

УДК 616-036.86

Актуальні питання медико-соціальної експертизи: технологія, сучасна законодавча база

А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

В усіх державах світу та в будь-якій соціальних групах завжди є інваліди. Їх 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. 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, що дістала назву «Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженими життєдіяльністю». Цей документ став дороговказом для національних урядів у визначенні філософії, видів та обсягів спеціальної допомоги та захисту інвалідів.

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

Відповідно до Конституції України, в нашій державі найвищими соціальними цінностями визнаються людина, її життя, честь і гідність, недоторканність і безпека, а права і свободи людини, їхні 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 вразливих верств, – інвалідів, дає змогу оцінювати прогресивність суспільного життя, рівень економічного розвитку країни та добробуту її громадян. Із цих позицій, надання медико-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 змінювалися відповідно до потреби населення, соціальної політики держави щодо інвалідів та її економічних можливостей.

До 1991 року існувала служба лікарсько-трудова 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 (фізіотричні, травматологічні, онкологічні, психіатричні, профпатологічні, офтальмологічні). Обласну службу лікарсько-трудої експертизи очолював головний експерт – голова обласної ЛТЕК, який підпорядковувався начальнику Управління ЛТЕ Міністерства соціального забезпечення і завідувачу обласного відділу соціального забезпечення.

Служба лікарсько-трудої експертизи належала до Міністерства соціального забезпечення. Проте ЛТЕК розташовувалися на базі лікувально-профілактичних закладів, що мали іншу відомчу підпорядкованість – відповідним відділам (обласним, міським, районним) Міністерства охорони здоров'я. Це вносило певні негаразди 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, що 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.

Різна підпорядкованість служби лікарсько-трудої експертизи і лікувальних закладів мала низку негативних моментів. Так, потребувалися значні зусилля щодо організації спільної роботи ЛТЕК та лікувально-профілактичних закладів по профілактиці і реабілітації інвалідів, розташування ЛТЕК на їхніх базах, підбору кадрів. Проте підпорядкованість ЛТЕК Міністерству соціального забезпечення полегшувала роботу щодо пенсіонування та працевлаштування інвалідів, надання їм соціальної допомоги.

В 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).

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 здоров'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 призвели до необхідності змін в організації та управлінні службою МСЕ.

В 2009 році Кабінет Міністрів України Наказом № 1317 затвердив нове «Положення про медико-соціальну експертизу», яке діє донині.

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

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 і 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. чоловік віком 18 років і старші, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш ніж 100 тис. чоловік.

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 їхніх керівників визначається 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, реабілітаційними підприємствами, установами та організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, незалежно від їхньої 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 відповідно потерпілих на виробництві чи пенсіонерів із військовослужбовців 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 комісії

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 ушкодження здоров'я, а також ступінь втрати професійної працездатності (у відсотках) працівників, які одержали ушкодження 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 інвалідів, потерпілих від нещасного випадку на виробництві, із стійкою втратою працездатності у медичній та соціальній допомозі, в 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 свідоцтва 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 заходів, 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, консультаційну 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 мають негативний вплив на здоров'я і працездатності;

тність працівників, а також визначають умови та види діяльності, робіт і професій для хворих та інвалідів;

стан здоров'я населення та організують проведення робіт з 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 заходів 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 індивідуальних 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 і 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 комісії 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 заходів до підвищення їхньої 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 їхньої 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 їхньої діяльності, обстежувати робочі місця, виробничі та службові приміщення, ознайомлюватися із звітами, статистичними та іншими матеріалами з питань, що належать до компетенції комісій;

подавати державним органам необхідні матеріали для вжиття щодо посадових осіб підприємств,

установ та організацій, що порушують права інвалідів, заходів впливу.

Огляд (повторний огляд) осіб, які звертаються для встановлення інвалідності.

Комісії проводять своєчасно огляд (повторний огляд) осіб, які звертаються для встановлення інвалідності, за місцем їхнього 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 паспорту чи іншого документа, що засвідчує особу.

Голова лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я представляє хворого, який досяг повноліття, 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 Міністрами та Радою Федерації незалежних профспілок України.

На даний час чинною є Інструкція про встановлення груп інвалідності, що затверджена Наказом МОЗ України від 05.09.2011 р. № 561. Інструкція містить загальні положення, що регулюють механізми встановлення груп інвалідності, класифікації основних видів порушення функцій, основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості

та перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду.

У разі, 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.

У разі, 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 бездомних 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

закладові і організації праці та соціального захисту населення за місцем проживання інваліда. За місцем роботи зазначених 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, що використовується у роботі комісій, 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), ушкодження здоров'я яких пов'язане з виконанням ними трудових обов'яз-

ків, 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 військовослужбовця 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 військовослужбовця 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 травму, перенесену до 18-річного віку.

Інвалідність, що настала в осіб до 18-річного віку внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), пов'язаного з бойовими 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 вкладишу до нього для потерпілих дітей-інвалідів при досягненні ними 18 років.

Особи, які належать до категорії постраждалих із 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» і вкладишу 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, які 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 від зазначеного строку за заявою такого інваліда, інших заінтересованих осіб у разі настання змін у стані здоров'я і працездатності або за рішенням суду чи прокуратури.

Особам, які 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 пись-

мову 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 питання, з якого оскаржується 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, 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). 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, яка 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 дільницях залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської

та Великої 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, Держспецв'язку.

Підставою для встановлення I групи інвалідності є стійкі, значно виражені важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, неспроможності до самообслуговування і спричиняють до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

До I групи належать особи з найгіршим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення I групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи у значному III ступені:

- нездатність до самообслуговування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до пересування чи повна залежність від інших осіб;
- нездатність до орієнтації (дезорієнтація);
- нездатність до спілкування;
- нездатність контролювати свою поведінку;

- значні обмеження здатності до навчання;
- нездатність до окремих видів трудової діяльності.

До підгрупи «А» І групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи «А» І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи «Б» І групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування.

Критеріями встановлення підгрупи «Б» І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Інваліди І групи із значно вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та проводити різні види трудової діяльності за умови їх забезпечення засобами компенсації фізичних дефектів або порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів, створення за необхідності спеціальних умов праці, у тому числі вдома.

Підставою для встановлення ІІ групи інвалідності є стійкі, вираженої важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або вродженою вадою, що призводять до значного обмеження життєдіяльності особи, при збереженій здатності до самообслуговування та не спричиняють потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі.

Критеріями встановлення ІІ групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження у вираженому ІІ ступені однієї чи декількох категорій життєдіяльності особи:

- обмеження самообслуговування ІІ ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до самостійного пересування ІІ ступеня – здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до навчання ІІ ступеня – нездатність до навчання або здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами вдома;

- обмеження здатності до трудової діяльності ІІ ступеня – нездатність до провадження окремих видів трудової діяльності чи здатність до трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і/або спеціально

обладнаного робочого місця, за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до орієнтації ІІ ступеня – здатність до орієнтації в часі і просторі за допомогою інших осіб;

- обмеження здатності до спілкування ІІ ступеня – здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і/або за допомогою інших осіб; обмеження здатності контролювати свою поведінку ІІ ступеня – здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку тільки за допомогою сторонніх осіб.

До ІІ групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві хвороби або більше, що призводять до інвалідності, наслідки травми або вроджені вади та їх комбінації, які в сукупності спричиняють значне обмеження життєдіяльності особи та її працездатності.

Друга група інвалідності встановлюється учням, студентам вищих навчальних закладів І–ІV рівнів акредитації денної форми навчання, які вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії.

Інваліди ІІ групи з вираженим обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності, зокрема шляхом створення відповідних умов праці із забезпеченням засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Підставою для встановлення ІІІ групи інвалідності є стійкі, помірно важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або вродженими вадами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності особи, в тому числі її працездатності, але потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критеріями для встановлення ІІІ групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірно вираженому І ступені:

- обмеження самообслуговування І ступеня – здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

- обмеження здатності самостійно пересуватися І ступеня – здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані;

- обмеження здатності до навчання І ступеня – здатність до навчання в навчальних закладах загального типу за умови дотримання спеціального режиму навчального процесу і/або з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб (крім персоналу, що навчає);

- обмеження здатності до трудової діяльності І ступеня – часткова втрата можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне обмеження кваліфікації або зменшення обсягу

професійної трудової діяльності більш ніж на 25 відсотків, значне утруднення в набутті професії чи працевлаштуванні осіб, що раніше ніколи не працювали та не мають професії);

– обмеження здатності до орієнтації I ступеня – здатність до орієнтації в часі, просторі за умови використання допоміжних засобів;

– обмеження здатності до спілкування I ступеня – здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації;

– обмеження здатності контролювати свою поведінку I ступеня – здатність частково контролювати свою поведінку за особливих умов.

Інваліди III групи з помірним обмеженням життєдіяльності можуть навчатися та провадити різні види трудової діяльності за умови забезпечення у разі потреби засобами компенсації фізичних дефектів чи порушених функцій організму, здійснення реабілітаційних заходів.

Проведення процедури спрямування хворого на МСЕК проходить декілька етапів.

Одним з головних чинників успішного її проведення є правильне та якісне оформлення медичної документації.

Основними документами, з якими працює лікар загальної практики при оформленні посильної документації на МСЕК, є:

1. «Направлення (посильний лист) на МСЕК» (форма № 088/о), яке заповнюється лікуючим лікарем лікувально-профілактичного закладу (лікарем загальної практики) за місцем проживання чи лікування хворого, підписується головою і членами лікарсько-консультативної комісії і передається на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК). Підставою для направлення на МСЕК є наявність ознак інвалідності, закінчення терміну інвалідності, переогляд з метою встановлення групи інвалідності, необхідність продовження листка непрацездатності.

При заповненні посильного листа лікар заповнює:

- паспортні дані хворого;
- скарги хворого;
- анамнез захворювання;
- терміни тимчасової втрати працездатності за рік;
- об'єктивний статус хворого;
- результати обстеження фахівцями;
- результати клініко-лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних та інших методів дослідження;
- лікування, що проводиться, та його ефективність;
- обґрунтовується функціональний діагноз, клінічний й трудовий прогнози;

– дані про трудову діяльність хворого (виписка з трудової книжки хворого);

– рекомендації по працевлаштуванню.

При заповненні посильного листа лікар повинен заповнити паспортні дані хворого, скарги, анамнез, терміни тимчасової втрати працездатності за рік, об'єктивний статус, результати клініко-лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічних та інших методів дослідження, а також додати лист з записами необхідних фахівців.

2. На кожного хворого (інваліда), який направляється на МСЕК, заповнюється 1 бланк «Направлення на МСЕК», який зберігається у Акті огляду МСЕК протягом 50 років.

Надається виписка з медичної амбулаторної карти хворого (форма № 027/о), при заповненні якої лікар повинен відобразити динаміку перебігу захворювання, відображаючи кількість і частоту звернень хворого за медичною допомогою амбулаторно, викликів швидкої допомоги, кількість та тривалість перебування у стаціонарах, з відображенням скарг хворого, об'єктивного статусу, діагнозів, динаміки перебігу захворювання, рівня наданої медичної допомоги та ефективності проведених лікувально-реабілітаційних заходів.

Також на МСЕК необхідно представити оригінали:

– виписок з історії хвороби, в яких повинні бути наведені детальні описи нападів та невідкладних станів, що були зафіксовані під час перебування хворого у стаціонарі;

– висновків консультантів;

– висновків лікарів швидкої допомоги, в яких відображено детальні описи нападів та невідкладних станів, з приводу яких викликала карета швидкої допомоги та методи їх купірування.

3. За результатами огляду хворого (інваліда) та прийнятого рішення лікарем-експертом МСЕК заповнюється «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК», яке підписується головою МСЕК і повертається до лікувально-профілактичного закладу, який направив хворого (інваліда) на МСЕК.

4. «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК» зберігається в амбулаторній карті на весь термін її зберігання.

Отже, проблеми інвалідності населення є однією з пріоритетних проблем держави і суспільства, усвідомлення соціальної цінності людини і громадянина визначає Україну як соціальну державу. Інвалідам в Україні гарантовано усю повноту соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених як Конституцією України, так й іншими законодавчими актами.

Основи законодавчої бази в практиці медико-соціальної експертизи

Перелік документів по медико-соціальній експертизі для лікаря сімейної практики

1. Конституція України. Статті 46, 49, 55, 56, 59, 98, 101, 102, 116.
2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів» від 21.03.91 № 875.
3. «Положення про медико-соціальну експертизу» та «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317.
4. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України від 5 вересня 2011р. № 561.
5. «Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда», затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р. № 757.
6. Указ Президента України № 588/2011 від 19 травня 2011 р. «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями».
7. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» від 1991 р. з доповненнями.
8. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо надання державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям та інвалідам» від 15 березня 2011 р.
9. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» з доповненнями.
10. Закон України № 2961 від 06.10.2005 «Про реабілітацію інвалідів в Україні».
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 57 від 07.02.2008 р. «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів».
12. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 р. № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та порядку їх складання».

Приклад Форми № 88/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ <input type="text"/></p>	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 088/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України № <input type="text"/></p>
<p>Направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) Дата видачі « <input type="text"/> » <input type="text"/> 20 <input type="text"/> року</p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого <input type="text"/></p>	

2. Дата народження	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							3. Стать: чоловік – 1, жінка – 2
(число, місяць, рік)								
4. Місце проживання хворого _____								
5. Інвалід _____ групи _____								
6. Місце роботи _____								
7. Адреса місця роботи _____								
8. Спеціальність _____ посада _____								
9. Найменування закладу охорони здоров'я, який направив хворого _____								
10. Під наглядом лікувально-профілактичного закладу з «_____» _____ 20__ року								
11. Історія даного захворювання (початок, розвиток, перебіг, дати загострень; проведені лікувально-профілактичні заходи, заходи щодо відновлення працездатності) : _____								
12. Частота і тривалість тимчасової непрацездатності (відомості за останні 12 місяців):								
з якого і по яке число місяця	найменування хвороби							
13. Зміна професії або умов роботи за останній рік:								
14. Стан хворого при направленні на МСЕК (дані об'єктивного обстеження хірурга, невропатолога та інших спеціалістів):								
15. Рентгенологічні дослідження та інші дослідження:								
16. Лабораторні дослідження:								
17. Діагноз при направленні на МСЕК:								
а) основне захворювання (клінічна характеристика за прийнятою класифікацією, ступінь порушення функцій організму)								
б) супутні захворювання:								
в) ускладнення:								
18. Підстава для направлення на МСЕК: наявність ознак інвалідності, закінчення терміну інвалідності, переогляд, терміновий переогляд, продовження (непродовження) листка непрацездатності (підкреслити).								
Голова ЛКК								
Члени комісії: (прізвища, імена, по батькові)								
М.П.								
«_____» _____ 20__ року								

Продовження форми № 088/о

ПОВІДОМЛЕННЯ закладу охорони здоров'я про рішення МСЕК		-Лінія відрізу-
Дата видачі «___» _____ 20 ___ року		
1. Найменування закладу охорони здоров'я, куди надсилається повідомлення, його адреса		
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого		
3. Дата народження	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(число, місяць, рік)		
4. Дата огляду МСЕК «___» _____ 20 ___ р.		
5. Номер акта		
6. Діагноз МСЕК		
7. ВИСНОВОК МСЕК		
8. Рекомендації щодо соціально-трудової реабілітації		
Голова МСЕК		
Дата «_____» _____ 20 ___ року.		

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
14.02.2012 № 110
Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України 28 квітня 2012 р.
за № 695/21008

ІНСТРУКЦІЯ

щодо заповнення форми первинної облікової документації № 088/о «Направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК)»

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 088/о «Направлення на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК)» (далі – форма № 088/о).
2. Форма № 088/о заповнюється лікуючим лікарем закладу охорони здоров'я за місцем проживання чи лікування хворого, підписується головою і членами лікарсько-консультаційної комісії і надсилається в медико-соціальну експертну комісію (далі – МСЕК).
3. Підставами для направлення на МСЕК є, зокрема, наявність ознак інвалідності, закінчення терміну інвалідності, необхідність продовження листка непрацездатності.
4. На кожного хворого (інваліда), який направляється на МСЕК, заповнюється один бланк форми № 088/о, який зберігається в акті огляду МСЕК протягом 50 років.
5. У графах 1–4 вказуються паспортні дані хворого (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, стать, місце проживання).
6. Графа 5 заповнюється в тому випадку, якщо хворий повторно направляється на МСЕК для переогляду з метою продовження терміну інвалідності чи у разі погіршення стану здоров'я.
7. У графах 6–8 вказуються місце роботи хворого, адреса місця роботи, спеціальність, за якою працює хворий, займана посада.
8. У графах 9, 10 зазначаються найменування закладу охорони здоров'я, який направив хворого на МСЕК, та з якого часу хворий перебуває під наглядом даного закладу.

9. У графах 11–13 зазначаються історія розвитку захворювання, з приводу якого хворий направляється на МСЕК, відомості про тимчасову втрату працездатності за останні 12 місяців, зміну професії, умов праці за останній рік у зв'язку з даним захворюванням.

10. Стан хворого на час направлення на МСЕК, дані про рентгенологічні, лабораторні та інші дослідження заповнюються у графах 14–16.

11. У графі 17 вказується діагноз при направленні хворого на МСЕК: основний, супутні захворювання та ускладнення основного захворювання. Діагноз вписується розбірливо, без скорочень.

12. У графі 18 вказується причина направлення хворого на МСЕК.

13. Заповнена форма № 088/о завіряється головою лікарсько-консультаційної комісії (прізвище, ім'я та по батькові, підпис) та її членами, завіряється печаткою закладу охорони здоров'я, який направив хворого на МСЕК.

14. За результатами огляду хворого (інваліда) та прийнятого рішення лікарем-експертом МСЕК заповнюється «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК», яке підписується головою МСЕК і повертається до закладу охорони здоров'я, який направив хворого (інваліда) на МСЕК. «Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК» зберігається в амбулаторній карті весь термін її зберігання.

Директор Департаменту
лікувально-профілактичної
допомоги

М. К. Хобзей



УДК: УДК 616-036.86

Основи складання індивідуальної програми реабілітації

О. М. Мороз

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
Міністерства охорони здоров'я України», Дніпропетровськ

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах у реабілітаційних заходах мають потребу 20–25 % стаціонарних хворих, 40–45 % хворих, які лікуються в поліклініках. Постійний розвиток відновлювальної терапії та медико-соціальної реабілітації спрямований на підвищення якості життя хронічних та тяжких хворих та на зменшення економічних витрат суспільства на утримання людей з обмеженими можливостями.

У зв'язку з цим за останні роки в Україні була прийнята низка законодавчих актів щодо розвитку системи реабілітації в цілому, а найголовніше – питанням надання індивідуально орієнтованих реабілітаційних послуг.

Медико-соціальна реабілітація хворих, інвалідів та людей похилого віку – це процес відновлення або підтримки максимально можливого рівня фізичного, психологічного та соціального статусу у даної категорії осіб (враховуючи і дітей), які втратили будь-які функції внаслідок хронічного або вродженого захворювання, оперативного втручання або травми, за допомогою координовано проведених заходів державного медичного, психологічного, соціального, педагогічного, професійного, економічного та законодавчого характеру настільки, щоб вони могли уникнути інвалідності або мати

найменший ступінь втрати працездатності, пристосуватися до нових умов життя та бути інтегрованими в суспільство з досягненням соціальної та економічної незалежності та дійсного рівноправ'я при порівнянні з практично здоровими людьми.

На початку розвитку сучасного стану медико-соціальної реабілітації були **Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів**, затверджені Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р. № 48/96, які передбачають рівні стартові можливості для всіх осіб незалежно від їхнього психофізичного розвитку, здоров'я, віку, статі, соціально-економічного статусу і визначають такі цільові сфери – доступність до матеріального оточення, інформації та комунікацій, освіти, зайнятості, підтримка доходів і соціальне забезпечення, сімейне життя і свобода особистості, культура, відпочинок, спорт і релігія.

Рівні можливості інвалідів з усіма громадянами в нашій країні регламентовані Конституцією України.

Вперше соціальні гарантії інвалідам були надані Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який був введений Постановою ВР № 876–XII від 21.03.91 р.