

11. Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік»: Наказ МОЗ № 378 від 10.07.2007.

12. Стан неврологічної служби України в 2008 році / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко // Статистично-аналітичний довідник. – Харків, 2009. – 32 с.

13. Cordonnier C., Leys D. Stroke: the bare essentials // Pract. Neurol. – 2008. – Vol. 8. – P. 263–272.

14. Московко Сергій Петрович. Клініко-епідеміологічна характеристика хвороби Паркінсона і синдрому паркінсонізму в Подільському регіоні України: дис... д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006.

15. Fitzgerald P.M., Jankovic J. Lower body Parkinsonism: evidence for a vascular aetiology // Mov. Disord. – 1999. – Vol. 4. – P. 249–260.

16. Winikates J, Jankovic J. Clinical correlates of vascular Parkinsonism // Arch. Neurol. – 1999. – Vol.56. – P. 98–99.

17. von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2007. – Vol. 78(7). – P. 710–715.

18. Fife D., Fitzgerald J.E. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice // Int. J. Audiol. – 2005. – Vol. 44 (1). – P. 50–57.

19. Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: Наказ МОЗ України № 150 від 17.05.97 // Офіційний вісник України від 20.10.1997 – 1997. – № 40. – С. 57.

20. de Lau L.M., Breteler M. M. Epidemiology of Parkinson's disease // Lancet Neurology. – 2006. – Vol. 5. – P. 525–535.



УДК 001.89+0.91

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

В. В. Маруніч¹, А. В. Іпатов², Ю. І. Коробкін², І. Я. Ханюкова²

¹Відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України

²Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»

Резюме

В статті розглянуті питання реформування системи медико-соціальної експертизи, прийняття нової Інструкції по визначенню груп інвалідності. Приведені поточні проблеми медико-соціальної експертизи, через рішення яких можливо ефективно реформувати галузь.

Ключові слова: інвалідність, медико-соціальна експертиза, реформування.

Summary

The questions of reforming the system of medical and social expertise, adoption of the new instructions for the definition of disability discussed in the article. Shows the current problems of medical and social expertise, through the solution of which can be effectively reform the industry.

Keywords: disability, medical and social expertise, reform the industry.

Після ратифікації Україною низки міжнародних документів, які гарантують інвалідам їхні права і об'єктивну оцінку обмежень життєдіяльності та сучасний економічно-політичний стан країни обумовили можливість провести реформування служби медико-соціальної експертизи (МСЕ), перш за все, на законодавчому та галузевому рівнях.

Концепція вдосконалення медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів спрямована на підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності медико-соціальних експертних і реабілітаційних послуг. І передусім, передбачається поступовий перехід на нові класифікації та критерії медико-соціальної експертизи з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) [1].

При встановленні інвалідності використовуються класифікації і критерії, які вимагають об'єктивізації. Необхідно максимально об'єктивно підходити до встановлення інвалідності. Інваліда слід переконати, що рішення медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) було прийняте на основі об'єктивних критеріїв, а у випадку, якщо він із рішенням не згодний, то повинен бути надійний механізм оскарження такого рішення.

Усі заходи, спрямовані на вдосконалення системи МСЕ, повинні базуватися на розроблених та затверджених МОЗ стандартах надання медико-соціальних експертних послуг і виконання заходів щодо реабілітації інвалідів.

Нове Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності були прийняті та затверджені постановою Кабінету Міністрів України № 1317 від 03.12.2009 р. [2].

Положення про медико-соціальну експертизу визначає процедуру проведення медико-соціальної експертизи хворим, які досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інвалідам 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. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності визначає порядок, умови та критерії встановлення інвалідності медико-соціальними експертними комісіями. У положенні вперше мовиться про розподіл першої групи інвалідності на підгрупи.

Логічним продовженням удосконалення правового регулювання щодо встановлення інвалідності має стати подальше прийняття нової Інструкції про встановлення груп інвалідності, яка конкретизує положення вищезазначених нормативно-правових актів (Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності).

Зокрема, надалі актуальним є розмежування встановлення підгруп А і Б для першої групи інвалідності, уточнення порядку та строків проведення перегляду, вдосконалити критерії встановлення тієї чи іншої групи інвалідності. Вдосконалення Інструкції про встановлення інвалідності повинно стати черговим кроком до покращення правового регулювання відносин щодо встановлення МСЕК інвалідності громадянам, які цього потребують.

Фактично Інструкція про встановлення груп інвалідності виконує роль допоміжного нормативно-правового акта, що спрямований на конкретизацію положень нормативно-правових актів з вищою юридичною силою.

Розподіл першої групи інвалідності на підгрупи А і Б передбачається в залежності від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягів потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді, встановлено на рівні закону повноваження медико-соціальних експертних комісій.

Удосконалення державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів повинне проходити у декілька етапів.

Перш за все, необхідно здійснити розробку основних законодавчих та інших нормативно-правових актів, інформаційних, науково обґрунтованих методичних і

навчальних матеріалів, а також розробити технологію здійснення медико-соціальної експертизи.

На подальших етапах повинні здійснюватися заходи, спрямовані на повний перехід до функціонування державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів у всіх регіонах і областях України з урахуванням попереднього досвіду обмеженого впровадження пропозицій.

Вся діяльність має бути порівняна з процесами стандартизації, які покладені в основу «Міжнародної Організації Стандартів».

Проте реформування галузі необхідно починати з вирішення існуючих проблем.

На сьогоднішній день в Україні функціонують 427 медико-соціальних експертних комісій, з них 60 – обласних, центральних міських і 366 міжрайонних, районних і міських, зокрема 165 спеціалізованих, що за існуючими нормативами недостатньо [3].

Проблемою є той факт, що майже 90% медико-соціальних експертних комісій розташовані в пристосованих приміщеннях (лікувальних установах, житлових будинках та інших організаціях), що не дозволяє дотримуватися умов і норм огляду населення і створення «безперешкодного» доступу інвалідів. Не виконується Постанова Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 року «Про затвердження Програми забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення» [4].

Протягом 2010 року в системі МСЕК працювали 1677 лікарів, із них на постійній роботі – 1590 лікарів (94,8%) [3].

В Україні відсутня спеціальність «лікар-експерт». Немає і системи підготовки лікарів за такою спеціалізацією, що не дозволяє здійснювати планову їх підготовку та готувати наукових фахівців через аспірантуру і докторантуру. У вищих медичних закладах країни передбачено 24 академічні години на викладання основ медико-соціальної експертизи лікарям-інтернам, проте це не обов'язкова дисцип-

ліна. У Російській Федерації і Республіці Білорусь ці питання вже вирішені.

Важливим етапом соціального захисту інвалідів є медико-соціальна реабілітація, яка спрямована на відновлення порушених або втрачених здібностей інвалідів до суспільної, професійної і побутової діяльності.

В Україні немає єдиної системи медико-соціальної реабілітації, яка б врахувала послідовність ведення хворого від поліклінічних установ до огляду в МСЕК, не розроблені методологічні підходи до її проведення, а окремі види здійснюються в установах різних відомств. Це негативно впливає на безперервність та етапність реабілітаційного процесу, знижує його ефективність. Відсутній диференційований підхід до реабілітації різних категорій інвалідів при міжвідомчій взаємодії.

Неповнолітнім особам встановлення інвалідності здійснюється згідно з Наказом МОЗ України №454/471/515 від 08.11.2001 р. лікарсько-консультативними комісіями дитячих лікувально-профілактичних закладів, які не підпорядковуються службі медико-соціальної експертизи. Відсутня система підготовки лікарів-педіатрів з питань МСЕ. Такий стан справ призводить до деяких непорозумінь, у тому числі і конфліктних ситуацій, які виникають при досягненні людиною повноліття та її огляді в медико-соціальній експертній комісії. Це також обумовлено різними критеріями, які використовуються при експертизі обмеження життєдіяльності дитини та дорослої людини [5].

Світовий досвід розвитку охорони здоров'я обумовлює необхідність упровадження нових, високоефективних технологій як лікувально-діагностичних, медико-експертних, так і організаційно-управлінських.

Нинішня загальнодержавна система фінансування охорони здоров'я за програмами по онкології, фізіотрії, профілактиці серцево-судинних захворювань та інших є багатоканальною, проте в жодній із них відсутні питання медико-соціальної експертизи. Крім того, жодного разу фахівці ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ Ук-

раїни» не брали участі у підготовці і реалізації цих програм. До того ж, щорічне зменшення фінансування науки за останні 5 років привело до зменшення кадрового складу наукових співробітників на 50%, що робить неможливим науковий супровід державних програм і прогнозування інвалідизації населення.

Престиж наукових співробітників також визначається рівнем заробітної платні, яка зараз на 40% нижча, ніж у медичних вищих навчальних закладах.

Останнім часом значна увага приділяється питанням реабілітації інвалідів «Закон про реабілітацію інвалідів в Україні» [6], Указ Президента України «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів» [7].

На сьогодні ці питання під контролем Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту. Але дотепер не визначена повною мірою взаємодія і координація цих структур, не вирішені питання їх фінансування.

Існуюча система підготовки соціальних працівників не містить основ і елементів медико-соціальної експертизи. Хоча нині при наданні повноцінної соціальної допомоги цей фахівець повинен мати базові знання в цій області.

Хвилює і те, що кадровий склад медико-соціальних експертних комісій недостатньо укомплектований лікарями-реабітологами, а у багатьох регіонах відсутні медичні психологи, що утрудняє роботу з реалізації Закону про реабілітацію інвалідів.

Лікарі-експерти працюють з особливим контингентом хворих – інвалідами, і тому необхідно передбачити надбавки до заробітної платні за прикладом роботи геронтологів, або фахівців судово-медичної експертизи.

Необхідно також зазначити, що останнім часом все рідше можна почути про такі об'єднання інвалідів як УТОС (Українське товариство об'єднання сліпих) та УТОГ (Українське товариство об'єднання глухих). Ці громадські організації відігравали

значну роль у житті інвалідів по зору та слуху, вони мали свої підприємства, де працювали особи з зазначеними вадами. Зараз ці підприємства зруйнувалися, бо не витримали конкуренції в сучасних економічних умовах.

Узагалі, необхідно вирішувати питання про конкурентоспроможність інвалідів на сучасному ринку праці. Не секрет, що і здорова людина не завжди має змогу працевлаштуватися в нинішній економічній ситуації.

Пріоритетним напрямом державної соціально-економічної політики розвинутих країн світу останнім часом є всебічне сприяння громадянам з обмеженими можливостями в реалізації їх невід'ємного права на продуктивну працю в умовах свободи, рівності, безпеки та почуття власної гідності. Обраний розвинутими країнами курс на забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями сприяв досягненню певних позитивних результатів – рівень їх трудової зайнятості суттєво підвищився, наприклад, сягнувши 29,0% від загальної чисельності працездатних інвалідів у США, 40,0% – у Великій Британії, 55,0% – в Італії, 60,1% – у Швеції [8].

В Україні інтеграція в суспільство людей з обмеженими можливостями за останні 5 років стала одним із пріоритетів державної політики. У контексті цієї політики зайнятість інвалідів стала розглядатися не лише як ключовий елемент їх соціальної інтеграції та забезпечення економічної незалежності, але й як основна можливість досягнення ними соціальної рівності.

Проблема забезпечення зайнятості осіб з обмеженими можливостями в Україні стає особливо актуальною у зв'язку з тим, що ці люди складають постійно зростаючу групу суспільства. На сьогодні чисельність інвалідів в Україні складає 2,66 млн. осіб. Майже кожен 18-й наш співвітчизник – інвалід, тобто людина, яка потребує допомоги та підтримки від держави не тільки в грошовому еквіваленті, а, перш за все, допомоги у створенні умов для інтеграції в економічне та суспільне життя.

Чисельність зайнятих осіб з обмеженими можливостями в Україні із року в рік

збільшується. Так, якщо у 2006 році чисельність працюючих інвалідів становила 354,1 тис. осіб, або 14,9% від чисельності інвалідів у працездатному віці, то у 2008 році – 540,3 тис., що становило 20,3% загальної чисельності інвалідів, або 38,0% чисельності інвалідів працездатного віку. У 2010 році працюючих інвалідів було 602,8 тис., тобто працював кожен другий інвалід працездатного віку, або кожен четвертий інвалід від загальної кількості. Водночас протягом багатьох років частка працюючих інвалідів у складі всього зайнятого населення в Україні складає лише 2,6%, що свідчить про їх вкрай низьку трудову активність [9].

Виходячи з того, що люди з обмеженими можливостями у порівнянні з повністю працездатними людьми характеризуються більш високим рівнем безробіття та низьким рівнем доходів, що спричиняє їх бідність, забезпечення їх зайнятості набуває особливого значення в період економічної кризи в Україні.

За останні п'ять років в Україні зроблено реальні та значущі кроки щодо гармонізації вітчизняного законодавства у сфері професійної реабілітації та зайнятості інвалідів до міжнародних стандартів. Професійна реабілітація та працевлаштування інвалідів у контексті цих законів розглядається як основний засіб створення умов для гідного життя інвалідів, забезпечення рівності їх прав. Це дозволило змінити підходи щодо ролі осіб з обмеженими можливостями в економічному та соціальному житті суспільства, визначити ефективні методи та заходи щодо забезпечення їх зайнятості відповідно до їхніх можливостей і потреб, створити умови для залучення їх до сфери праці, зокрема.

Незважаючи на суттєві позитивні зміни, які відбулися в країні за останні п'ять років у підходах до вирішення проблем праці та зайнятості інвалідів, останні продовжують потерпати від дискримінації при працевлаштуванні і належати до найбільш соціально незахищених категорій громадян. Вирішення їх проблем потребує, перш за все, переорієнтації державної політики щодо інвалідів у напрямку створення їм рівних прав та можливостей з іншими ка-

тегоріями громадян та захисту від дискримінації, запровадження дієвого механізму реалізації усієї повноти їх конституційних прав, неухильного виконання зобов'язань держави. Така діяльність особливо необхідна у зв'язку із підписанням Україною Конвенції ООН про права інвалідів.

Таким чином, усунення цих проблем на державному рівні стане інструментом для реалізації заходів і дій, що визначають державну політику в області соціального захисту інвалідів. Організаційне та інституційне вдосконалення системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів дасть можливість реалізувати основні напрямки довгострокового соціально-економічного розвитку України.

Література

1. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – ВОЗ: Женева, 2001. – 342 с.

2. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 03.12.2009 р. «Положення про медико-соціальну експертизу» та «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності».

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2010 рік (аналітико-інформаційний довідник) /Уклад. Маруніч В. В., Іпатов А. В. та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010. – 130с.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 року № 863 «Про затвердження Програми забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення».

5. Наказ МОЗ України №454/471/515 від 08.11.2001 р. «Встановлення неповнолітнім особам інвалідності лікарсько-консультативними комісіями дитячих лікувально-профілактичних закладів».

6. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV 2005 р.

7. Указ Президента України № 1228/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями».

