

ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ ТА НА ПОЛТАВЩИНІ

Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи

(м. Полтава)

Становлення медико-соціальної експертизи в Україні тісно пов'язане з розвитком цього напрямку медичної галузі в Російській імперії, а згодом в Радянському Союзі. У своєму розвитку медико-соціальна експертиза пройшла ряд етапів у відповідності з тими конкретними завданнями, які перед нею ставила держава у той чи інший історичний період [1].

Одним з перших відомих документів, що зобов'язував опікуватись нужденними в сторонній допомозі була грамота видана в 996 році св. Володимиром, в якій він доручив церкві забезпечити «покровительство и попечение» всіх нужденних і вказав ті установи, які повинні були слугувати реалізації покладених на церкву обов'язків, а саме: готелі, притулки, лікарні тощо [1,2].

Витоки медико-соціальної служби беруть початок з XVIII століття, коли відповідно до указу імператора Петра 1 № 1856 від 8 червня 1701 року «Об определении в домовия Святейшого Патриарха богадельни нищих, больных и престарелых» на всій території Російської імперії почали створюватися богадільні для жебраків, хворих та престарілих [3,4].

Значний вплив на подальше становлення служби мала Полтавська битва 1709 року. Саме ця подія стала знаковою у тогочасній історії й багато в чому визначила шляхи розвитку соціальної політики і медико-експертної діяльності, в тому числі на території Полтавщини. Згідно з указом Петра 1 1711 року у м. Кременчуці було відкрито полковий «гошпиталь» – заклад суспільного піклування для інвалідів, постраждалих під час військових баталій на першому етапі Північної війни.

Вагомий внесок у розвитку соціального захисту та благодійництва було зроблено у період правління Катерини II (1762-1796 рр.). Державою допускалася грошова допомога нужденним (тим, «кои не могут приобрести работою своё пропитание»), за її коштів створювалися народні школи, сирітські будинки, богадільні, заклади для невиліковно хворих, інші благодійні установи суспільного призначення [4].

Згідно з Указом 1762 року з'являється «инвалидно-поселенное призренье» або прообраз класифікації інвалідності, за яким починають класифікувати офіцерів і рядових. У ньому, зокрема, зазначалося: хто до «военной службе способные, тех определять в гарнизоны и другие службы, а других, кои никакой службы понести не могут, а в таких еще не

престарелых летах, что могут на поселении с пользой умножать общую сельскую экономию, а оставят при монастырях и богадельнях таковых только, кои по старости своей или увечью ни к одному ни к другому способными не окажутся» [5].

Поштовхом для розвитку благодійної опікунської справи стало будівництво у 1803 році цілої низки губернських богоугодних закладів. Заклади опікувалися справами непрацездатного населення, виконуючи функції профілактики, лікування утримання та соціального забезпечення калік, немічних та інвалідів. До відкриття цих закладів у Полтаві була тільки одна лікарня, що свідчить про богадільні, як перші заклади з надання медичної допомоги [4].

Враховуючи важливість будівництва майбутніх об'єктів для місцевого населення, малоросійський генерал-губернатор, князь О. Б. Куракін «простираю свою заботу до самых мелочных распределений отдельных покоев в устраиваемых зданиях». Лише за перші сім років російським урядом на будівництво богоугодних закладів губернії було виділено 75155 рублів 98 копійок [4].

Позитивним кроком на шляху створення служби медико-соціальної експертизи стали також перші лікарсько-консультаційні бюро (ЛКБ) у Катеринославі (Дніпропетровськ, 1908 р.). Це були приватні установи, започатковані передовою медичною громадськістю, головне завдання яких полягало в оцінці працездатності хворих з урахуванням характеру захворювання або травми. Серед лікарів у цей період практикувалася запозичена за кордоном відсоткова система визначення ступеня втрати працездатності за спеціальними таблицями.

1919 року розпорядженням Народного комісару соціального захисту №39 затверджується «Положення про комісії з освідчення і відбору інвалідів та військово-скалічених». У цей час відбувається становлення державної системи лікувально-трудової експертизи: приймаються важливі нормативно-правові акти щодо страхування на випадок хвороби, соціального забезпечення, а в 1924 році затверджується «Положення про лікарські контрольні комісії» (ЛКК).

В 1923 році на Полтавщині створюються окружні Полтавська (згодом обласна), Кременчуцька і Лубенська ЛКК. На державному рівні формується система залучення осіб з інвалідністю до профнавчання, суспільно-корисної праці. Створюються товариства

сліпих і глухих, які опікуються працевлаштуванням інвалідів з порушенням зору та слуху.

У 1928 році затверджується «Положення про лікарсько-експертні комісії» (ЛЕК), відповідно до якого в лікувальних закладах округів, що пізніше відійшли до території області, створюється 49 лікарсько-експертних комісій. Вони створювались органами охорони здоров'я за узгодженням з відповідними страховими комісіями й органами соціального забезпечення. Ще через рік комісії були передані з відання органів охорони здоров'я в органи соціального забезпечення і соціального страхування.

Всесоюзною центральною радою профспілок у 1930-х роках затверджується «Положення про лікувально-трудова експертні комісії» (ЛТЕК). Крім експертизи працездатності, комісії вирішували питання реабілітації та працевлаштування осіб з інвалідністю. ЛТЕК функціонували за галузевим принципом при фабзавкомках підприємств, районних, міських, обласних, крайових і республіканських рада профспілок. До складу ЛТЕК входили: голова, який призначався профспілковим органом, при якому була організована комісія, лікарі (терапевт, хірург, невропатолог) та експерт з виробничо-технічних питань, направлений підприємством, представник здравпункту на безоплатній основі.

У 1937 році ЛТЕК були передані до системи соціального забезпечення. Основні завдання ЛТЕК зводилися до встановлення ступеню збереження працездатності, придатності до роботи, встановлення способу відновлення і підвищення працездатності шляхом перенавчання, протезування і лікування, регуляції умов та обставин праці, дослідження можливості застосування праці осіб з обмеженою працездатністю. Одним із головних завдань ЛТЕК стало повернення інвалідів до суспільно-корисної праці. ЛТЕК почали вивчати умови праці на виробництві, визначати перелік професій, на яких можна було використовувати працю інвалідів. У цей період було впроваджено і нову класифікацію інвалідності, яка фактично проіснувала у СРСР понад півстоліття.

Велика Вітчизняна війна стала важким випробувальним періодом в роботі ЛТЕК. Багато разів зросла кількість оглядів на комісіях. Від об'єктивності, професіоналізму та оперативності їх роботи залежали долі багатьох людей, які постраждали в роки війни. Перед службою постало непросте завдання стосовно працевлаштування інвалідів війни.

У цей період значно розширилась мережа ЛТЕК, в тому числі за рахунок комісій, що діяли тимчасово. З метою впорядкування мережі ЛТЕК у відділах соціального забезпечення вводились штатні посади лікарів – старших інспекторів з ЛТЕ, які зобов'язані були організувати експертизу працездатності, як у республіці, так і на місцях.

У 1948 році Рада Міністрів СРСР своєю постановою затвердила нове «Положення про лікувально-трудова експертні комісії», згідно з яким були розширені основні завдання діяльності ЛТЕК з акцентом на

виражену профілактичну та реабілітаційну спрямованість інвалідів.

Істотно змінилися організація і склад ЛТЕК. Комісії розміщувались на базі лікувальних установ відповідно до затвердженого переліку. Лікувальні установи повинні були надавати ЛТЕК відповідні приміщення й необхідне медичне та господарське обладнання. До складу комісій входили три лікарі-експерти з основних спеціальностей, представник відділу соціального забезпечення і профспілкової організації. Робота обох представників оплачувалася за рахунок коштів, що виділялися на утримання ЛТЕК.

Головою ЛТЕК уперше став призначатися один із лікарів-експертів. Керівництво й контроль за роботою ЛТЕК здійснювалося міністерствами соціального забезпечення автономних республік, обласними та міськими (міст республіканського підпорядкування) відділами соціального забезпечення, при яких створювались відповідні республіканські, обласні, центральні міські ЛТЕК. Завданням комісій став огляд осіб, що оскаржували висновки районних, міських ЛТЕК, а також огляд в особливо складних випадках за направленням районних та міських ЛТЕК. Подібна організація установ, що здійснювали експертизу інвалідності, збереглася майже до 1996 року.

У цей час (1950 р.) в Полтаві на базі відповідних диспансерів засновуються спеціалізована туберкульозна та психіатрична ЛТЕК. Розпочався процес створення вищих ЛТЕК: республіканських, обласних. Подальшого розвитку набувала стаціонарна експертиза працездатності.

Сьогодні Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи є державним закладом охорони здоров'я створений на виконання постанови Кабінету Міністрів УРСР від 25 липня 1991 року № 107 «Про організацію медико-соціальної експертизи в Українській РСР», наказів Міністра соціального забезпечення УРСР від 09 серпня 1991 року № 83 та Міністра охорони здоров'я УРСР від 05 серпня 1991 року № 123, шляхом реорганізації ЛТЕК в медико-соціальні експертні комісії (МЕК).

Діяльність його полягає у проведенні медико-соціальної експертизи особам, що звертаються для встановлення інвалідності з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації (постанова Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 року №1317 «Питання медико-соціальної експертизи»).

Таким чином, історія становлення медико-соціальної експертизи засвідчує, що людське суспільство, в основі ментальності якого лежать гуманні принципи, весь час прагне утримати рівновагу між сильними (державний апарат) і слабкими (особи з обмеженими фізичними можливостями), адже діяльність медико-соціальної експертизи від початку

становлення спрямовується і координується державними установами. Стабільність і результативність цих взаємин досягається прагненням перших

опікуватись проблемами тих, хто втратив працездатність і має обмеження життєдіяльності, а других сприяти процесу реабілітації.

Література

1. Довідка Державного архіву Полтавської області, 2011 р.
2. Долгоруков Н. А. Доклад постоянной медицинской комиссии 5-му очередному губернскому земскому собранию / Н. А. Долгоруков, А. М. Жуковский. – Полтава, 1869. – 21 с.
3. Думанський Ю. В. Історія медицини України в дзеркалі фалеристики. Каталог медичних знаків / Ю. В. Думанський, О. В. Синяченко. – Донецьк, 2011. – 320 с.
4. Павловський І. Ф. Очерк деятельности малороссийского генерал-губернатора князя А. Б. Куракина (1802-1808 гг.) – Полтава, 1914.
5. Труды Полтавской ученой архивной комиссии. – Полтава, 1913 г.

УДК 614. 3(477)

ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ ТА НА ПОЛТАВЩИНІ

Жабо Т. М.

Резюме. Проаналізовані історичні етапи становлення медико-соціальної експертизи від часів князя Володимира до наших днів. Визначені перші нормативні акти, якими керувалися при утриманні інвалідів. Детально показаний активний розвиток медико-соціальної експертизи двадцятого сторіччя.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, Полтавщина, історія медицини.

УДК 614. 3(477)

ІСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УКРАИНЕ И НА ПОЛТАВЩИНЕ

Жабо Т. М.

Резюме. Проанализированы исторические этапы становления медико-социальной экспертизы от времен князя Владимира до наших дней. Определены первые нормативные акты, которыми руководствовались при содержании инвалидов. Детально показано активное развитие медико-социальной экспертизы двадцатого столетия.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, Полтавщина, история медицины.

UDC 614. 3(477)

Historical Development of Medical and Social Expertise in Ukraine and Poltava Region

Zhabo T. M.

Abstract. Historical stages of medical and social expertise formation have been analyzed from the times of Prince Volodymyr till nowadays. The first standard acts have been defined, which were the guidelines for maintenance of disabled people. Dynamic development of medical and social expertise of the twentieth century has been described in details.

In 1948 the Council of Ministers of the USSR issued a Directive stated the new “Decree on Activity Therapy Expert Committees (ATEC)”, stipulating the extension of main tasks of ATEC activity, stressing on evident preventive and rehabilitating trend of disabled people.

Organization and membership of ATEC has been significantly changed. Committees were organized using the facilities of medical institutions in compliance with authorized list. Medical institutions had to provide ATEC with appropriate facility and necessary medical and logistic equipment. Members of the Committees were three expert physicians on major specialties and representatives from the Social Security Department and Trade-Union Organization. Activity of both representatives was paid at the expense of costs, allocated for ATEC maintenance.

For the first time, one of the expert physicians was appointed as the Head of ATEC. Management and control of the ATEC activity was performed by the Social Security Ministries of autonomous republics, regional and local (cities of republican subordination) Social Security Departments, using as the facilities for organization of respected republican, regional and central local ATECs. The purpose of the Committees was to examine individuals, who appealed against the medical reports made by the district and local ATECs, as well as examination, made in particularly complicated cases according to referrals of district and local ATECs. The similar organization of institutions, carried out the expertise on disablement, existed almost till 1996.

At that time (1950) in Poltava corresponding dispensaries were used as the facilities for specialized tuberculosis and psychiatric ATEC formation. The process of formation of higher ATECs, i. e., republican and regional, began. Stationary expertise of ability to work was further developing.

Currently Poltava Regional Center of Medical and Social Expertise is the national institution of public health, organized in compliance of the Resolution of Cabinet of Ministers of Ukrainian SSR issued in July, 1991, No. 107 “On the Organization of Medical and Social Expertise in Ukrainian SSR”, Decrees of Minister of Social Security of

Ukrainian SSR issued in August, 9, 1991, No. 83 and Minister of Public Health of Ukrainian SSR issued in August, 5, 1991, No. 123, by reorganizing of ATEC into Medical and Social Expert Committees (MSEC).

Its activity aims at provision of medical and social expertise for individuals, who consulted medical institutions as for ascertainment of disablement with the purpose of identification of the stage of limitation of life activity, reason, time of initiation, disablement group, as well as compensatory-adaptive abilities of individual, realization of which enables medical, psycho-educational, professional, labor, physical training and sport, physical, social and psychological rehabilitation (Resolution of Cabinet of Ministers of Ukraine issued in December, 3, 2009, No. 1317, "Issue of Medical and Social Expertise").

Therefore, the history of formation of medical and social expertise ascertains that human society, based on the principles of humanity, is constantly trying to balance between strong (state machine) and weak (individuals with limited physical abilities), hence the activity of medical and social expertise is directed and coordinated by the state institutions from the very first days of its formation. Stability and effectiveness of these interactions is achieved by the aspiration of the first to patronize those, who lost the ability to work and are experiencing limited life activity, and the latter to facilitate the rehabilitation process.

Key words: medical and social expertise, Poltava region, history of medicine.

Стаття надійшла 27. 04. 2014 р.