

УДК 001.89+0.91

## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ТА ЗАВДАННЯ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ В УКРАЇНІ

В. В. Маруніч<sup>1</sup>, А. В. Іпатов<sup>2</sup>, Ю. І. Коробкін<sup>2</sup>, І. Я. Ханюкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Відділ медико-соціальної експертизи МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### Резюме

*Стаття посвячена вопросам организации работы службы медико-социальной экспертизы. Приведен опыт работы аналогичных структур за рубежом, представлена современная схема работы системы в Украине, изложены существующие проблемы и предложены пути их решения.*

**Ключевые слова:** служба медико-социальной экспертизы.

### Summary

Article is devoted to the organization of the services of medical and social expertise. An experience of similar structures abroad, represented by the modern scheme of the system in Ukraine, described the problems and proposed solutions.

**Keywords:** medical and social assessment service.

Активна соціально-економічна політика є однією з головних передумов стабільності в суспільстві, його спроможності ефективно функціонувати в умовах різних впливів, зберігаючи при цьому свою структуру і здатність контролювати процеси суспільних змін. Розробка та імплементація організаційно-правових механізмів забезпечення громадянських прав інвалідів тривалий час залишалися предметом постійної уваги багатьох міжнародних інституцій, зокрема таких як Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці. Ці організації безпосередньо здійснюють і заохочують наукові дослідження з питань інвалідності.

В усіх державах світу та в будь-яких соціальних групах завжди є інваліди. Їхня кількість постійно зростає. Інвалідність – це міжнародна проблема та предмет постійної уваги й турботи для кожної держави, адже інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення. Вона дуже пов'язана із захворюваністю населення і, по суті, є її результатом. Причини та наслідки інвалід-

ності в різних країнах мають певні відмінності, що зумовлено соціально-економічними умовами та різницею в підходах державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів.

Ставлення суспільства та держави до інвалідів пройшло тривалий історичний шлях: від звичайного догляду за інвалідами до можливості отримання дітьми-інвалідами вищої освіти та медико-соціальної і професійної реабілітації серед інвалідів старших вікових груп.

Завдяки освіті та реабілітації, інваліди стали більш активними й почали виступати за подальший розвиток національної політики стосовно інвалідів. Створені організації інвалідів, членів їхніх родин, які виступають за покращання умов життя інвалідів. Після Другої світової війни з'явилися такі концепції, як інтеграція і включення інвалідів у суспільне життя. Такі концепції повністю віддзеркалюють сприйняття здоровими членами суспільства потенційних можливостей інвалідів. Результатом зміни суспільного світогляду на сприйняття проблем інвалідності в світі стали розробка та затвердження у 1993 р. спеціальної резолюції ООН, яка називається

ся «Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженням життєдіяльності». Цей документ став дороговказом для національних урядів у визначенні філософії, видів та обсягів спеціальної допомоги та захисту інвалідів [1].

Ступінь соціального захисту населення і його окремих прошарків дозволяє судити про прогресивність суспільного ладу, рівень економічного розвитку країни і добробуту народу. Із цих позицій надання медико-соціальних послуг особам з обмеженими можливостями – це важлива справа держави.

Закордонні служби медико-соціальної експертизи в більшості випадків підлеглі об'єднаному Міністерству охорони здоров'я та соціальної політики, праці (Німеччина – Федеральне міністерство здоров'я і соціальної безпеки, Фінляндія, Швеція – Міністерство соціальних зв'язків і здоров'я, Норвегія – Міністерство здоров'я і соціальних зв'язків, Японія – Міністерство охорони здоров'я, праці і соціальної політики).

Так склалось, що в більшості країн Західної Європи існує система страхової медицини, отже, наданням медичних послуг займаються фонди медичного страхування. У Німеччині, Бельгії застрахований має право вибору такого фонду (державного або приватного). Обов'язкове медичне страхування є частиною соціального страхування. Згідно з законом держава надає населенню рівні права на гарантований обсяг медичної допомоги, незалежно від розміру фактично сплачених сум страхового внеску. Отримати таку допомогу може кожен громадянин на всій території держави з подальшими взаєморозрахунками між страховими організаціями.

У більшості випадків процес медико-соціальної експертизи проводиться фахівцями певного лікарського профілю (відповідно до виду патології) і основною метою його є забезпечення реабілітації індивіда. Процес реабілітації починається відразу з моменту настання захворювання і здійснюється в стаціонарі спеціалізованою бригадою, до складу якої входять лікарі відповідної спеціальності, фахівці з ерго-, лого-, фізіотерапії, психологи й обов'язково соціальні працівники.

Останні визначають обсяг порушень і потребу в спеціалізованих пристосуваннях, видах допомоги в домашніх і сімейних умовах кожного хворого індивідуально. Фінансування здійснюється адресне в залежності від ступеня виразності функціональних порушень, тривалості необхідної реабілітації. При цьому, в Європі нині відсутні загальні дані статистики про кількість пацієнтів з тими чи іншими видами функціональних порушень, про що свідчать заяви Європейської ради мозку й інших організацій, що займаються стратегічним плануванням розвитку системи охорони здоров'я.

Наприклад, у США реабілітація потерпілих унаслідок травм, пов'язаних з виробництвом і для людей похилого віку, фінансується системою Medicare, у той час, як інші випадки медичної реабілітації фінансуються в рамках наявних страховок і різних благодійних фондів. Пошук джерела фінансування в даному випадку виробляється законними представниками пацієнта, або соціальним працівником на етапі перебування пацієнта в стаціонарі.

В Австрії нейрореабілітація (на відміну від реабілітації при інших захворюваннях) фінансується з засобів структур охорони здоров'я і проводиться щодобово в залежності від важкості стану, місця перебування пацієнта, виду допомоги, що надається, (етапи А, В, С). У майбутньому пацієнт забезпечується адресами регіональних реабілітаційних центрів та профільних реабілітаційних праксисів, розташованих у регіоні його проживання для продовження реабілітації [2].

Таким чином, і медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності, і реабілітація інваліда проводяться в одному закладі з участю однієї бригади спеціалістів, що покращує якість надання медико-експертної допомоги та полегшує контроль за ефективністю реабілітаційних заходів.

У Росії у 1995 році був прийнятий Федеральний закон «Про соціальний захист інвалідів у Російській Федерації», який сприяв кардинальним змінам, що стали наслідком принципово нових підходів держави до рішення проблем інвалідності [3].

До прийняття цього закону основний акцент робився на пенсійному забезпеченні, що вело до фактичної ізоляції інвалідів від суспільства. Стратегічним напрямком закону стало формування системи комплексної, багатопрофільної реабілітації, спрямованої на відновлення і реалізацію потенційних здібностей інвалідів. Метою реабілітації є реінтеграція інвалідів у суспільство, поліпшення з матеріального становища, підвищення рівня незалежної життєдіяльності для того, щоб життя інвалідів було гідним, а основні блага були б для них доступними.

Однак, незважаючи на прийняті заходи, відзначається збільшення загальної кількості інвалідів. Щорічно визнаються інвалідами близько 3,5 млн. осіб, у тому числі понад 1,0 млн. уперше.

На сьогодні в Російській Федерації (згідно з Розпорядженням Уряду РФ № 1646-р, Постановою Уряду РФ № 805, Постановою про порядок та умови визнання особи інвалідом від 20.02.06 р. № 95), з останніми змінами, які були внесені Федеральним Законом від 24.07.2009 р. № 213-ФЗ структура медико-соціальної служби включає:

1. Федеральне бюро МСЕ.
2. Головні бюро МСЕ.
3. Бюро МСЕ.

Федеральна державна установа «Федеральне бюро медико-соціальної експертизи» Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку РФ включає:

- Експертні бюро загального профілю – 7;
- Експертні бюро спеціалізовані – 8;
- Відділ реєстрації та видачі документів суворої звітності;
- Аналітичний;
- Інформаційний;
- Організаційно-методичний відділ;
- Навчально-методичний відділ;
- Відділ інструментальної експертно-реабілітаційної діагностики;
- Юридичний;
- Клінічні відділення – 15 (на 500 ліжок).

На базі Федеральної державної установи «Федеральне бюро медико-соціальної експертизи» проводяться фундаментальні

та прикладні дослідження щодо проблем інвалідності. Працює спеціалізована дисертаційна рада Д 208.122.01, де відбувається захист кандидатських та докторських дисертацій по спеціальності – 14.00.54 «Медико-соціальна експертиза та медико-соціальна реабілітація». На базі середньої та вищої освіти проводяться курси підвищення кваліфікації, навчання в клінічній ординатурі та аспірантурі за 14 спеціальностями.

У Федеральному бюро МСЕ сформовані 7 експертних бюро загального профілю та 8 спеціалізованих бюро (профпатологічне, сенсорне, педіатричне, психіатричне (дитяче та доросле), психоневрологічне для дітей, ендокринологічне, онкологічне, травматологічне).

Кожна з перерахованих структур має свої завдання та повноваження: експертні бюро проводять огляд громадян, відділ експертно-реабілітаційної діагностики виконує поглиблене комплексне дослідження громадян, які поступили з неповною інформацією про рівень здоров'я, інформаційний відділ – формує банк даних за показниками інвалідності в регіонах, аналітичний відділ – проводить аналіз цих показників, організаційно-методичний відділ – забезпечує ефективність технологій проведення медико-соціальної експертизи та порядок взаємодії з регіонами, у відділі реєстрації документів де реєструються всі документи, які проходять через Федеральне бюро, у тому числі з Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку РФ, Уряду, державної Думи та Ради Федерації, медико-експертні документи громадян з Головних бюро МСЕ.

Таким чином, така структура Федерального бюро, на наш погляд, може забезпечити рішення будь-якого питання, що входить в завдання служби МСЕ.

Бюро МСЕ та головні бюро МСЕ стоять на варті охорони здоров'я, соціального страхування та соціального забезпечення. Бюро та головні бюро МСЕ створюються, реорганізуються та ліквідуються за рішенням виконавчої влади суб'єктів РФ у порядку, який встановлено законодавством РФ. Формування структури бюро здійснюється згідно з чисельністю населення, яке

проживає на території суб'єкта РФ, та з числа громадян, яких необхідно оглянути протягом року, як правило, на 70 – 90 тис. осіб, при умові огляду 1,8 – 2 тис. осіб на рік. ДО штатного розкладу бюро МСЕ входять спеціалісти, які виносять експертне рішення (4 лікарів різних спеціальностей), реабілітолог, соціальний працівник, психолог, при необхідності – педіатри, спеціалісти з функціональної діагностики, спеціалісти з профорієнтації, фізіології праці, педагог та інші. У разі необхідності при головному бюро можуть бути створені стаціонарні відділення для уточнення діагнозу.

Проте навесні 2011 року в РФ розроблена нова Концепція вдосконалення державної системи медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Для забезпечення вибірковості заходів соціальної підтримки інвалідів у різних життєвих ситуаціях, на основі МКФ передбачається розробити та нормативно встановити кодифікатор (соціально значущих) категорій інвалідності залежно від виду та тяжкості обмеження життєдіяльності з виділенням основних груп інвалідів, диференційованих за переважним видом допомоги, в яких вони мають потребу.

1. Важкі інваліди потребують постійного стороннього догляду, нагляду і допомоги іншої людини;

2. Самостійно не можуть пересуватися, потребують постійної допомоги інших осіб для здійснення пересування;

3. Самостійно себе не обслуговують, потребують постійного стороннього догляду та допомоги інших осіб;

4. Самостійно не орієнтуються, потребують постійної сторонньої допомоги та супроводу (у тому числі, внаслідок сліпоти);

5. Не контролюють свою поведінку, потребують постійного нагляду і супроводу (у тому числі, внаслідок психічних розладів);

6. Інваліди, які потребують часткової сторонньої допомоги, догляд і нагляд (переважно поза домом);

7. Пересування обмежене, потребує сторонньої допомоги при пересуванні поза домом;

8. Потребує часткової сторонньої допомоги при виконанні окремих дій з самообслуговування;

9. Потребує часткової допомоги при пересуванні поза будинком (у тому числі, внаслідок зниження зору);

10. Потребує часткової корекції, нагляду і супроводу поза будинком (у тому числі, внаслідок психічних розладів);

11. Глухонімота зі зниженням інтелекту і неможливістю навчання мови;

12. Інваліди, які потребують спеціалізованої допомоги в окремих життєвих ситуаціях (переважно поза домом);

13. Потребує спеціалізованої допомоги в окремих життєвих ситуаціях (у тому числі, глухі, які потребують послуги сурдоперекладача).

Кожній групі буде нормативно встановлений буквенний код, що спростить і систематизує діяльність усіх установ, служб та організацій із надання інвалідам послуг та видів допомоги, передбачених законодавством.

Таким чином, МКФ сприятиме створенню ефективного інструменту для реалізації зобов'язань, визначених національним законодавством, а також міжнародними угодами, в яких бере участь Росія [4].

МКФ не містить умов для встановлення громадянам інвалідності і не розширює підстав для визнання особи інвалідом, а чітко ідентифікує переважний вид обмежень життєдіяльності інваліда. При цьому система буквених кодів буде доповненням до існуючої системи класифікації, яка використовується при здійсненні медико-соціальної експертизи.

У зв'язку з цим перехід на нові класифікації здійснення медико-соціальної експертизи не спричинить за собою зростання кількості інвалідів. Основними умовами для переходу на нові класифікації є:

- ✓ забезпечення стабільності в період перетворень;
- ✓ етапність перетворень;
- ✓ збереження діючих механізмів до переходу на нову класифікацію;
- ✓ експериментальне відпрацювання розроблених нових класифікацій у пілотних регіонах;
- ✓ набуття кращого досвіду;

- ✓ попередня професійна підготовка кадрового потенціалу системи медико-соціальної експертизи.

Виконання завдань щодо забезпечення досягнення Концепції буде здійснюватися в рамках заходів державної програми «Доступна среда» на 2011–2015 рр., а також щорічного переліку заходів по реалізації Концепції.

Відповідно до Конституції України, у нашій державі найвищими соціальними цінностями визнаються людина, її життя, честь і гідність, недоторканність і безпека, а права і свободи людини, їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності соціальної держави. Так, згідно зі ст. 46, громадяни України мають право на соціальний захист у разі повної, часткової чи тимчасової втрати працездатності. Кожному громадянину також гарантується право на охорону здоров'я та медичну допомогу, які забезпечуються державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм (ст. 49). Необхідно зазначити, що, згідно із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», провідними принципами державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів є такі:

- збереження прав людини та пацієнта і забезпечення пов'язаних із ними державних гарантій;
- пріоритет профілактичних заходів у галузі охорони здоров'я громадян;
- доступність медико-соціальної допомоги;
- соціальна захищеність громадян у випадках втрати здоров'я;
- відповідальність органів державної влади та управління, а також усіх відповідних закладів системи охорони здоров'я та соціального захисту незалежно від відомчої належності та форм власності за забезпечення конституційних прав громадян.

Усе це дає підстави стверджувати, що рівень соціальної захищеності населення як загалом, так і його найбільш уразливих верств, – інвалідів, дає змогу оцінювати прогресивність суспільного життя, рівень економічного розвитку країни та добробуту її громадян. Із цих позицій, надання ме-

дико-соціальних послуг особам з обмеженими можливостями, тобто інвалідам – це важлива справа держави. Тому одним із соціальних пріоритетів для України як сучасної європейської держави було проголошено «...створення умов для повноцінного суспільного життя людей з обмеженими можливостями».

У сучасних ринкових умовах, які все більш активно поширюються й на соціальну сферу, суттєво змінюються функції державного регулювання в галузі охорони здоров'я та соціального захисту.

Організація та управління службою медико-соціальної експертизи (МСЕ) в Україні змінювалася відповідно до потреб населення, соціальної політики держави щодо інвалідів та її економічних можливостей.

До 1991 року існувала служба лікарсько-трудової експертизи (ЛТЕ). Ця служба належала до органів соціального забезпечення і мала подвійне підпорядкування: вертикально – Управлінню ЛТЕ Міністерства соціального забезпечення і горизонтально – регіональним відділам соціального забезпечення, які також мали подвійне підпорядкування. По вертикалі вони підпорядковувалися Міністерству соціального забезпечення, по горизонталі – виконавчим комітетам Ради народних депутатів. Служба складалася з лікарсько-трудова експертних комісій (ЛТЕК), які розподілялися за адміністративно-територіальним принципом на районні (міжрайонні), центральні міські (у містах Києві та Севастополі) і обласні комісії. Також розподіл ЛТЕК здійснювався за профілем експертної допомоги: загального профілю, спеціалізовані (фтизіатричні, травматологічні, онкологічні, психіатричні, профпатологічні, офтальмологічні). Обласну службу лікарсько-трудова експертизи очолював головний експерт – голова обласної ЛТЕК, який підпорядковувався начальнику Управління ЛТЕ Міністерства соціального забезпечення і завідувачу обласного відділу соціального забезпечення.

Служба лікарсько-трудова експертизи належала до Міністерства соціального забезпечення. Проте ЛТЕК розташовувалися на базі лікувально-профілактичних закла-

дів, що мали іншу відомчу підпорядкованість – відповідним відділам (обласним, міським, районним) Міністерства охорони здоров'я. Це вносило певні незручності щодо координування дій служби, питань управління і її організації. Основними директивними формами роботи були накази по Міністерству соціального забезпечення з прийняттям наступних керівних рішень на обласних рівнях.

Органом, який здійснював контрольну діяльність служби лікарсько-трудої експертизи, було Головне управління ЛТЕ Міністерства соціального забезпечення. Управління залучало до проведення комплексних перевірок наукових співробітників інститутів експертизи, головних експертів.

Рівна підпорядкованість служби лікарсько-трудої експертизи і лікувальних закладів мала ряд негативних моментів. Так, потребувалися значні зусилля щодо організації спільної роботи ЛТЕК та лікувально-профілактичних закладів із профілактики та реабілітації інвалідів, розташування ЛТЕК на їхніх базах, підбір кадрів. Проте підпорядкованість ЛТЕК Міністерству соціального забезпечення полегшувала роботу щодо пенсіонування та працевлаштування інвалідів, виділення їм соціальної допомоги.

У 1991 році прийнято Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів». Замість попередніх підходів до інвалідності як до обмеження або втрати працездатності, визначені нові, значно ширші її аспекти як біосоціального явища, змінені функції експертної служби, яка названа службою медико-соціальної експертизи (МСЕ). Управління і регламентація роботи служби МСЕ здійснюється новим законодавчим актом: «Положенням про медико-соціальну експертизу» (1992) [5].

Відповідно до Положення служба МСЕ переходить до підпорядкування Міністерству охорони здоров'я. Вводиться нова управлінська ланка в структурі служби МСЕ – обласний центр (бюро). Служба МСЕ має подвійне підпорядкування: горизонтально – обласному управлінню охорони здоров'я, вертикально – Головному управлінню МСЕ Міністерства охорони здо-

ров'я. Ці зміни дозволили оптимізувати управління і організацію служби МСЕ в питаннях формування інфраструктури закладів МСЕ, підбору та підвищення кваліфікації кадрів, профілактики і медичної реабілітації інвалідів. Відповідно до положення про МСЕ значно збільшилася кількість медико-соціальних експертних комісій (МСЕК).

Підписання Україною міжнародних документів щодо прав інвалідів, прийняття нових державних законодавчих актів, досягнення медичної науки, розробки науково-дослідних інститутів сприяли змінам в організації та управлінні службою МСЕ.

У 2009 році Кабінет Міністрів України Наказом № 1317 затвердив нове «Положення про медико-соціальну експертизу», яке діє понині [6].

Це Положення визначає процедуру проведення медико-соціальної експертизи хворим, які досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інвалідам (далі – особи, які 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.

За даним положенням медико-соціальна експертиза проводиться особам, які звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Медико-соціальну експертизу проводять медико-соціальні експертні комісії (далі – комісії), з яких утворюються в установленому порядку центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я Автономної

Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій.

Центр (бюро) очолює головний лікар, який призначається міністром охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівником управління охорони здоров'я обласної (міської) держадміністрації.

Комісії перебувають у віданні МОЗ і утворюються за таким територіальним принципом: Кримська республіканська; обласні; центральні міські у м. Києві та Севастополі (далі – центральні міські); міські, міжрайонні, районні.

Міські та районні комісії утворюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. осіб віком 18 років і старше, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш як 100 тис. осіб.

МОЗ утворює Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ, яку очолює головний лікар.

Утворення, реорганізація та ліквідація Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ, Кримської республіканської, обласних, центральних міських, міських, міжрайонних, районних медико-соціальних експертних комісій та призначення і звільнення їх керівників визначаються Положенням про Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ та Положенням про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи, які затверджуються МОЗ.

Комісії у своїй роботі керуються Конституцією і законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами відповідних державних замовників, інших центральних органів виконавчої влади, що регулюють відносини державних замовників, інших центральних органів виконавчої влади, що регулюють відносини у зазначеній сфері, та цим Положенням, іншими нормативно-правовими актами з питань медико-соціальної експертизи.

Висновки комісії, реабілітаційні заходи, визначені в індивідуальній програмі реабілітації інваліда, обов'язкові для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабіліта-

ційними підприємствами, установами та організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Штатні нормативи чисельності працівників комісій встановлюються МОЗ за погодженням з Мінпраці.

Залежно від ступеня, виду захворювання та групи інвалідності утворюються такі комісії:

- 1) загального профілю;
- 2) спеціалізованого профілю.

Комісія складається з представників МОЗ, Мінпраці, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань і військово-медичної служби СБУ у разі розгляду медичних справ щодо потерпілих на виробництві чи пенсіонерів із військово-службовців СБУ. У проведенні медико-соціальної експертизи беруть участь також представники Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, органів державної служби зайнятості і у разі потреби – працівники науково-педагогічної та соціальної сфери.

Порядок участі представників Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, органів державної служби зайнятості та інших працівників соціальної сфери затверджується МОЗ.

Обов'язки і права комісій.

Міські, міжрайонні, районні комісії:

- 1) визначають:

– ступінь обмеження життєдіяльності осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, потребу в сторонньому нагляді, догляді або допомозі, реабілітації, реабілітаційний потенціал, групу інвалідності, причину і час її настання, професію, з якою пов'язане погіршення здоров'я, а також ступінь втрати професійної працездатності (у відсотках) працівників, які втратили здоров'я, пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків; потребу інвалідів у забезпеченні їх технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення на підставі медичних показань і протипоказань, а також з урахуванням соціальних критеріїв; потребу інвалі-

дів, потерпілих від нещасного випадку на виробництві, з стійкою втратою працездатності у медичній та соціальній допомозі, у тому числі у додатковому харчуванні, ліках, спеціальному медичному, постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі, побутовому обслуговуванні, протезуванні, санаторно-курортному лікуванні, придбанні спеціальних засобів пересування; ступінь стійкого обмеження життєдіяльності хворих для направлення їх у стаціонарні відділення центрів соціального обслуговування;

– причини смерті інваліда або особи, ступінь втрати працездатності якої визначений комісією у відсотках на підставі свідчення про смерть у разі, коли законодавством передбачається надання пільг членам сім'ї померлого;

– медичні показання на право одержання інвалідами спеціального автотранспорту і протипоказання до керування ним;

2) складають та корегують індивідуальну програму реабілітації інваліда, в якій визначаються види реабілітаційних заходів та строки їх виконання, і контролюють ефективність її виконання;

3) проводять серед населення роз'яснювальну роботу з питань медико-соціальної експертизи;

4) вносять відповідно до компетенції до Централізованого банку даних з проблем інвалідності інформацію про громадян, які пройшли медико-соціальну експертизу;

5) беруть участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності;

6) вивчають:

– динаміку інвалідності за групами, причинами, окремими захворюваннями, територіальними ознаками у розрізі окремих підприємств;

– разом з лікувально-профілактичними закладами охорони здоров'я результати диспансеризації переважно осіб, які часто та тривалий час хворіють, та інвалідів;

– результати продовження строку тимчасової непрацездатності на період відновного лікування, результати проведення повторного огляду інвалідів з метою виявлення ефективності реабілітаційних захо-

дів, визначення реабілітаційного потенціалу;

7) надають лікарям лікувально-профілактичних закладів та працівникам реабілітаційних установ, установ соціального обслуговування та установ, які надають соціальні послуги незалежно від форми власності, а також сім'ям, які здійснюють догляд за інвалідами, консультативну допомогу з питань реабілітації та стороннього нагляду, догляду або допомоги інвалідам;

8) аналізують:

– разом з лікувально-профілактичними закладами, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, профспілковими органами умови праці з метою виявлення факторів, що негативно впливають на здоров'я і працездатність працівників, а також визначають умови та види діяльності, робіт і професій для хворих та інвалідів;

– рівень здоров'я населення та організують проведення робіт із вивчення виробничих, медичних, психологічних, екологічних, соціальних причин виникнення інвалідності, її рівня і динаміки;

9) інформують органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації, профспілки і громадськість про рівень інвалідності, її причини та вжиті реабілітаційні заходи.

Кримська республіканська, обласні, центральні міські комісії:

– здійснюють організаційно-методичне керівництво та контроль за діяльністю відповідно районних, міжрайонних, міських комісій, перевіряють правомірність прийнятих ними рішень і, в разі визнання їх безпідставними, змінюють їх;

– повторно оглядають осіб, які звертаються для встановлення інвалідності і оскаржили рішення районних, міжрайонних, міських комісій, перевіряють якість розроблення індивідуальних програм реабілітації, здійснюють контроль за повнотою і якістю їх виконання; проводять у складних випадках огляд осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленнями районних, міжрайонних, міських комісій;



– визначають медичні показання на право одержання інвалідами спеціального автомобільного транспорту і протипоказання до керування ним;

– надають лікарям комісії консультаційну допомогу з питань проведення медико-соціальної експертизи; впроваджують наукові принципи і методи, розроблені науково-дослідними інститутами, готують пропозиції щодо вдосконалення порядку проведення медико-соціальної експертизи, узагальнюють і поширюють передовий досвід роботи;

– розробляють комплексні заходи щодо профілактики і зниження рівня інвалідності, а також удосконалення порядку проведення реабілітації інвалідів; проводять аналіз рівня та динаміки інвалідності, стан реабілітації інвалідів в Автономній Республіці Крим, області, місті, районі; вживають заходи до підвищення кваліфікації фахівців комісій;

– проводять разом з профспілковими та громадськими організаціями інвалідів конференції, наради, семінари з питань профілактики інвалідності, реабілітації та адаптації інвалідів;

– вносять відповідно до компетенції до Централізованого банку даних з проблем інвалідності інформацію про громадян, які пройшли медико-соціальну експертизу; беруть участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності.

Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ:

- здійснює організаційно-методичне керівництво обласними, Київським та Севастопольським міськими центрами (бюро) медико-соціальної експертизи;

- розробляє комплексні заходи щодо профілактики і зниження рівня інвалідності, а також удосконалення порядку проведення реабілітації інвалідів;

- проводить перевірку обґрунтованості рішень, прийнятих обласними, Київською та Севастопольською центральними міськими комісіями, і, в разі необхідності, скасовує їх;

- повторно оглядає осіб, які оскаржили рішення обласних, Київської та Севастопольської центральних міських комісій, перевіряє якість розроблених ними індиві-

дуальних програм реабілітації, здійснює контроль за повнотою і якістю виконання програми;

- проводить у складних випадках огляд хворих та інвалідів за направленнями обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) медико-соціальної експертизи;

- надає консультаційну допомогу фахівцям з питань проведення медико-соціальної експертизи та обласним, Київській та Севастопольській центральним міським комісіям; направляє в особливо складних випадках осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця);

- впроваджує у практику роботи комісій наукові принципи і методи, розроблені науково-дослідними інститутами, готує пропозиції щодо вдосконалення медико-соціальної експертизи, узагальнює і поширює передовий досвід роботи; бере участь в акредитації обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) медико-соціальної експертизи та атестації лікарів, які входять до складу комісій, вживає заходи до підвищення їх кваліфікації;

- проводить разом з профспілковими та громадськими організаціями інвалідів конференції, наради, семінари з питань профілактики інвалідності, реабілітації та адаптації інвалідів;

- бере участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності.

Комісії мають право:

- одержувати від державних органів, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності і виду їх діяльності відомості, необхідні для роботи комісій;

- направляти осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, до лікувально-профілактичних закладів для проведення огляду з метою уточнення діагнозу і призначення відповідного лікування;

- відвідувати в установленому порядку підприємства, установи та організації незалежно від форми власності і виду їх діяльності, обстежувати робочі місця, виробничі та службові приміщення, ознайомлюватися зі звітами, статистичними та іншими матеріалами з питань, що належать до компетенції комісії;

- подавати державним органам необхідні матеріали для вжиття щодо посадових осіб підприємств, установ та організацій, які порушують права інвалідів, заходів впливу.

Комісії проводять своєчасно огляд (повторний огляд) осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за місцем їх проживання або лікування, у тому числі за місцем тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездомних громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після пред'явлення паспорта чи іншого документа, що засвідчує особу.

Голова лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я представляє повнолітнього хворого, потерпілого від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, який направляється на комісію вперше. Для вирішення соціальних питань і створення з урахуванням ступеня втрати життєдіяльності та професії потерпілого спеціальних умов для виконання роботи запрошується представник власника підприємства, установи та організації, де працює хворий, що досяг повноліття, потерпілий від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, або представник уповноваженого ним органу та профспілкового комітету.

Медико-соціальна експертиза проводиться після повного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб інваліда, визначення клініко-функціонального діагнозу, професійного, трудового прогнозу, одержання результатів відповідного лікування, реабілітації за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями,

наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.

Комісія проводить засідання у повному складі і колегіально приймає рішення. Відомості щодо результатів експертного огляду і прийнятих рішень вносяться до акта огляду та протоколу засідання комісії, що підписуються головою комісії та її членами і засвідчуються печаткою.

Комісія під час встановлення інвалідності керується Інструкцією про встановлення груп інвалідності, затвердженою МОЗ за погодженням з Мінпраці та Радою Федерації незалежних профспілок України.

Коли голова або окремі члени комісії не згодні з прийнятим рішенням, їхня думка зазначається в акті огляду комісії, який подається у триденний строк Кримській республіканській, обласній або центральній міській комісії, що приймає відповідне рішення.

Рішення Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ, Кримської республіканської, обласних, центральних міських комісій (у тому числі в разі проведення огляду у складних випадках) приймається більшістю голосів членів комісій. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос голови комісії. Член комісії, не згодний з прийнятим рішенням, викладає свою думку в письмовому вигляді, яка додається до акта огляду. На вимогу такого члена комісії акт огляду надсилається МОЗ.

Коли особа, яка звертається для встановлення інвалідності, не може з'явитися до комісії за станом здоров'я, згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу, огляд проводиться вдома, у тому числі за місцем проживання у стаціонарних установах для інвалідів та людей похилого віку, установах тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездом-

них громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, або в стаціонарі, де вона перебуває на лікуванні. В окремих випадках, зокрема, коли особа, яка звертається для встановлення інвалідності, проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості, члени комісії можуть приймати рішення за її згодою заочно, на підставі поданих документів.

У разі тимчасового легального перебування громадян України за кордоном на території держав, з якими укладено міждержавні договори (угоди) про соціальне забезпечення, комісія може згідно із заявою хворого, що досяг повноліття, потерпілого від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інваліда, приймати рішення про встановлення інвалідності заочно, за результатами медичного обстеження, в країні тимчасового перебування особи.

Комісія видає особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації і надсилає у триденний строк випуску з акта огляду комісії органів, в якому інвалід перебуває на обліку як отримувач пенсії чи державної соціальної допомоги (щомісячного довічного грошового утримання), що призначається замість пенсії, та разом з індивідуальною програмою реабілітації – органів, що здійснює загальнообов'язкове державне соціальне страхування, випуску з акта огляду комісії про результати визначення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках та потреби у наданні додаткових видів допомоги.

Копія індивідуальної програми реабілітації надсилається також лікувально-профілактичному закладу і органу праці та соціального захисту населення за місцем проживання інваліда. За місцем роботи значених осіб надсилається повідомлення щодо групи інвалідності та її причини, а у разі встановлення ступеня втрати професійної працездатності – витяг з акта огляду комісії про результати визначення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках та потреби у додаткових видах допомоги.

Форма документів, яка використовується у роботі комісії, затверджується МОЗ.

Голова або члени комісії, винні у прийнятті неправильного рішення і незаконній видачі документів про інвалідність, несуть відповідальність згідно із законодавством.

Комісія проводить огляд тимчасово непрацездатної особи, яка звернулася для встановлення інвалідності, протягом семи днів з дня надходження документів, зазначених у пункті 3 цього Положення.

Якщо комісія не прийняла рішення про продовження строку тимчасової непрацездатності, листок непрацездатності закривається датою проведення огляду.

Датою встановлення інвалідності та ступеня втрати професійної працездатності потерпілому від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання у відсотках вважається день надходження до комісії документів, зазначених у пункті 3 цього Положення. Інвалідність та ступінь втрати професійної працездатності (у відсотках) такого потерпілого встановлюються до першого числа місяця, що настає за місяцем, на який призначено повторний огляд.

Інвалідність, що настала внаслідок нещасного випадку на виробництві, встановлюється на підставі результатів огляду потерпілого членами комісії та акта про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом, за формою, визначеною постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р. № 1112 (Офіційний вісник України, 2004 р., № 35, ст. 2337), або на підставі рішення суду про встановлення факту отримання травми на виробництві.

Інвалідність, що настала внаслідок професійного захворювання, передбаченого переліком професійних захворювань, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1662 (Офіційний вісник України, 2000 р., № 45, ст. 1940), встановлюється у разі наявності акта розслідування хронічного професійного захворювання, складеного за формою згідно з додатком 15 до Порядку розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і

аварій на виробництві, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 р. № 1112 (Офіційний вісник України, 2004 р., № 35, ст. 2337), та висновку спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, який має право встановлювати остаточний діагноз щодо професійних захворювань.

Ступінь втрати професійної працездатності працівників (у відсотках), погіршення здоров'я яких пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків, та потреба у медичній і соціальній допомозі визначаються на підставі направлення лікувально-профілактичного закладу, роботодавця або уповноваженого ним органу чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, суду чи прокуратури. Огляд потерпілого проводиться комісією за участю представника Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного захворювання за встановленими формами та висновку спеціалізованого медичного закладу (науково-дослідного інституту професійної патології або його відділення) про професійний характер захворювання.

Причинний зв'язок інвалідності колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті або з виконанням ними інших обов'язків військової служби встановлюється на підставі документів, виданих військово-лікувальними закладами, а також інших документів, що підтверджують факт отримання поранення (захворювання).

Ступінь втрати працездатності військовослужбовців і військовозобов'язаних у період проходження ними служби (зборів) встановлюється у відсотках з метою виплати страхових сум за державним обов'язковим особистим страхуванням у день розгляду комісією таких документів:

1) копії свідоцтва про хворобу, виданого за затвердженою Міноборони формою військово-лікувальним закладом або

районним військовим комісаріатом у разі визнання військово-лікарською комісією військовослужбовця або військовозобов'язаного в період проходження служби (зборів) не придатним за станом здоров'я для подальшого проходження служби (зборів) унаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання. Ступінь втрати працездатності застрахованого військово-службовця або військовозобов'язаного встановлюється з дня проведення військово-лікарською комісією його огляду, але не пізніше дати звільнення такого військовослужбовця або військовозобов'язаного з військової служби;

2) довідки про придатність військово-службовця або військовозобов'язаного до військової служби, що видана військовим лікувальним закладом або районним закладом чи військовим комісаріатом за затвердженою Міноборони формою, якщо:

- застрахованого визнано обмежено придатним до військової служби (зборів) або професійної діяльності у разі втрати ним здоров'я внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, одержаного у період проходження військової служби (зборів), але не підлягає звільненню з військової служби (зборів);

- ступінь втрати працездатності військовослужбовця або військовозобов'язаного встановлюється на підставі поданих військово-лікарською комісією документів;

- застрахованого визнано військово-лікарською комісією придатним до військової служби (зборів) у разі втрати ним здоров'я внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, одержаного у період проходження військової служби (зборів). Ступінь втрати працездатності застрахованого встановлює комісія після закінчення його лікування.

Причинний зв'язок інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві, встановлюється за наявності документів лікувально-профілактичних закладів, що свідчать про початок захворювання або травми, перенесену до 18-річного віку.

Інвалідність, що настала в осіб до 18-річного віку внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), пов'язаного з бо-

йовими діями у період Великої Вітчизняної війни чи з їх наслідками, встановлюється відповідно до медичних документів, які підтверджують факт поранення чи захворювання, або рішення суду щодо зазначених подій та висновків лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Комісія визначає ступінь втрати здоров'я, групу і час настання інвалідності та їх причинний зв'язок з Чорнобильською катастрофою на підставі експертного висновку, визначеного в установленому порядку МОЗ лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, міжвідомчої експертної ради чи постанови військово-лікарської комісії про причинний зв'язок захворювання з Чорнобильською катастрофою та за наявності:

- посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції з відміткою про перереєстрацію або посвідчення потерпілого внаслідок Чорнобильської катастрофи для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;
- посвідчення потерпілої дитини серії "Д" та вкладиша до нього для потерпілих дітей-інвалідів при досягненні ними 18 років.

Особи, які належать до категорії постраждалих із числа тих, які брали участь у ліквідації інших ядерних аварій, у ядерних випробуваннях, у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї або постраждали за інших обставин від радіаційного опромінення не з власної вини, подають, крім посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції з відміткою про перереєстрацію або посвідчення потерпілого внаслідок Чорнобильської катастрофи для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та посвідчення потерпілої дитини серії "Д" та вкладиша до нього для потерпілих дітей-інвалідів при досягненні ними 18 років, відповідний експертний висновок уповноваженого лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, міжвідомчої експертної ради чи постанову військово-лікарської комісії про причинний зв'язок захворювання, що призвело до інвалідності, з іншими ядерними аваріями,

ядерними випробуваннями або військовими навчаннями із застосуванням ядерної зброї, порушенням правил експлуатації обладнання з радіаційною речовиною, порушенням правил зберігання і поховання радіоактивних речовин.

Ступінь втрати здоров'я, група і причинний зв'язок інвалідності осіб, що зазнали політичних репресій, встановлюються на підставі висновків лікувально-профілактичних закладів про виникнення захворювання у період політичних репресій.

Ступінь стійкого обмеження життєдіяльності у хворих для направлення їх у стаціонарні установи соціального обслуговування, недержавні організації, що надають соціальні послуги інвалідам, встановлюється згідно з висновками лікувально-профілактичних закладів та з урахуванням можливості перебування хворих у таких закладах.

Рішення про необхідність виділення інвалідові автомобіля з ручним керуванням приймається комісією відповідно до висновку лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я згідно з переліком медичних показань і протипоказань, затвердженим в установленому порядку МОЗ за погодженням з Мінпраці.

У разі встановлення інвалідності і ступеня втрати здоров'я комісія розробляє на підставі плану медичної реабілітації, що обов'язково надається лікарем, або за участю лікаря індивідуальну програму реабілітації інваліда, в якій визначаються обсяги та види реабілітаційних заходів, методи та строки їх здійснення, засоби реабілітації та відповідальні за виконання. Комісія відповідає за якість розроблення індивідуальної програми реабілітації інваліда та здійснює у межах своїх повноважень контроль за її виконанням.

Повторний огляд інвалідів з нестійкими, оборотними змінами та порушеннями функцій організму з метою визначення ефективності реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться раз на один – три роки.

Повторний огляд інвалідів, а також осіб, інвалідність яких встановлено без зазначення строку проведення повторного огляду, проводиться раніше зазначеного

строку за заявою такого інваліда, інших зацікавлених осіб у разі настання змін у стані здоров'я і працездатності або за рішенням суду чи прокуратури.

Особам, що звертаються для встановлення інвалідності, група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду у разі наявності вроджених вад розумового чи фізичного розвитку, анатомічних дефектів, стійких необоротних морфологічних змін та розладу функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливого прогнозу відновлення працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у місці проживання інваліда, а також інвалідам, у яких строк переогляду настає після досягнення шістдесяти років – у чоловіків та п'ятдесяти п'яти років – у жінок.

У разі незгоди з рішенням районної, міжрайонної, міської комісії хворий, потерпілий від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання або інвалід має право подати протягом місяця після одержання висновку комісії письмову заяву до Кримської республіканської, обласної, Київської та Севастопольської центральних міських комісій або до комісії, в якій він проходив огляд, чи до відповідного управління охорони здоров'я. Комісія, що проводила огляд, або управління охорони здоров'я надсилає у триденний строк після надходження відповідного запиту всі наявні документи на розгляд Кримської республіканської, обласної, центральної міської комісії, яка протягом місяця з дня подання зазначених документів проводить повторний огляд заявника і приймає відповідне рішення.

Рішення Кримської республіканської, обласної, центральної міської комісії може бути оскаржене до МОЗ.

МОЗ за наявності фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає Центральній медико-соціальній експертній комісії МОЗ або Кримській республіканській, Київській та Севастопольській міським або обласній комісії іншої області повторно розглянути з урахуванням усіх наявних обставин пи-

тання, з якого оскаржене рішення, а також вживає інших заходів впливу для забезпечення дотримання законодавства під час проведення медико-соціальної експертизи.

В особливо складних випадках Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ, Кримська республіканська, обласна, центральна міська комісія та МОЗ можуть направляти осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки ДУ «Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця). Після обстеження зазначені науково-дослідні установи складають консультативні висновки, які для комісії мають рекомендаційний характер.

Рішення комісії може бути оскаржене до суду в установленому законодавством порядку.

Особі, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II чи III група інвалідності. I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

Причинами інвалідності є:

- загальне захворювання;
- інвалідність з дитинства;
- нещасний випадок на виробництві (трудова каліцтво чи інше ушкодження здоров'я);
- професійне захворювання;
- поранення, контузії, каліцтва, захворювання:

- одержані під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язані з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, що визнані такими згідно із законодавством, в районі воєнних дій на прифронтових ділянках залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Ве-

ликої Вітчизняної воєн або з участю у бойових діях у мирний час;

- одержані під час захисту Батьківщини, виконання інших обов'язків військової служби, пов'язаних з перебуванням на фронті в інші періоди;

- одержані в районах бойових дій у період Великої Вітчизняної війни та від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння у повоєнний період, а також під час виконання робіт, пов'язаних з розмінуванням боєприпасів часів Великої Вітчизняної війни незалежно від часу їх виконання;

- одержані у неповнолітньому віці внаслідок воєнних дій громадянських і Великої Вітчизняної воєн та в повоєнний період;

- пов'язані з участю у бойових діях та перебуванням на території інших держав;

- пов'язані з виконанням службових обов'язків, ліквідацією наслідків Чорнобильської катастрофи, ядерних аварій, ядерних випробувань, з участю у військових навчаннях із застосуванням ядерної зброї, іншим ураженням ядерними матеріалами;

- одержані внаслідок політичних репресій;

- пов'язані з виконанням обов'язків військової служби або службових обов'язків з охорони громадського порядку, боротьби із злочинністю та ліквідацією наслідків надзвичайних ситуацій;

– захворювання:

- отримані під час проходження військової служби чи служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях;

- пов'язані з впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- одержані в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку.

Основні тенденції інвалідності населення України в теперішній період визначаються зростанням захворюваності, погіршенням соціально-економічних умов життя і екологічної ситуації, зменшенням

доступності і якості медичної допомоги. Зростання кількості інвалідів відбувається на фоні скорочення чисельності населення та його постаріння.

У зв'язку з цим проблеми інвалідності населення є однією з пріоритетних проблем держави і суспільства. У той же час колишні підходи до вирішення цієї проблеми не відповідають сучасним соціально-економічним відносинам та існуючого статусу медико-соціальної служби в Україні.

Основні замовники і контролюючі структури – це Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України.

Реформування служби МСЕ і надання їй незалежного, державного статусу необхідно при одночасному реформуванні управління і фінансування системи охорони здоров'я.

Проте, реформування галузі необхідно починати з вирішення існуючих проблем.

Протягом 2010 року в Україні функціонували 427 МСЕК, з них 60 обласних, центральних міських та 366 – міжрайонних, районних та міських, у тому числі 165 спеціалізованих МСЕК, що за існуючими нормативами недостатньо.

Фактично всі ці комісії регіонально підпорядковані відповідним відділам охорони здоров'я облдержадміністрації, що не сприяє достатній гнучкості в рішенні галузевих організаційно-методичних та медико-соціальних питань.

Проблемою також є той факт, що майже 90% медико-соціальних експертних комісій розташовані в пристосованих приміщеннях (лікувальних установах, житлових будинках та інших організаціях), що не дозволяє дотримуватись 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».

Незважаючи на майже щорічне збільшення кількості лікарів, які працюють у МСЕК, до цього часу мережа МСЕК не

повністю укомплектована за штатним розкладом. Це, в першу чергу, стосується лікарів-реабітологів, до функціональних обов'язків яких входить такий важливий розділ роботи МСЕК як організація та координація роботи з реабілітації інвалідів, складання індивідуальних програм реабілітації та контроль за їхнім виконанням. На сьогоднішній день в мережі МСЕК на постійній роботі працюють реабітологами лише 278 фізичних осіб, що складає 17,8% від загального числа працюючих у МСЕК на постійній роботі.

Не може не викликати тривоги й той факт, що більше третини (37%) лікарів, працюючих сьогодні у МСЕК, складають особи пенсійного віку [7].

Що стосується транспортного забезпечення, то мережа МСЕК тільки на 67,7% і далеко не в повному обсязі забезпечена власним автотранспортом. До цього часу багато регіонів використовують у своїй роботі транспорт інших лікувально-профілактичних закладів. Більша частина транспортних засобів, що знаходяться на балансі у МСЕК, експлуатуються вже протягом багатьох років і не відповідають сучасним вимогам.

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

Останнім часом велика увага стала приділятися питанням реабілітації інвалідів згідно із «Законом про реабілітацію інвалідів в Україні», Указу Президента України «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів».

На сьогодні ці питання знаходяться під контролем Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки, 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 еле-

ментів медико-соціальної експертизи. Хоча зараз при наданні повноцінної соціальної допомоги цей фахівець повинен володіти базовими знаннями в цій області.

Необхідно ввести до штатного розкладу психологів у всі МСЕК, обов'язкове психологічне обстеження хворих перед винесенням експертного висновку (для психічних та соматичних хворих).

Взагалі 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.

З урахуванням вищенаведених даних, пропонуємо:

1. Розробити теоретичні і організаційні основи медико-соціальної експертизи та методичні підходи до визначення інвалідності.

2. Визначити потреби в послідовному ре-формуванні мережі установ медико-соціальної експертизи на основі прогнозу первинної інвалідності.

3. Розробити концепцію і модель взаємозв'язків медико-біологічних і соціально-економічних аспектів інвалідності і реабілітації, визначення понятійних категорій, що характеризують інвалідність і реабілітацію на медико-біологічному і соціально-економічному рівнях.

4. Забезпечити подвійний контроль клініко-експертних діагнозів (ЛКК, лікувально-профілактичних установ та МСЕК) при захворюваннях або наслідків травм із несприятливим прогнозом і у тому числі психічно хворих.

5. Вирішити питання про передачу приміщень в яких розташовуються медико-соціальні експертні комісії в їх власність. Сприяти розвитку медико-соціального моніторингу, в основу якого повинна бути закладена інформаційно-аналітична система, що здійснює постійний ситуативний аналіз і прогноз на основі інформації про рівень здоров'я населення з урахуванням соціально-економічних і екологічних чинників.

6. Сформувати кадровий склад служби МСЕ шляхом професійної підготовки спеціалістів, їх перепідготовки, підвищення



кваліфікації відповідно до програми професійного розвитку.

Така підготовка повинна здійснюватися в навчальних закладах вищого професійного рівня. З метою об'єктивізації і впорядкування винесення рішень, що виносяться, про визнання громадян інвалідами, встановлення контролю за обґрунтованістю цих рішень, оптимізації витрат державного бюджету на соціальну підтримку осіб, визнаних інвалідами, необхідний перехід системи медико-соціальної експертизи на новий правовий рівень захисту винесення рішень при огляді громадян. При цьому юридичний статус лікарів-експертів повинен відповідати спеціальності, занесеній у державний класифікатор професій, а наукових співробітників – науковій спеціальності, паспорт якої затверджується ВАК України, а саме спеціальності «медико-соціальна експертиза та реабілітація».

7. Розробити програму підготовки фахівців за спеціальністю «медико-соціальна експертиза та реабілітація» та ввести її в програму вищих навчальних закладів МОЗ України.

8. Для забезпечення послідовності прийняття експертного рішення та надання адекватних реабілітаційних послуг дитині-інваліду, наступності при переході з під нагляду педіатричної служби, здійснення контролю за динамікою інвалідності та ефективністю реабілітації, рекомендовано покласти на медико-соціальну експертну службу координуючу функцію, для чого першим етапом ввести до складу медико-соціальних експертних комісій лікарів-педіатрів з досвідом експертної роботи.

9. Розвинути автоматизовану галузеву інформаційно-довідкову систему для службового користування з доступом до

інформації, розміщеної в Централізованому банку даних із проблем інвалідності.

10. Створити робочу групу та відрядити її в Росію та Білорусію для вивчення досвіду їх роботи з питань медико-соціальної експертизи та реабілітації.

11. Створити координаційний незалежний державний орган (Комітет, Департамент, або інше), в якому були б зосереджені всі функції у відношенні до людей з обмеженими можливостями та контролю за діяльністю реабілітаційних установ і служб, що мають підпорядкування різним відомствам.

### Література

1. Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженням життєдіяльності. – ВОЗ: Женева, 1993.

2. [http://www.who.int/dg/speeches/2011/disability\\_20110609/ru/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2011/disability_20110609/ru/index.html).

3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» 1995 г.

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

5. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів». 1991р.

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

7. 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. – 130 с.

