними або тимчасовими, які суттєво обмежують її функціонування в одній або декількох основних сферах життя» [16]. Для визнання статусу «особа з інвалідністю» потрібно, щоб заявник відповідав таким умовам:

1) особа повинна бути резидентом Ізраїлю, віком від 18 років до пенсійного віку або "працюючим неповнолітнім" (від 16 до 18 років), «безпосередньо перед тим, як став непрацездатним»;

2) особа повинна або не працювати (не може працювати у зв'язку з тяжким станом) або, якщо працює – її дохід має бути не більше ніж 60% від середньої заробітної платні в державі;

3) особа повинна відповідати критеріям так званої «медичної інвалідності», зокрема: при наявності одного інвалідизуючого захворювання має бути зниження функціонального статусу від 40 до 60%; при наявності декількох тяжких станів здоров'я достатньо 25% зниження функції за одним з них;

4) особа повинна мати певний ступінь зниження працездатності. Зокрема: має бути зниження здатності підтримувати дохід до інвалідності не менше ніж на 50%. Водночас ступінь працездатності визначається як 60, 65, 74 або 100%.

За статистичними даними, у 2019 році особи з інвалідністю становили 17% населення країни [16].

Канада. Станом на 2017 рік, 6,2 млн жителів (22%) у віці старше 15 років – особи з інвалідністю [17]. Система встановлення інвалідності відрізняється від Європейських країн тим, що в Канаді для визначення ознак інвалідності немає конкретної міри зниження працездатності у відсотках або тижневої кількості годин роботи, яку може виконати особа. Замість цього так звані медичні судді, які є працівниками Пенсійного

плану Канади (державний заклад, який займається призначенням соціальних виплат), проводять глобальне експертне оцінювання функціональної спроможності особи про те, чи є його стан достатньо тяжким і чи буде він достатньо тривалим. Оцінювання проводять на основі медичної документації і функціональних звітів заявника (опитувальники інвалідності).

Середній строк відповіді на заяву – 120 днів.

За даними Генерального аудитора Канади (2016 р.) визначено, що із 70 тис. щорічних заяв на визначення інвалідності тільки 40% було схвалено після першого звернення [17].

Японія. Близько 7,6% населення Японії мають інвалідність. Серед них 3,5 млн у зв'язку з фізичними вадами; 2,6 млн через психічні захворювання; близько 0,5 млн через інтелектуальні порушення [18]. Державне визначення інвалідності декларує, що особа має інвалідність, якщо її повсякденне життя суттєво обмежене в довгостроковій перспективі через фізичні, інтелектуальні або психічні порушення. Цікаво, що непрацездатність або зниження заробітку у зв'язку з наявністю певних порушень (захворювань) не є обов'язковими умовами для отримання соціальної допомоги. Визначення ознак інвалідності ґрунтується на оцінках активності повсякденного життя (ADL) та показниках інструментальної (функціональної) оцінки ADL (I-ADL). Шкала ADL є незалежною і широко використовується в реабілітаційній медицині [19], урахувавши як індивідуальні, так й універсальні фактори. Оцінювання проводять шляхом аналізу результатів тестових заходів, що стосуються особистого життя пацієнта. Наприклад, незалежність дорослої особи вважається повною за умов, якщо вона не потребує сторонньої допомоги в повсякденному житті. Незалежність дитини оцінюють через його самостійність у побуті та в умовах шкільного життя.

Японія визнає три форми інвалідності, що засвідчується певним посвідченням особи з інвалідністю: фізична інвалідність, розумова інвалідність та психологічна інвалідність.

Інвалідність не визначається особам, старшим за 60 років.

Австралійська система визначення інвалідності реалізуються державною агенцією Services Australia. Система ґрунтується на оцінці працездатності особи за аналізом медичної документації та анкети самооцінки працездатності. Якщо особа відповідає критеріям "явної інвалідності", заявник одразу отримує право на пільги без подальшого оцінювання. Якщо ні – заявник зобов'язаний пройти додаткову медичну експертизу з

питань інвалідності в стаціонарі. Для визнання статусу «особа з інвалідністю» заявник повинен мати "одне або більше фізичне, інтелектуальне або психічне порушення/сукупність порушень, які загалом оцінюються у 20 балів" в Єдиній таблиці порушень, закріплених урядом Австралії [20]. Якщо особа набирає понад 20 балів, то її направляють до Програми підтримки. Це програма професійної реабілітації тривалістю 18 місяців, яка допомагає особам з інвалідністю підготуватися до повернення на роботу.

Франція. Частка осіб з інвалідністю в країні становить 24,6%, тобто близько 12 мільйонів громадян [21]. За державною системою визначення інвалідності у Франції особа може бути визнана особою з інвалідністю, якщо вона втратила щонайменше 66,66% працездатності або здатності заробляти гроші. Для визначення статусу «особа з інвалідністю» до цього часу використовують медичну модель. Визначають три рівні інвалідності:

- працездатність знижена за медичними показаннями;

- часткова непрацездатність (teilweise Erwerbsminderung), коли здатність особи виконувати будь-яку роботу зберігається від 3 до 6 годин на день, незалежно від місця роботи. Причому таке зниження працездатності повинно відбутися до подачі заявки на отримання допомоги;

- повна непрацездатність (volle Erwerbsminderung), коли здатність виконувати будь-яку роботу в особи зберігається менше 3 годин на добу [21].

Німеччина. Відповідальним органом у державі за визначення інвалідності є державна агенція Versorgungsamt des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (Відомство із соціальних питань Земельного відомства у справах охорони здоров'я та соціального забезпечення). Ступінь інвалідності (Grad der Behinderung (GdB)) – це ступінь зниження різних функцій організму, що призводить до обмеження можливості участі в суспільному житті і спричинений одним або декількома захворюваннями. Вимірюється у відсотках від 20% до 100%. Розрізняють такі ступені інвалідності:

- 0 ступінь інвалідності. Визначається особам з обмеженнями у виконанні повсякденних завдань, які потребують допомоги в основному догляді (мається на увазі гігієна тіла, харчування або мобільність) і в побуті.

- I ступінь інвалідності (Pflegestufe). Визначається при 25% втрати працездатності з потребою в догляді. До цієї групи можуть бути віднесені особи, які потребують допомоги у виконанні щонайменше двох дій з однієї або кількох сфер основного догляду щонайменше один раз на день.

Допомоги інших вони потребують кілька разів на тиждень. При цьому витрати часу на допомогу повинні складати в середньому не менше 1 години на добу; з цього часу – не менше 45 хв. має припадати на основний догляд.

- II ступінь (не тяжка інвалідність). Визначають при 50% втрати працездатності за умов потреби в значному сторонньому догляді, зокрема щонайменше тричі на день і в різний час (не регульована допомога). Кілька разів на тиждень таким особам потрібна допомога у веденні домашнього господарства. При цьому витрати часу на допомогу мають становити не менше 3 годин на добу; з цього часу – не менше 2 годин має припадати на основний догляд.

- III ступінь, або тяжка інвалідність (Schwerbehindertenausweis). Визначається при 50% втрати працездатності й вище за умов необхідності потреби в цілодобовій допомозі інших [22].

За даними Федерального статистичного управління, на кінець 2019 р. осіб з інвалідністю налічувалось приблизно 7,9 млн осіб, тобто 9,5% від загальної чисельності населення. Однак ця цифра включає тільки осіб, яким пенсійне управління присвоїло ступінь інвалідності не нижче 50% (тяжка інвалідність) [23].

Люксембург. У доповіді держави Комітету про права осіб з інвалідністю ООН зазначено, що в національному законодавстві не існує універсального визначення інвалідності. Пільги та соціальні виплати різняться залежно від типу порушення та ситуації. Існують конкретні заходи і форми фінансової допомоги, зокрема виплати особам з тяжким ступенем інвалідності, і соціальні заходи щодо компенсації інвалідності (наприклад, паркувальні дозволи для інвалідів, карти пріоритету та інвалідності, а також голосування поштою), які стосуються різних сфер життя» [24].

Установлення інвалідності відбувається після розгляду справи заявника медичною комісією державного закладу «Агентство з розвитку зайнятості». Комісія встановлює відсоток зниження працездатності особи шляхом оцінювання медичного висновку лікаря-куратора. Медичний висновок заповнюється відповідно до державних рекомендацій і містить висновки декількох спеціалістів відповідно до патології особи. Статус інваліда (або особи з обмеженими можливостями) визначається за умов, якщо заявник має зниження працездатності щонайменше на 30% [25]. Соціальним і обов'язковим критерієм є визначення в заявника потреби в допомозі інших осіб з основними повсякденними справами щонайменше 3,5 годин на тиждень.

Нідерланди. Частка осіб з інвалідністю становить 25,4% [26]. Відповідно до Закону про інвалідність (WIA), особа з інвалідністю – особа, яка може працювати на голландському ринку праці, але не виживе без державної підтримки. Право на соціальні виплати мають ті особи, які у зв'язку з наявністю певного захворювання не можуть впродовж 2 років отримувати більше 65% заробітної платні від своєї попередньої зарплати [26].

Система визначення інвалідності складається з двох основних етапів. Перший етап – визначення залишкової функціональності заявника. Другий етап – оцінка можливості особи виконувати роботу з урахуванням віку, освіти та досвіду роботи. Унікальність досвіду цієї країни полягає в тому, що в цьому аналізі використовується державна база, яка містить 5500 профілів робочих місць, з детальним описом завдань, функціональних та освітніх вимог до цих реальних робочих місць. Такий стандартизований підхід до професійних рекомендацій не використовують більше в жодній з країн світу.

Ісландія. За визначення інвалідності особам у віці з 18 до 67 років, які до подачі заяви прожили в державі не менше 3 років, відповідає агенція Department of Employment Affairs and Social Protection (Tryggingastofnun). Оцінювання функціональної спроможності пацієнта проводиться шляхом аналізу заповненої анкети самооцінки працездатності «Оцінка особистих здібностей» та медичного висновку лікаря-куратора, який містить інформацію про хворобу або наявну інвалідність, сімейний стан, освіту, місце роботи заявника й оцінку того, чи є заявник повністю або частково непрацездатним. Оцінювачем в ісландській системі є лікар Адміністрації соціального страхування, який має право направити заявника до медичної клініки для проходження обстеження й експертизи стану. Медичним критерієм є відсоткове зниження працездатності, при мінімальному рівні 75% [27].

Повні соціальні виплати передбачено у випадку обов'язкового проживання в країні 40 років.

Час опрацювання першої заяви зазвичай становить 14 тижнів.

Італія. У 2013 році близько 13 млн осіб віком старше 15 років мали функціональні обмеження, інвалідність або серйозні хронічні захворювання. Загалом це 25,5% постійного населення тієї ж вікової групи [28].

Основні критерії, які використовуються для оцінювання права на отримання допомоги з інвалідності в Італії, це: ступінь порушення працездатності (1) та функціонування особи (2). Перший критерій вимірюється за допомогою медичних

критеріїв (оцінок, описів, висновків, діагнозів). Це вимірювання проводять спеціальні комісії при місцевих органах охорони здоров'я або судово-медичні комісії. Другий критерій визначає можливість виконувати повсякденні завдання або здатність до самообслуговування. Його також оцінюють за допомогою медичних критеріїв, зокрема: шкала Катца, шкала Бартела, модифікована шкала Ренкіна, шкала самооцінки повсякденних можливостей життя Мертон і Саттон, шкала Ватерл, індекс мобільності та інші.

Інвалідність виражається у відсотках від нормальної працездатності з дворівневою градацією з різними сумами соціальної допомоги і пільг:

- від 66% до 99% непрацездатності (assegno ordinario d'invalidità, (AOI));

- 100% непрацездатності (pensione di inabilità) – особа, що не може бути реабілітована та абілітована (не може бути повернута в суспільство і на будь-яку роботу) [28].

Португалія. Визначення інвалідності відбувається на основі оцінювання фізичного, сенсорного та психічного функціонування, загального стану, віку, професійних навичок та залишкової працездатності.

Визначається інвалідність відносна або абсолютна. Відносна інвалідність визначається за умов:

- 66,66% зниження здатності без обмежень виконувати поточну роботу;

- особа не може заробляти на своїй роботі більше однієї третини попередньої заробітної плати;

- особа не може відновити впродовж 3 років свою здатність заробляти більше 50% від поточної заробітної плати.

Абсолютна інвалідність визначається за умов 100% постійної й остаточної нездатності виконувати будь-яку трудову діяльність. Це означає, що особа з інвалідністю не може повернутися до роботи, доки їй не виповниться 65 років [29].

Іспанія. До 2022 року єдиним критерієм визначення інвалідності в країні було визначення в заявника щонайменше 33% втрати професійної працездатності. У 2022 році уряд держави, ідучи по шляху реформування системи і спираючись на біопсихосоціальну модель МКФ, яка розглядає порушення функціонування людини на основі біологічних, психологічних та соціальних факторів, втілює у практику нову шкалу інвалідності. До функціональних аспектів, які підлягають оцінці з 2022 року відповідно до МКФ, належать: самообслуговування (одягання, харчування, уникнення ризиків, догляд за собою та особиста гігієна); інші види повсякденної діяль-

ності (спілкування); фізична активність (вставання, одягання, лежання, перенесення, піднімання, штовхання); сенсорні функції (слух і зір); мануальні функції (хапання, утримання і стискання); транспорт; сексуальна функція; сон і соціальна діяльність [4]. Ці види діяльності оцінюються на основі специфічних критеріїв оцінювання для різних патологій, на які страждає людина: дихальної системи, зорового апарату, мови тощо. Крім того, беруться до уваги соціальні фактори, які перешкоджають їхній інтеграції: сімейні (серйозні проблеми в членів сім'ї або відсутність відповідальних членів сімейного осередку); економічні (оцінюються на основі мінімальної професійної заробітної плати); трудові (залежно від віку та ситуації з працевлаштуванням (для осіб з інвалідністю, несумісною з будь-якою трудовою діяльністю, цей фактор не оцінюється)); культурна (залежно від рівня освіти розрізняють депресивну, неповноцінну, первинну та звичайну культурну ситуацію); навколишнє середовище (оцінюються такі аспекти, як відсутність або ускладнений доступ до ресурсів охорони здоров'я, житлові труднощі, архітектурні та/або комунікаційні бар'єри та проблеми соціального відторгнення).

З 2022 року шкала визначення інвалідності докорінно відрізняється від критеріїв інших країн тим, що визначення інвалідності передбачає присвоєння кожному заявнику певного ступеня постійної непрацездатності, яких у державі є чотири.

1. Часткова стійка втрата працездатності (відповідає втраті 5-24% функціональності за МКФ на фоні стійких і тривалих розладів (захворювань)). До цієї групи включають осіб з помірними труднощами у виконанні роботи; може бути повне обмеження або неможливість її виконання у будь-якій сфері (професії). При цьому людина залишається незалежною в самообслуговуванні.

2. Повна стійка втрата працездатності – інвалідність (25-49% за МКФ). До цієї групи можуть бути включені особи зі значними труднощами у виконанні роботи. У них також спостерігається повне обмеження або неможливість її виконання в будь-якій сфері, включаючи самообслуговування.

3. Повна постійна інвалідність (50-95% за МКФ). До цієї групи можуть належали особи, які мають значні труднощі у виконанні основних категорій життєдіяльності. У них спостерігається повне обмеження або неможливість їх виконання в будь-якій сфері, обов'язково в самообслуговуванні.

4. Абсолютна постійна, тяжка інвалідність (96%-100% за МКФ). До цього ступеня/класу належать особи з повною недієздатністю, немож-

ливiстю виконання майже всiх категорiй життєдiяльностi. Обов'язково в такiй особi наявна повна нездатнiсть до самообслуговування та/або повна залежнiсть вiд допомоги iнших осiб [7].

Заява позивача та додатковi медичнi документи подаються до державної установи Нацiонального iнституту соцiального забезпечення (INSS), де група лiкарiв з оцiнювання непрацездатностi (Equipo de Valoraci3n de Incapacidades (EVI) – ранiше ця група називалася «Медичний трибунал») – узагальнюють функцiональнi порушення за МКФ та медичнi докази наявностi iнвалiдностi [30].

Польща. У груднi 2021 року в державi налiчувалося 2,3 мiльйона осiб з iнвалiдностю [31]. Державна система визначає iнвалiднiсть в аспектi непрацездатностi. Для надання статусу iнвалiда в Польщi iснують спецiальнi органи – Комiсiї з оцiнки iнвалiдностi (Zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności) двох рiвнiв – пов'язовi та воєводськi, якi складаються щонайменше з двох осiб, з яких одна (голова) обов'язково має бути лiкарем. Другою може бути педагог, психолог, соцiальний pracivник, консультант з питань кар'єри або iнший лiкар. Максимальна кiлькiсть членiв комiсiї не регламентується. Рiшення ухвалюється в присутностi заявника через 30 або 60 днiв пiсля отримання всiх документiв.

Чехiя. Частка осiб з iнвалiдностю становить 20,2% [32]. Система визначення iнвалiдностi сьогоднi зосереджена на визначеннi ступеня втрати працездатностi та очiкуваного довгострокового термiну такого стану. Мiнiмальний рiвень втрати працездатностi, достатнiй для визначення пацiєнта особою з iнвалiдностю, є 35% при мiнiмальному строку тривалостi порушення не менше 12 мiсяцiв. В експертизи лiкар оцiнює також здатнiсть до вiдновлення для продовження роботи за спецiальностю та/або можливiсть проходження переквалiфiкацiї/навчання iншого виду оплачуваної дiяльностi.

У 2022 році розпочалася масштабна реформа системи визначення iнвалiдностi на засадах МКФ. Сьогоднi запропоновано новi ступеневi пiдходи до визначення iнвалiдностi при реалiзацiї рiзних сторiн життєдiяльностi особи вiдповiдно до МКФ. Наприклад, якщо порушено працездатнiсть застрахованої особи, вiдповiдно до Закону про соцiальнi послуги № 108/2006 та Указу № 505/2006 Coll. Чеської республiки визначають:

- iнвалiднiсть I ступеня – зниження працездатностi щонайменше на 35%, але не бiльше нiж на 49%;
- iнвалiднiсть II ступеня – не менше нiж на 50%, але не бiльше нiж на 69%;

- iнвалiднiсть III ступеня – щонайменше на 70% [33].

Болгарiя. Установлення iнвалiдностi вiдбувається вiдповiдно до Кодексу соцiального страхування. Агентство у справах людей з iнвалiдностю проводить оцiнювання стану здоров'я громадян на iндивiдуальнiй основi та визначає рiвень державної пiдтримки, якi вони потребують. Право на соцiальнi виплати за iнвалiдностю дає зниження працездатностi на 50-90%, а також потреба в постiйнiй допомозi [34].

Хорватiя. Оцiнювання проводиться на пiдставi державного керiвництва «Декрет про експертизу» [35]. Методологiя оцiнювання складається з двох етапiв вимiрювання. Перший етап – оцiнка анатомiчних порушень (медичний критерiй). Другий етап – визначення вiдповiдностi функцiонального стану особи державному перелiку форм iнвалiдностi та порушень функцiональних можливостей. Мiнiмальний рiвень зниження працездатностi – 50% [35].

Словенiя. Основний критерiй, що використовується для визначення iнвалiдностi i нарахування соцiальної допомоги, – ступiнь втрати працездатностi. У краiнi iснує 3-ступенева система категорiй iнвалiдностi:

- категорiя I: здатнiсть займатися будь-якою оплачуваною трудовою дiяльностю повнiстю втрачена;
- категорiя II: працездатнiсть знижена на 50% i бiльше;
- категорiя III: працездатнiсть на повний робочий день знижена, але вiдповiдна особа може працювати на iншiй роботi з отриманням доходу, який дорiвнює попередньому [36].

Латвiя. Право на пенсiю з iнвалiдностi (Invaliditātes pensija), вiдповiдно до Закону про iнвалiднiсть [37], осiб у вiцi вiд 18 рокiв до пенсiйного вiку, пов'язано з визначеним ступенем втрати працездатностi при мiнiмальному рiвнi 25%.

Литва. Основний критерiй iнвалiдностi – ступiнь втрати працездатностi. Його визначають шляхом оцiнювання медичного, функцiонального та професiйного стану особи. Професiйнi умови оцiнюють за заповненою позивачем анкетою особистої активностi та анкетою, яка надається лiкарем-куратором. Для отримання права на пенсiю з непрацездатностi (Neteko darbingumo pensija) державою визначено мiнiмальний рiвень непрацездатностi – 45%. У висновках комiсiї втрату працездатностi особи виражають як повну (вiд 75 до 100%) та часткову (вiд 45 до 75%) [35].

Естонiя. Основний критерiй iнвалiдностi – також втрата працездатностi, але мiнiмальний рiвень вiдсутнiй. Особи з iнвалiдностю за держав-

ною системою можуть бути оцінені як частково працездатні або непрацездатні [35]. Під час процесу оцінювання визначається стан здоров'я особи відповідно до статі і віку та обмеження (захворювання), які впливають з нього. Оцінка інвалідності базується на вибраних засадах МКФ. Зокрема, оцінювання функціонування та активності проводиться не в розумінні реалізації (діяльності або результату діяльності), а в розумінні потенційної здатності (що може особа робити при наданні засобів реабілітації) [4].

ВООЗ визнає інвалідність як глобальну проблему в розрізі питання прав людини і пріоритетів у галузі охорони здоров'я [1, 3]. Розглядаючи різні системи визначення інвалідності, можливо виділити риси, які є загальними, і ті, які розрізняють державні підходи до цього питання. Найчастіше державна політика у сфері інвалідності в більшості країн погоджується із соціальним тлумаченням цього терміна, запропонованого Конвенцією ООН, і в тому чи іншому вигляді приймає це визначення як державне: «особа з інвалідністю – це особа зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їй (особи) ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими». У подальшому, при виборі затверджених законодавчо ознак інвалідності не всі країни визначають наявні порушення заявника відповідно до всіх критеріїв життєдіяльності особи. Сповідуючи політичне тлумачення інвалідності, держава, як єдиний захисник незахищених верств населення, бажаючи відшкодувати особам з інвалідністю збиток, пов'язаний з інвалідністю, оцінює найважливішу за цим принципом ознаку життєдіяльності – здатність особи до праці (працездатність). До таких держав належать США, Ізраїль, країни Євросоюзу, Велика Британія. Справедливо зазначити, щодо визначення цієї ознаки ці країни підходять досить індивідуально, враховуючи при винесенні рішення індивідуальні характеристики особи: вік, освіту, професію.

Аналіз та узагальнення даних дослідження визначив три основні складові, які підлягають оцінюванню при визначенні інвалідності: економічна складова (чи може особа забезпечити себе матеріально), медична (біологічні зміни, що пов'язані з наслідками захворювань, травм, або вади) і соціальна (здатність до реабілітації та абілітації, у першу чергу – повернення до праці). Інструментами для оцінки економічної складової слугують політично визначені державні рівні достатнього фінансового рівня особи. Так, у США визначають, чи становить заробіток позивача

вище певної суми на місяць. У цій державі для різних груп населення цей поріг різний, але найчастіше він становить 700 доларів США [13]. В Ізраїлі з початку 60-х років це був прожитковий рівень, після 1996 року – цей поріг відповідає середній заробітній платні в країні [16]. Цей поріг в Ізраїлі станом на 1 січня 2023 р. дорівнював 7 122 шекелів.

Біологічна або медична складова оцінюється за медичними документами особи. Чітко усвідомлюючи, що етіологічним фактором виникнення порушень функціонування в особі є біологічна причина (захворювання, дефект, вада – як відступ від норми), стає зрозумілим, що тільки медичний працівник – лікар може оцінити тяжкість процесу і прогноз для працездатності та життя. Найважливішим висновком дослідження є розуміння того, що всі країни Європейського Союзу, США, Канада, країни Великої Британії, а також країни, що активно розвиваються (країни Балтії, Польща, Чехія), у процес установаження інвалідності активно залучають лікарів або інших спеціалістів з галузі охорони здоров'я. В Іспанії цю функцію до недавнього часу виконували медичні сестри-експерти з вищою освітою [7].

Потрібно підкреслити, що у всіх країнах висновки щодо статусу «особа з інвалідністю» ґрунтуються на даних висновків лікарів-кураторів. Деякі країни мають певні, затверджені державою форми таких висновків, які лікарі повинні заповнити (Польща, країни Балтії). Деякі керуються висновками довільної форми (США, Британія). Більшість країн світу (США, Іспанія, Італія) надають право комісіям, що визначають статус «особа з інвалідністю», використовувати медичні документи пацієнтів та їх родичів або навіть направляти запити в заклади охорони здоров'я щодо додаткових документів. Для того, щоб розрахувати відсоток інвалідності, основними факторами, які беруться до уваги, є медичні висновки. Закон про соціальне забезпечення США вимагає, щоб пацієнти за допомогою медичної документації довели, що вони не тільки погано почуваються (тривалість захворювання, частота загострень, частота звернень до лікаря, стаціонарне лікування) та не можуть вести будь-яку постійну трудову діяльність (мають довгостроковий період лікування з невиходами на роботу), а й те, що впродовж щонайменше 12 місяців будь-яка суттєва оплачувана трудова діяльність для пацієнта неможлива (значні та дуже виражені порушення здоров'я) [13].

Часто таким комісіям надається також право направлення пацієнта на додаткове дослідження, у тому числі в стаціонарі.

Таким чином, більшість країн, проводячи оцінювання ознак інвалідності, не покладаються лише на самооцінку, а залучають професійну експертизу.

Соціальна складова оцінюється за допомогою медичних шкал та опитувальників і соціальних самоопитувальників. Активне застосування медичних шкал дозволяє використовувати елементи доказової медицини в аналізі стану заявника. Наприклад: шкала Катца, шкала Бартела, модифікована шкала Ренкіна, шкала самооцінки повсякденних можливостей життя Мертон і Саттон, шкала Ватерл, індекс мобільності, експрес-оцінка когнітивних здатностей (Rapid Cognitive Screen), опитувальник DN4 для діагностики видів болю, шкала «Функціональний індекс стопи» (FFI), шкала «Оцінка м'язової сили» та численні інші. Деякі країни віддають перевагу так званим самоопитувальникам, які вивчають функціональну спроможність заявника (короткий опитувальник щодо функціональних здібностей Вашингтонської групи (ВГ-КО), опитувальник оцінки дитячої інвалідності (PEDI), опитувальник індексу інвалідності Освестрі (ODI), діагностичний тест самостійної ходьби (SPWT), шкала активності Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) та інші) [38, 39]. Пацієнт сам відповідає на певні запитання, які потім аналізують лікар, лікарська комісія або досвідчені медичні працівники (Британія, Люксембург, Ізраїль). Існує інша група країн, які при оцінюванні функціонального стану пацієнта використовують опитувальники, що вивчають якість життя особи та активність з позицій МКФ, зокрема: індекс активності Бартела, опитувальник якості життя ВООЗ-100 або SF-36 та таблиця оцінювання обмеження життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 2.0) [40]. До цієї групи належать Іспанія, Естонія, Британія.

Як ми бачимо, досить часто ці групи перетинаються. Уряди цих країн, прагнучи всебічно, максимально об'єктивно оцінити функціональну спроможність особи, пускають у дію всі доступні інструменти. Потрібно зазначити, що опитувальники й самоопитувальники, які пропонуються медичною спільнотою, проходять потужну валідацію і мають досить високу доказову базу [39, 40]. Водночас потрібно погодитись, що політичний підхід, а саме застосування простих скринінгових запитань (базова форма самооцінки), які включаються в соціальні опитування та анкети переписів населення, дають знання достатньо високого рівня доказовості щодо наявних ознак інвалідності в популяції і їх поширеності. При цьому окремі країни використовують альтернативні МКФ бальні

шкали для вимірювання функціонування або визначення потреби в допомозі. Так, у Бельгії існують шкали для визначення допомоги з догляду: особа, яка набрала 11 балів за шкалою автономії, може мати право на допомогу третьої сторони. У Німеччині для базового рівня потреби в догляді необхідно набрати щонайменше 12,5 балів [22]. У Чехії за подібними шкалами повинна бути потреба в допомозі у трьох з десяти основних категорій життєдіяльності.

Продовжуються також пошуки відповідності медичних і медико-трудова ознак інвалідності біопсихосоціальним критеріям за МКФ [41].

Важливо підкреслити, що, усвідомлюючи, що процес визнання заявника особою з інвалідністю є багатограним процесом визначення різних складових (біологічно-медичної, соціальної, трудової, психологічної), та визнаючи необхідність у процесі експертизи формування рекомендацій щодо реабілітації, соціалізації та абілітації осіб з інвалідністю, практично всі країни ідуть по шляху створення комісійних оглядів таких позивачів, ґрунтуючись на мультидисциплінарному підході. Такий підхід гарантує винесення максимально індивідуальних рекомендацій щодо можливостей медичної реабілітації (залучення лікарів) та відновлення працездатності в конкретних умовах трудового ринку (залучення спеціалістів – соціальних працівників).

Основним критерієм інвалідності в більшості країн є ступінь зниження працездатності (Канада, Ізраїль, країни Балтії, США, країни старої Європи), частіше маючи мінімальний ступінь для визначення інвалідності (Німеччина, Франція, США, Литва, Латвія, Британія). Поріг відповідності інвалідності в різних країнах достатньо різниться: від 20% в Люксембурзі [24] до 75% в Ісландії та 66,6% в Італії [27, 28] і частіше зумовлений економічною здатністю країни до відшкодування.

Обов'язково при визнанні заявника особою з інвалідністю проводиться оцінювання його реабілітаційного потенціалу, у першу чергу працездатності. Оцінювання для підтримки подальшого працевлаштування може бути проведено лікарем відповідно, наприклад, до гігієнічних характеристик, затверджених державою. У цьому сенсі достатньо цікавим є досвід Нідерландів. Унікальність досвіду цієї країни полягає у створеній державній базі профілів практично всіх робочих місць держави. Такий стандартизований підхід до професійних рекомендацій не використовують більше в жодній із країн світу.

В інших випадках можливість подальшої роботи може бути оцінена фахівцем з праце-

влаштування в контексті фактичних робочих місць та можливостей працевлаштування (за умов підготовки в державі подібних фахівців).

При оцінюванні зниження працездатності, як правило, враховується фактичне місце роботи особи, її індивідуальне робоче середовище, а не лише функціонування людини. Приклади таких підходів виявлено в Нідерландах, Німеччині, США, Канаді. Такий підхід є позитивним. Він дозволяє визначити оцінку діапазону доступних робочих місць на ринку праці та оцінити фактичний досвід і можливості конкретної особи на ринку праці.

Отже, з поданого матеріалу стає зрозумілим, що вибір та розробка оптимальних підходів до визначення ознак інвалідності значною мірою залежить від контекстуальних чинників на рівні країни. На них впливають політика та політичні цілі, соціально-економічні умови країни, ресурси, які можливо задіяти в програмах реабілітації й абілітації осіб з порушенням функціонування. Хоча мало ймовірно, що можливо розробити ідеальну систему, вільну від упереджень і недоліків, вважаємо, що запропонований порівняльний огляд різних систем оцінювання функціонального стану особи стане цінним при визначенні політичних і соціальних цілей щодо реформаторських змін медико-соціальної системи України.

ВИСНОВКИ

1. У дослідженні з'ясовано, що за визначення статусу «особа з інвалідністю» у країнах сталого розвитку (США, Велика Британія, Канада, Ізраїль, Іспанія, країни Євросоюзу) відповідає єдиний державний орган. Це зумовлено тим, що соціальні виплати у зв'язку із настанням стійкої інвалідності забезпечуються державою.

2. Установлено, що більшість країн світу (Велика Британія, Ісландія, Австралія, країни Євросоюзу) при встановленні статусу «особа з інвалідністю» запровадила мультидисциплінарний склад комісій. В ухваленні рішення, окрім лікаря, обов'язково беруть участь соціальні працівники і працівники, які знаються на питаннях абілітації. Це стосується визначення професій-

них рекомендацій особі з використанням індивідуального підходу на основі знань щодо вимог до певних робочих місць й особливостей ринку праці.

3. У дослідженні визначено 3 основні складові, які оцінює більшість розвинених країн світу при визначенні інвалідності: економічна, медична і соціальна. Інструментами для оцінювання економічної складової слугують політично визначені державні рівні достатнього фінансового рівня особи, які є різними для кожної країни. Медична складова оцінюється за медичними документами особи на момент звернення за встановленням статусу, а також упродовж захворювання. Соціальна складова оцінюється за допомогою медичних шкал та опитувальників, а також соціальних самоопитувальників. В експертизі здоров'я при переході до опису стану особи за МКФ перевага віддається таблиці оцінювання обмеження життєдіяльності ВООЗ (WHODAS 2.0).

4. З'ясовано, що як основний критерій інвалідності провідні країни світу вибрали ступінь зниження працездатності. Це зумовлено тим, що отримання коштів за роботу різного рівня кваліфікації, тяжкості чи напруження дає змогу в певній мірі покрити виниклі особові потреби при настанні інвалідності. Важливо підкреслити, що державні системи ні в одній країні світу не забороняють особам з інвалідністю працювати і всіляко сприяють трудовій реабілітації та абілітації.

5. Установлено, що єдина країна світу – Іспанія з 2022 року при визначенні ознак інвалідності повністю перейшла на критерії Міжнародної класифікації функціонування, покладаючи в основу тяжкості стану особи як ступеня інвалідності зниження функціонування особи у відсотках. Деякі країни Європи (Чехія, Естонія) при встановленні статусу «особа з інвалідністю» використовують вибіркові категорії МКФ. Частіше це – порушення працездатності та самообслуговування і залежність від сторонньої допомоги.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Disability [Internet]. World Health Organization [cited 2023 May 06]. Available from: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

2. Okoro CA, Hollis ND, Cyrus AC, Griffin-Blake S. Prevalence of Disabilities and Health Care Access by Disability Status and Type Among Adults – United

States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Aug 17;67(32):882-7.

doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a3>

3. World report on disability [Internet]. World Health Organization. 2011 [cited 2023 Jul 15]. 28 с. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/87365>

4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001. p. 3-29.
5. [On the approval of the national classifier NK 030:2022. Order of the Ministry of Economy of Ukraine dated 2022 Apr 9, No. 810-22]. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 06]. Ukrainian.
6. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank Poverty Assessments and implications. *ALTER-European Journal of Disability Research*. 2009;3(3):219-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.10.002>
7. Braña J-P, Antón J-I. Poverty, disability and dependency in Spain. *Spanish Economy Papers*. 2011;29:14-26.
8. Cullinan J, Lyons S. The private economic costs of adult disability. In: Cullinan J, Lyons S, Nolan B, eds. *The Economics of Disability: Insights from Irish Research* [Internet]. Manchester University Press; 2015 [cited 2023 Jul 06]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322445042_The_economics_of_disability_Insights_from_Irish_research
9. İpek E. The costs of disability in Turkey. *Journal of Family and Economic Issues*. 2020 Sep 03;41(2):229-37. doi: <https://doi.org/10.1007/s10834-019-09642-2>
10. Loyalka P, Liu L, Chen G, Zheng X. The Cost of Disability in China. *Demography*. 2014;51(1):97-118. doi: <https://doi.org/10.1007/s13524-013-0272-7>
11. Tibble M. Review of Existing Research on the Extra Costs of Disability. Department for Work and Pensions Working Paper No. 21. Leeds: Corporate Document Services; 2005. 56 p.
12. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). Education for all global monitoring report: Reaching the marginalized (Paris) [Internet]. 2010 [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.unesco.org/gem-report/en/reaching-marginalized>
13. Francis L, Silvers A. Perspectives on the Meaning of "Disability". *AMA Journal of Ethics*. 2016;18(10):1025-33. doi: <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.10.pf0r2-1610>
14. Disability in the United Kingdom [Internet]. Wikipedia. [cited 2023 Aug 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Disability_in_the_United_Kingdom
15. Definition of disability [Internet]. Australian Government. 2019 [cited 2023 Feb 25]. Available from: <https://www.apsc.gov.au/working-aps/diversity-and-inclusion/disability/definition-disability>
16. Barlev L, Pur Y, Bachar Y. People With Disabilities in Israel 2021. Facts and Figures [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://www.thejoint.org.il/wp-content/uploads/2021/12/People-With-Disabilities-in-Israel-2021-Facts-and-Figures.pdf>
17. The Ultimate CPP Disability Guide. Disability Credit Canada [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://disabilitycreditcanada.com/ultimate-cpp-disability-guide/>
18. Annual Report on Government Measures for Persons with Disabilities (Summary) 2020. Cabinet Office [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www8.cao.go.jp/shougai/english/annualreport/2020/index-pdf.html>
19. Khachisuka K. [State of the rating scale in rehabilitation medicine]. *Reabilitatsiya Igakukhkusë*. 2003. p. 58-63. Russian.
20. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. Health at a glance: Europe 2016: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
21. [Disability in France: figures and statistics revealed by the DREES]. [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 25]. France. Available from: <https://www.mydl.fr/le-handicap-en-france-chiffres-et-statistiques-reveles-par-la-drees/>
22. Disability and chronic disease. About one in every six people in Germany lives with a severe disability or chronic disease. Federal Anti-Discrimination Agency [Internet]. [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/EN/about-discrimination/grounds-for-discrimination/disability-and-chronic-disease/disability-and-chronic-disease-node.html>
23. Mediathek. Unsere digitalen Angebote finden Sie hier gebündelt. Videos, Podcasts, Bildergalerien und Webdokus [Internet]. [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://www.bmas.de/DE/Service/Mediathek/mediathek.html>
24. European Health Interview Survey (EHIS) [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2018 [cited 2023 Mar 15]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_det_esms.htm
25. Disability statistics: prevalence and demographics. In: Statistics explained [website]. [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2015 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/34409.pdf>
26. Letter to the Parliament. Nederlandse internationale inzet voor persons with a disability. Dutch international efforts for persons with a disability [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/02/kamerbrief-over-nederlandse-internationale-inzet-voor-mensen-met-een-beperking>
27. Disability [Internet]. Tryggingastofnun [cited 2023 May 25]. Available from: <https://www.tr.is/en/disability>
28. Arconzo G. La normativa a tutela delle persone con disabilità nella giurisprudenza della Corte costituzionale. *Universita e persone con disabilità. Percorsi di ricerca applicati all'inclusione a vent'anni dalla legge*, No. 104 del 1992. Milano: Franco Angeli; 2013. p. 17-32.
29. Global health data exchange. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 23]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
30. Citarella A, Sanchez Iglesias AI, Gonzalez Ballesler S, Gentil Gutierrez AA, et al. [Being disabled persons in Spain: policies, stakeholders and services]. *Revista INFAD de Psicología*. 2020;1(1):507-16. Spanish. doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1869>

31. Brana J-P, Anton J-I. Pobreza, discapacidad y dependencia en Espana. *Papeles de Economia Espanola*. 2011;29:14-26.
32. Disabled people in 2021. Statistics Poland [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://stat.gov.pl/en/topics/living-conditions/social-assistance/disabled-people-in-2021,7,3.html>
33. European comparative data on Europe 2020 & people with disabilities. Leeds: Centre for European Social and Economic Policy; (Final report for the Academic Network of European Disability Experts) [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1569&context=gladnetcollect>
34. Rabinovich L. Work Capacity Assessments for Disability Benefit Determinations: An International Comparison. Ann Arbor, MI. University of Michigan Retirement and Disability Research Center (MRDRC) Working Paper; MRDRC WP 2021-438 [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 05]. Available from: <https://mrdrc.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp438.pdf>
35. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-602. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
36. Vardakastanis I. Shaping the EU agenda for disability rights 2020-2030: a contribution from the European Economic and Social Committee (own-initiative opinion) SOC/616 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/shaping-eu-agenda-disability-rights-2020-2030-contribution-european-economic-and-social-committee-own-initiative-opinion>
37. Statistical Office of the Republic of Slovenia [Internet]. [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://www.stat.si/StatWeb/en/News/Index/7715>
38. World Bank. Disability Policy and Disability Assessment System in Latvia [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 05]. Available from: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/9799/download>
39. Galvin JE, Tolea MI, Rosenfeld A, Christophonte S. The Quick Physical Activity Rating (QPAR) scale: A brief assessment of physical activity in older adults with and without cognitive impairment. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0241641. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241641>
40. Pereira LA, da Silva AG, Hemanny C, de Jesus R, Moromizato M, Vieira T, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Behavioral Activity Rating Scale (BARS) for the Brazilian population. *Trends Psychiatry Psychother*. 2023;45:e20210310. doi: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0310>
41. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 25]. Available from: http://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/
42. Prodinger B, Stucki G, Coenen M, Tennant A. The measurement of functioning using the International Classification of Functioning, Disability and Health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disabil Rehabil*. 2019 Mar;41(5):541-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381186>

Стаття надійшла до редакції 23.10.2023;
затверджена до публікації 24.04.2024

