

УДК 616-036.86

ПРО СТАН ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» м. Дніпропетровськ

Україна проводить послідовну роботу щодо переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності; створення умов для інтеграції інвалідів до активного суспільного життя; підвищення державних гарантій у досягненні вищих соціальних стандартів у матеріальному забезпеченні інвалідів; створення безперешкодного середовища для інвалідів; забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій інвалідів у розв'язанні проблем інвалідів.

Інвалідність як соціальне явище притаманна кожній державі. На сьогодні рівень інвалідизації жителів планети сягає показника в понад мільярд осіб або 15 %. В Україні чисельність осіб з інвалідністю становить 2 788 226 або 6,1 % від загальної чисельності населення нашої держави. Ці дані красномовно свідчать про гостроту та поширеність проблеми інвалідності.

Через наявність проблем зі здоров'ям особи з інвалідністю потребують вжиття з боку державних та громадських інституцій спеціальних заходів, спрямованих на забезпечення їхньої повної та повноцінної участі в житті соціуму на рівні з іншими.

Національним законодавством встановлено гарантії для осіб цієї категорії, які стосуються всіх сфер життєдіяльності суспільства, у тому числі охорони здоров'я, освіти, зайнятості, дозвілля, відпочинку, спорту тощо.

Формування та реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю здійснюється на основі ст. 3 Конституції України (КУ), відповідно до якої людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави [1].

Формування та реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю здійснюється на основі норм КУ, Конвенції, Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України», «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та «Про соціальні послуги», Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706, та інших нормативно-правових актів, загальна кількість яких становить понад дві тисячі [2–4].

З огляду на вищезазначене, слід констатувати, що на сьогодні діяльність усіх національних інституцій, у тому числі органів державної влади, громадських об'єднань тощо, спрямована на створення

таких умов, за яких особи з інвалідністю зможуть вести незалежний спосіб життя і брати активну участь у всіх його аспектах.

Тривалий час в Україні осіб з інвалідністю розглядали як таких, що через втрату здоров'я певною мірою (повністю або частково) втратили працездатність. Відповідне трактування інвалідності відображало лише медичні й діагностичні підходи та ігнорувало недосконалість і недоліки оточуючого середовища. Згодом в Україні було змінено таке утилітарне, прагматичне розуміння інвалідності. Життя людини нині розглядається як цінне саме собою, а не виключно через призму можливості або неможливості працювати.

Зміст категорії «інвалід» повною мірою відповідає Конвенції. Зокрема, відповідно до Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про реабілітацію інвалідів в Україні», інвалід – це особа зі стійким розладом функцій організму, що під час взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Інвалідність, згідно з національним законодавством, визначається як міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що під час взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Таким чином, поняття «інвалід» та «інвалідність» зорієнтовані не виключно на «посилений соціальний захист», як це було до ратифікації Конвенції, а на недосконалість оточення та наявність бар'єрів для нормальної життєдіяльності людей з інвалідністю. Тобто, політика щодо людей з інвалідністю в Україні вже орієнтується на необхідність усунення бар'єрів та здійснення активних заходів за цим напрямом.

Інвалідність повнолітніх осіб в Україні встановлюється медико-соціальними експертними комісіями (далі – МСЕК), а дітей – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів (далі – ЛКК).

Залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності під час взаємодії

з зовнішнім середовищем унаслідок втрати здоров'я особі, визнаній інвалідом, установлюється перша, друга чи третя група інвалідності.

Перша група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від міри втрати здоров'я інваліда та обсягів потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або диспансерному нагляді.

До підгрупи А першої групи інвалідності належать особи з виключно високою мірою втрати здоров'я, надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування.

До підгрупи Б першої групи інвалідності належать особи з високою мірою втрати здоров'я, значною залежністю від інших осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій і які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування. Особам у віці до 18 років ЛКК лікувально-профілактичних закладів установ-

люється категорія «дитина-інвалід», а особам у віці до 18 років з виключно високою мірою втрати здоров'я та з надзвичайною залежністю від постійного стороннього догляду, допомоги або диспансерного нагляду інших осіб і які фактично не здатні до самообслуговування, – категорія «дитина-інвалід» підгрупи А [5].

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 [6].

В Україні за даними Мінсоцполітики станом на 1 січня 2013 р. чисельність осіб з інвалідністю становила 2 788 226, або 6,1 % від загальної чисельності населення, проти 5,3 % у 2006 році. Таким чином, кількість інвалідів станом на 1 січня 2013 р. на 293,0 тис. осіб більше, порівняно з чисельністю інвалідів станом на відповідну дату 2006 р. (рис. 1).

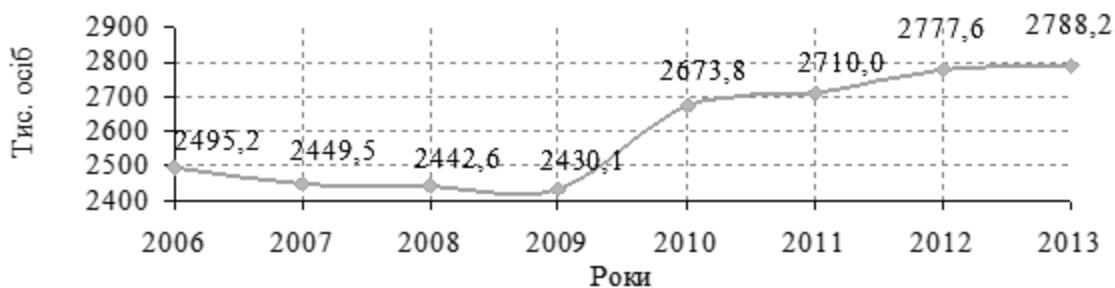


Рис. 1. Динаміка загальної чисельності інвалідів в Україні станом на початок 2006 – 2013 рр. (за даними Мінсоцполітики України)

Серед загальної чисельності інвалідів в Україні станом на 1 січня 2013 р. питома вага осіб, які мають I групу інвалідності, становила 10,7 % (298,2 тис. осіб), II групу – 37,8 % (1 054,4 тис. осіб), III групу – 45,5 % (1 268,5 тис. осіб). Частка дітей-інвалідів віком до 18 років становила 0,6 % (167,1 тис. осіб).

Станом на 1 січня 2013 р. найбільше інвалідів I групи зосереджувалося в Донецькій, Львівській та Одеській областях – 8,8 %, 5,8 %, 5,6 % від загальної чисельності інвалідів I групи в Україні загалом; найменша їхня кількість мешкала в м. Севастополі, Чернівецькій, Херсонській та Кіровоградській областях – 0,7 %, 1,6 %, 1,8 % та 1,8 %, що кореспондується з чисельністю населення цих регіонів (рис. 2). Міжрегіональна диспропорція за абсолютною чисельністю осіб з інвалідністю I групи за станом на цю ж дату 2013 р. становила 12,9 рази (від 2 039 осіб з інвалідністю I групи у м. Севастополі до 26 271 осіб у Донецькій області).

Стосовно інвалідів II групи, то станом на 1 січня 2013 р. найбільша їхня чисельність – в Донецькій області, м. Києві, Одеській області – 8,1 %, 7,1 %, 7,0 %, найменша – у м. Севастополі, Херсонській та Чернівецькій областях – 0,9 %, 1,6 %, 1,7 % (рис. 3). Варіація чисельності осіб з інвалідністю II групи серед регіонів України у 2013 р. коливалася в межах від 9 244 інваліди II групи у м. Севастополі

до 85 292 інваліди II групи у Донецькій області, а перебільшення становило 9,2 разу.

Станом на 1 січня 2013 р. у Донецькій, Львівській та Дніпропетровській областях мешкало найбільше інвалідів III групи, порівняно з іншими регіонами України, – 11,1 %, 8,2 %, 6,6 % від загальної чисельності інвалідів III групи. Найменша їхня чисельність зареєстрована в м. Севастополі, Чернівецькій та Херсонській областях – 0,5 %, 1,8 %, 2,0 % (рис. 4). Диференціація між максимальною (у Донецькій області – 140 469 осіб) та мінімальною (у м. Севастополь – 6 653 осіб відповідно) чисельністю інвалідів III групи за регіонами становила 21,1 разу.

Слід зазначити, що станом на 1 січня 2013 р., відповідно до даних Мінсоцполітики, такі регіони, як Донецька, Дніпропетровська та Львівська області концентрують найбільшу чисельність дітей-інвалідів віком до 18 років – 8,4 %, 6,9 % та 6,2%; найменшу – м. Севастополь, Херсонська та Сумська області – 0,7 %, 2,0 %, 2,1 % від загальної чисельності дітей-інвалідів віком до 18 років в Україні (рис. 5). Станом на 1 січня 2013 р. у абсолютному вираженні максимум серед регіонів України становив 14 103 дітей-інвалідів для Донецької області, а мінімум – 1 141 дитина-інвалід у м. Севастополі. Таким чином, міжрегіональна диспропорція за рівнем дитячої інвалідності становить 12,4 разу.



Рис. 2. Розподіл чисельності інвалідів I групи за регіонами України станом на 1 січня 2013 р. (за даними Мінсоцполітики України)

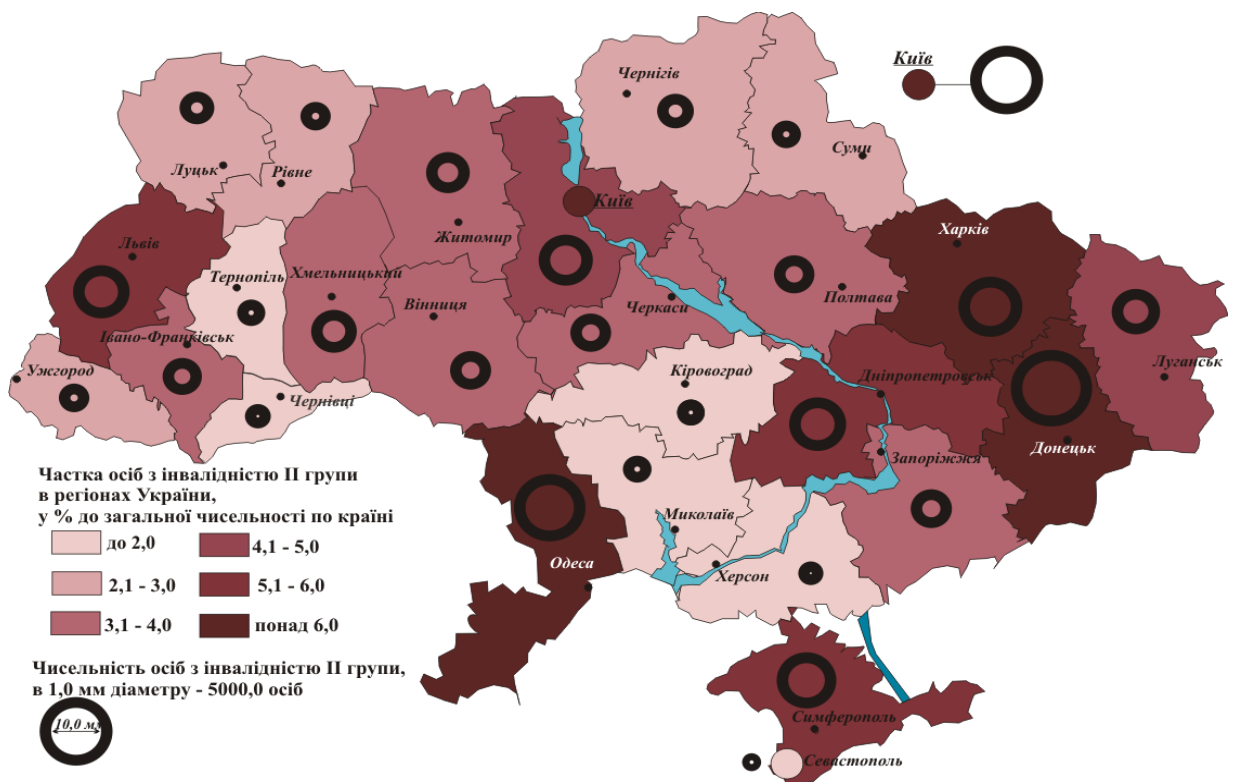


Рис. 3. Розподіл чисельності інвалідів II групи за регіонами України станом на 1 січня 2013 р. (за даними Мінсоцполітики України)

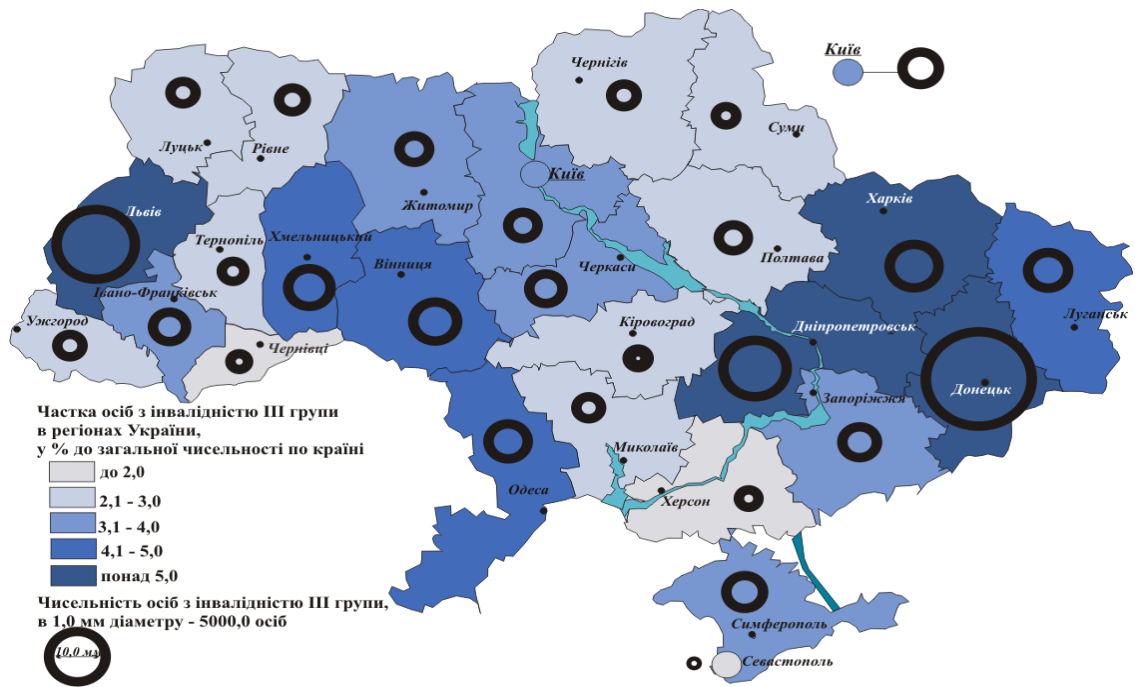


Рис. 4. Розподіл чисельності інвалідів III групи за регіонами України станом на 1 січня 2013 р. (за даними Мінсоцполітики України)

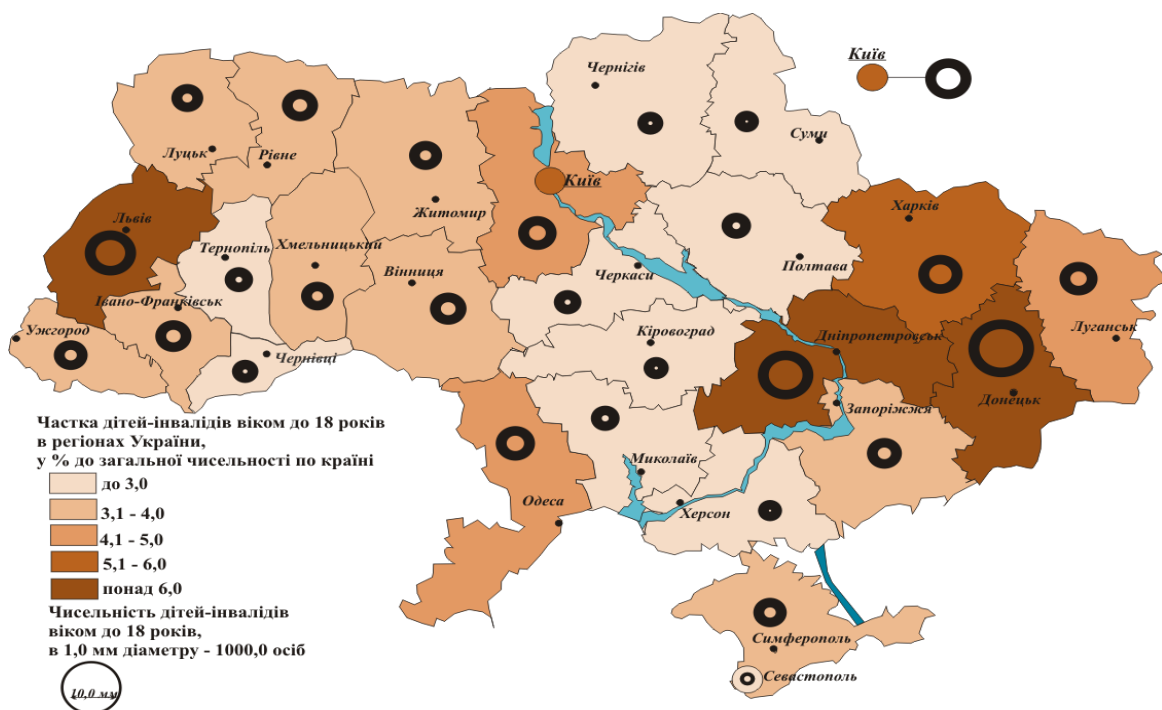


Рис. 5. Розподіл чисельності дітей-інвалідів віком до 18 років за регіонами України станом на 1 січня 2013 р. (за даними Мінсоцполітики України)

Однак слід зауважити, що в країні відсутня статистична інформація щодо таких соціально-демографічних характеристик інвалідів, як чисельність інвалідів за віковими групами; чисельність працездатних інвалідів у працездатному віці; освітньо-кваліфікаційний рівень інвалідів [7].

Щодо первинно визнаних інвалідами, то у 2013 році відбулося зниження кількості інвалідів унаслідок загального захворювання, інвалідів з дитинства та інвалідів внаслідок аварії на ЧАЕС. Однак кількість інвалідів унаслідок виробничих травм або професійного захворювання та кількість інвалідів серед військовослужбовців залишилася на попередньому рівні. Це пов'язано з наявністю певних соціальних пільг, що встановлені даному контингенту законодавством. Тому в сучасних соціально-економічних умовах не зменшується кількість осіб, які звертаються за встановленням груп інвалідності. Слід зазначити, що в більшості випадків це стосується виробничих травм, які не сталися у 2013 році. Привертають до себе увагу такі факти. Особи, що досягли пенсійного віку, вперше звертаються на МСЕК для проведення медико-соціальної експертизи на підставі актів про нещасний випадок на виробництві за формою Н 1, які складені більше 20 років тому. До досягнення пенсійного віку вони «не хочуть псувати стосунки з адміністрацією підприємств, на яких працюють». Однак поспіль, на пенсії, звертаються щодо відшкодування наслідків отриманих травм. Те ж саме стосується й професійних захворювань. Обстежені в закладах, які встановлюють зв'язок хвороб з дією шкідливих виробничих факторів, відбувається одразу після виходу на пенсію, а іноді й через 10–15 років поспіль. Необхідно зауважити, що в даних ситуаціях, як правило, розслідування професійного захворювання проводиться санепідстанціями на засадах документів про шкідливі виробничі фактори, які представлені за роки, що не відповідають рокам праці на них особи, якій встановлено професійне захворювання.

Стосовно військовослужбовців, то військово-лікарняні комісії пов'язують із проходженням служби в Збройних силах, а іноді й з виконанням обов'язків військової служби такі травми, які за своїм механізмом отримання, а хвороби – за своєю етіологією та патогенезом, перебігом неможливо пов'язати.

У розрізі областей України в 2013 році, як і в попередні роки, першість серед кількості первинно визнаних інвалідами внаслідок виробничих травм та професійних захворювань належить Донецькій області (3,5 на 10 тис. населення), на другому місці – Дніпропетровська область (2,6 на 10 тис. населення), на третьому – Львівська (1,8 на 10 тис. населення). Луганська область – на четвертому місці (1,6 на 10 тис. населення). Необхідно зауважити зменшення даного показника в цих областях, порівняно з попередніми роками. Ці регіони є центрами вугільно-металургійного виробництва та їхнє лідерство цілком зрозуміле.

Найбільше інвалідів з дитинства визнано вперше в Львівській області, де на 10 тис. населення цей показник склав 5,2, в Івано-Франківській області – 5,1, в Кіровоградській області – 4,8. Необхідно більш ретельно проаналізувати дані показники і зробити необхідні висновки разом з педіатричною службою зазначених регіонів з метою виявлення причин такої ситуації і запобігання розвитку подальшого її погіршення.

Стосовно інвалідності серед військовослужбовців, то найбільша кількість осіб первинно визнаних інвалідами внаслідок цієї причини в Полтавській області (2,4 на 10 тис. населення), Житомирській та м. Києві (по 1,9 на 10 тис. населення). Під час проведення аналізу цих даних у нас виникли певні труднощі. Враховуючи той факт, що за демографічними показниками та особливостями соціального складу даних регіонів питома вага військовослужбовців не переважає в складі населення.

Тенденція до зниження первинної інвалідності серед працюючих продовжувалася у 2013 році – зниження відбулося на 1,4 % (у 2012 році зниження було більш суттєвим – 4,1 %).

Первинна інвалідність працюючих склала у 2013 році 28,0 випадків проти 28,4 випадку на 10 тис. населення працездатного віку в попередньому році. Суттєве збільшення інвалідності працюючих відбулося у таких регіонах України: м. Севастополь (+23,4%), Рівненська область (+17,2%). Це пов'язано, вочевидь, із пільгами, що надаються інвалідам місцевими органами влади в зазначених регіонах.

Протягом останнього десятиріччя інвалідність сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення, у тому числі й за 2013 рік. Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення у 2013 році серед міського населення склала 43,5, а сільського – 45,8; серед населення працездатного віку відповідно – 48,2 та 59,0. Ця тенденція пов'язана в основному з двома основними факторами: значне ускладнення з працевлаштуванням у сільських районах та низький рівень медичної допомоги, порівняно з міським. Сподіваємося, що реформа охорони здоров'я, яка набирає обертів у країні, усуне існуючий уже багато років переки.

Первинна інвалідність дорослого населення загалом в Україні у 2013 році знизилася на 3,5 % – з 45,8 до 44,2 випадку на 10 тис. дорослого населення. Ця позитивна тенденція, вперше за останні п'ять років, спостерігається по всіх регіонах України, крім Донецької області, де вона залишилася на попередньому рівні. Найбільш знизилася інвалідність дорослого населення в Чернівецькій (-15,1 %) та Чернігівській (-10,5 %) областях.

Позитивні зміни, які відбуваються, пов'язані з низкою причин. По-перше, протягом останніх трьох років у країні прийнята низка законних актів, що спрямовані на поліпшення надання медико-санітарної допомоги населенню. Упродовж 2010–2013 років Міністерство охорони здоров'я України активно працювало над реалізацією програмних

завдань виведення охорони здоров'я на якісно новий рівень розвитку та вирішення актуальних питань діяльності галузі в рамках Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки. Прийнято низку нормативно-правових документів, які саме зараз відобразилися на показниках інвалідності: Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення», Наказ МОЗ України від 30.08.2010 № 735 «Про затвердження примірних етапів та складових реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 07.07.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів МОЗ України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [8–10].

Необхідно зупинитися на показниках інвалідності дорослого населення в 2013 році в областях, які беруть участь у пілотному проєкті з реформування охорони здоров'я. У Вінницькій області зниження інвалідності дорослого населення відбулося на 2,2 %, у Дніпропетровській – на 1,4 %, у Донецькій – показник залишився на рівні попереднього року, в м. Києві – знизився на 2,6 %. Проте, зазначені області, як відмічено вище, не ввійшли до лідерів зі зниження інвалідності серед дорослого населення.

Інші причини пов'язані з місцевими особливостями регіонів: соціально-економічними та екологічними.

Проте, найбільші показники первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення у 2013 році були у Вінницькій (52,5), Львівській (52,0) та Полтавській (50,5) областях за середнього по Україні – 44,2.

Найменші рівні первинної інвалідності на 10 тис. дорослого населення у 2012 році були в Сумській (37,0), Харківській (38,5) та Херсонській (39,0) областях.

У 2013 році первинна інвалідність дорослого населення зростає за такими нозологічними формами: тиреотоксикоз – на 150 %, тобто у 2,5 рази та деформуючий артроз – на 6,7 %.

Зростання у 2,5 рази інвалідності внаслідок тиреотоксикозу, на нашу думку, можна пояснити двома основними причинами. Перша, це зростання протягом останніх двох десятиріч розповсюдженості та захворюваності на тиреотоксикоз серед населення України, що є наслідком Чорнобильської катастрофи. Друга – це внесення змін до Інструкції про встановлення груп інвалідності, що затверджена наказом МОЗ України від 05.09.2011 № 561. До розділу III, який містить перелік станів, за яких група інвалідності встановлюється без строку перегляду, внесено пункт 3.4.39, який відображає наявність стану: «Тотальна тиреоїдектомія з субкомпенсованим або некомпенсованим гіпотиреозом за адекватного лікування». До цього цей пункт торкався лише хворих, оперованих з приводу злоякісних новоутворень щитоподібної залози. Таким чином, до МСЕК почали звертатися особи, які прооперовані на щитоподібній залозі й з інших причин.

Зростання інвалідності внаслідок деформуючого артрозу необхідно й надалі аналізувати й знаходити причини такого зростання.

Первинна інвалідність населення працездатного віку також дещо знизилася в Україні (на 1,7 %), з 52,3 до 51,4 випадку на 10 тис. працездатного населення. Лише у трьох адміністративних територіях відбулося зростання. Львівська область – у «лідерах» за даним показником: +6,9 %. Проте інші два регіони значно «відстають» від неї: Донецька область та м. Київ по +0,5 %. Ще в двох областях – Тернопільській та Харківській у 2013 році показник первинної інвалідності осіб працездатного віку залишився на рівні попереднього 2012 року. За інтенсивним показником (на 10 тис. працездатного населення) найвищі показники у таких регіонах: знову Львівська (63,4), Житомирська (57,2) та Донецька (56,1). Найменший цей показник, як і в попередньому році, у містах Севастополі та Києві (по 39,0).

Серед працездатного населення зростання інвалідності відбулося за такими нозологічними формами: також як і серед дорослого населення – це деформуючий артроз – на 6,3 %, ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – на 4,5 %. За іншими нозологічними формами відбулося зниження інвалідності або її показники залишилися на попередньому рівні.

Структура первинної інвалідності, як дорослого населення, так і населення працездатного віку, вперше за останні п'ятнадцять років, змінилася. Хвороби системи кровообігу перше рангове місце тепер посідають тільки у структурі дорослого населення (22,8 %), а серед населення працездатного перше місце поділяють хвороби системи кровообігу та, на жаль, новоутворення (по 19,2 %). На другому місці серед дорослого населення – новоутворення (20,9 %), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи. Серед працездатного населення на другому місці – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (12,0 %), на третьому – також хвороби кістково-м'язового апарату (11,2 %).

Зростання первинної інвалідності внаслідок новоутворень, показники якої в 2013 році вийшли на перше місце поряд з показниками інвалідності внаслідок серцево-судинних захворювань серед працездатного населення, – тривожний факт, що є прямою спадщиною страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Як показує світовий досвід атомних катастроф, нам ще довго доведеться платити за цю трагедію. Сподіваємося, що Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка затверджена Законом України від 23.12.2009 р., уже наступного року позитивно вплине на показники інвалідності внаслідок новоутворень.

У розподілі первинної інвалідності за групами у 2013 році ніяких суттєвих змін не відбулося. Як і в попередні роки, є зростання частоти та питомої ваги інвалідів III групи як серед дорослого, так і серед населення працездатного віку, питома вага III групи відповідно склала 53,2 % та 59,2 %. Перевищує середній показник питомої ваги III групи

серед дорослого населення у Львівській (65,7%), Закарпатській (62,8%) та Донецькій (61,5%) областях. Серед населення працездатного віку питома вага III групи найбільша у Тернопільській (68,1%), Вінницькій (67,3%) та Чернівецькій (67,7%) областях. Таким чином, у даних областях $\frac{3}{4}$ усіх первинно визнаних інвалідами серед осіб працездатного віку встановили III групу інвалідності.

Зазначена тенденція – щорічне збільшення питомої ваги III групи інвалідності серед первинно визнаних інвалідами, як серед дорослого, так і серед працездатного населення, насамперед обумовлена складною економічною ситуацією у країні, зростанням безробіття. Тому для багатьох пенсія по інвалідності – єдине джерело існування.

Кількість оскарження рішень первинних МСЕК у 2013 році дещо знизилася: підтверджено рішення у 85,9%, як і в попередньому 2012 році; кількість скасування попередніх рішень залишилася майже стабільною – 14,1% (14,5% у 2012 році). По оскарженню рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасування зареєстровано у таких регіонах: АР Крим (22,3%), Львівська та Харківська області (по 20,9%) за середнього показника по Україні 12,4%.

Щодо контрольних оглядів, то кількості скасування попередніх рішень первинних МСЕК у 2013 році дещо збільшилася – з 1,3% у попередньому році до 1,6% за зменшення абсолютної кількості контрольних оглядів з 33 831 до 33 566.

У 2013 році до МСЕК за наданням медико-соціальної допомоги звернулися 2118 осіб, які є учасниками бойових дій. З них, 2004 особам (94,6%) встановлено вперше інвалідність. Щодо причин інвалідності, то у 1440 осіб (71,9%) причина інвалідності – інвалід війни, у решти – загальне захворювання. Всі випадки невстановлення груп інвалідності або встановлення причини інвалідності «загальне захворювання» учасникам бойових дій розглядалися на обласних МСЕК. У 42,3% випадків медико-експертні справи направлялися на заочні консультації і в 33,9% випадків такі особи знаходилися на обстеженні в клініках ДУ «Укр Держ НДІ МСП МОЗ України» або Українського НДІ реабілітації. Порушень прав даної категорії інвалідів не було. Невизнання інвалідами або встановлення причиною інвалідності у даної соціальної категорії «загального захворювання» обґрунтовано, відповідає діючим нормативно-правовим документам.

Діти-інваліди є актуальною проблемою сучасного суспільства. В даний час у динаміці стану здоров'я дитячого населення країни намітилося безліч несприятливих тенденцій: підвищення частоти вроджених та спадкових захворювань, прогресуюче зростання хронічних форм соматичної патології і, як результат, підвищення загальної кількості пацієнтів, які мали статус «дитина-інвалід», котрі спрямовуються на МСЕК, коли виповнюється 18 років.

Дитяча інвалідність почала формуватись як самостійна багатопланова проблема лише в останні десятиліття, проте, статус дитини-інваліда вперше

був введений у СРСР у 1989 році. Із 1992 року показники інвалідності з окремих захворювань враховуються і розробляються окремо для дитячого та дорослого населення.

В Україні, за даними Щорічної доповіді про стан здоров'я населення та санітарно-епідеміологічної ситуації (2012 рік), 165 тисяч 121 дитина-інвалід. Структура інвалідності дітей (за нозологічними формами) протягом останніх семи років залишається незмінною. На першому місці – вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (30,0%), на другому місці – хвороби нервової системи (14,2%); на третьому місці – розлади психіки та поведінки (13,0%).

Привертають увагу дані щодо кількості оглянутих на МСЕК осіб, які досягли в 2013 році 18 років, та показники первинної інвалідності серед даної категорії молодого населення України. В 2013 році до МСЕК було направлено 11222 особи віком 18 років. З них, 10894 особам (97,1%) встановлені групи інвалідності. Найбільше осіб у 18 років направлено на МСЕК у Донецькій (821 чол.), Львівській (761 чол.) та Дніпропетровській (590 чол.) областях. Отримані статистичні дані відповідають розподілу чисельності дітей-інвалідів по регіонах України. Найбільша чисельність дітей-інвалідів у 2011 році реєструвалася в Донецькій (13 717 дітей – 8,3%), Дніпропетровській (11 290 – 6,8%), Львівській (10 355 – 6,3%) і Харківській (8806 – 5,3%) областях.

Серед первинної інвалідності у віці 18 років досить велика питома вага I групи – 13,1%. Причому переважає IA група (7,9%). Майже третина первинної інвалідності у віці 18 років припадає на II групу (38,7%), що пояснюється існуючим законодавством, яке передбачає за наявності інвалідності III групи на період навчання встановлювати II групу інвалідності для соціальної підтримки молоді особи на період здобуття професії.

Щодо інвалідності внаслідок аварії на ЧАЕС, то у 2013 році на МСЕК було оглянуто 3673 особи, з них 2992 (81,5%) встановлено групу інвалідності. Найбільша кількість оглянутого населення даної соціальної категорії в Київській області – 363 особи, Житомирській – 401 особа. Всім оглянутим на МСЕК у зазначених областях, тобто у 100,0% випадків, встановлено групу інвалідності. В м. Києві оглянуто 363 особи, інвалідність встановлено – в 30,3% випадків. Отримані дані цілком зрозумілі, саме ці області найбільше постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

Необхідно зупинитися на такому питанні, як скарги громадян до різних інстанцій, включаючи найвищі гілки влади. Скарги громадян у 59,2% випадків стосуються визначення груп інвалідності та відсотків втрати професійної працездатності (у постраждалих на підприємствах), 32,4% – зміни причин інвалідності, 8,4% – інші. Аналіз скарг громадян проведено в усіх регіонах України. За його даними можна зробити такі висновки. Необхідно проводити активну роз'яснювальну роботу серед хворих та інвалідів, що дасть можливість досягти підвищення прозорості прийняття експертних

рішень МСЕК, проводити роботу щодо підвищення точності та ефективності прийняття експертних рішень. Обґрунтованість та виваженість рішень МСЕК скоротить кількість скарг населення.

Протягом останніх двадцяти років наша держава тримає курс на забезпечення реалізації особами з інвалідністю їхніх прав та свобод, ліквідацію будь-яких проявів дискримінації відносно них, зміну існуючих стереотипів щодо осіб цієї категорії та усвідомлення їх повноправними членами суспільства.

Одним з основних прав людини, необхідним для реалізації інших прав, є право на збереження здоров'я. Вкрай важливим для цього є забезпечення доступності медичних послуг кожній людині без будь-якої дискримінації. Право людей з інвалідністю на найвищий досяжний рівень здоров'я визнано одним із найважливіших конституційних прав в Україні. Відповідно до чинної нормативно-правової бази, держава несе зобов'язання щодо забезпечення доступу інвалідів до послуг у сфері охорони здоров'я, у тому числі до реабілітації за станом здоров'я, які враховують гендерну специфіку, у своєму місцевому співтоваристві і без фінансових витрат.

Право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування визначається ст. 49 КУ, згідно з якою охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Правове регулювання права осіб з інвалідністю на медичне забезпечення визначається ст. 36 ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», якою встановлено, що медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді забезпечення медикаментами та шляхом надання послуг з медичної реабілітації. Види необхідної медичної допомоги інвалідам визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації інваліда [2].

Правові засади надання медичної реабілітації інвалідів в Україні регулюються ст. 33 ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [3]. Цією статтею визначено, що медична реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється в лікувально-профілактичних закладах, реабілітаційних установах відповідного типу. Медична реабілітація включає всі види відновного лікування у стаціонарних, амбулаторних і санаторно-курортних умовах, диспансерне спостереження, профілактичні заходи, а також реконструктивну хірургію, протезування та ортезування. Під час виникнення у хворих дефекту здоров'я в результаті захворювання або травми, в тому числі під час переходу захворювання в хронічну стадію, медико-соціальні експертні комісії

(лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – для неповнолітніх) або реабілітаційні установи складають відповідний розділ індивідуальної програми реабілітації інваліда. Конкретні обсяги, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів визначаються в індивідуальній програмі реабілітації інваліда. Інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються медичним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності медичний патронаж здійснюють виїзні реабілітаційні бригади.

Для забезпечення та зміцнення здоров'я, профілактики та зниження захворюваності громадян України, у тому числі з інвалідністю, скорочення рівня смертності населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості та прав громадян на охорону здоров'я, КМУ прийняті постанови від 22 червня 2011 р. № 725 «Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розроблення новітніх технологій створення вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011–2015 роки» та розпорядження від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» [11–12].

З метою підвищення ефективності надання громадянам України, у тому числі людям з інвалідністю, медичної допомоги, забезпечення своєчасності її надання та достовірності статистичної інформації КМУ постановою від 6 червня 2012 р. за № 546 «Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів» затвердив процедуру створення та функціонування Електронного реєстру пацієнтів [13].

Наказом МОЗ від 5 червня 2012 р. № 420 затверджено Порядок встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків (далі – Порядок), та Критерії встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків [14]. Цей Порядок регулює механізм встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків.

Вивчивши міжнародний досвід організації медико-соціальної експертизи, МОЗ проводить консультації щодо створення окремої незалежної державної медико-соціальної експертної служби. Крім того, на сьогодні в Україні розробляються проекти законодавчих документів щодо переходу до страхової медицини, що передбачає підвищення доступу населення, у тому числі людей з інвалідністю,

до якісних медичних послуг та висококваліфікованої медичної допомоги. Однак необхідно констатувати той факт, що всупереч задекларованості в законодавстві права на отримання безоплатної медичної допомоги, доступ до медичного обслуговування є обмеженим і залежить від рівня доходів, соціального статусу або місця проживання. Люди з низькими доходами, до яких належить переважна більшість осіб з інвалідністю, зазвичай не в змозі заплатити медичному працівникові за надання більш якісних послуг, оплатити процедуру або своє перебування в лікарні, придбати необхідні ліки.

В Україні також уживаються заходи щодо забезпечення реалізації права осіб з інвалідністю на безперешкодний доступ до закладів охорони здоров'я. Реалізацію цього права забезпечено на законодавчому рівні наказом МОЗ від 14 березня 2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [15]. У стандартах акредитації закладів охорони здоров'я передбачено наявність пандусів, функціональних пасажирських і вантажних ліфтів для пересування осіб з обмеженими фізичними можливостями на кріслах-колясках.

Попри це, на сьогодні не всі особи з інвалідністю можуть потрапити до закладів охорони здоров'я, особливо інваліди-спинальники та інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату, в тому числі через відсутність пандусів або їхню неналежну якість. Водночас, непоодинокими є випадки, коли в сільській місцевості заклади охорони здоров'я відсутні і людям з інвалідністю доводиться їхати до районного центру на непристосованому для них транспорті.

Таким чином, протягом останніх років в Україні проводиться планомірна робота над створенням сприятливих умов життєдіяльності осіб з інвалідністю, під час якої враховуються як міжнародні, так і європейські стандарти. Водночас, для забезпечення максимальної ефективності та результативності державної політики щодо осіб з інвалідністю необхідно зробити акцент на встановленні додаткових гарантій стосовно реалізації особами цієї категорії гарантованих законодавством прав.

Література

1. Конституція України: офіц. текст [прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 р.: станом на 1 січня 2006 р.]. – К.: Мін-во юстиції України, 2006. – 124 с. – ISBN 966-7630-14-5
2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 2 листопада. – №213.
3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» № 875 – 12 від 21 березня 1991 р. // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1991, № 21, ст. 252).

4. Державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 // Офіційний вісник України. – 2012. – № 39.

5. Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям: постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 року № 917 // Урядовий кур'єр. – 15.01.2014. – № 7.

6. Про внесення змін до наказу Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317: постанова Кабінету Міністрів України від 31 травня 2012 року № 415 // Офіційний вісник України. – 2012. – № 42.

7. Національна доповідь про людський розвиток 2011 «Україна: на шляху до соціального залучення». – Незалежне видання Програми розвитку ООН в Україні – 2011. – С. 19.

8. Про диспансеризацію населення: наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728.

9. Про затвердження примірних етапів та складових реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги: наказ МОЗ України від 30.08.2010 № 735.

10. Про затвердження нормативно-правових актів МОЗ України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: наказ МОЗ України від 07.07.2011 № 646. [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://moz.gov.ua/ua/portal/>

11. Про затвердження Державної цільової науково-технічної програми розроблення новітніх технологій створення вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011–2015 роки: постанова від 22 червня 2011 р. № 725.

12. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір на 2012–2020 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р // Український медичний часопис. – 2012. – № 1 (99).

13. Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів: постанова від 6 червня 2012 р. № 546. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/>

14. Порядок встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків: наказ МОЗ від 5 червня 2012 р. № 420.

15. Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 14 березня 2011 р. № 142. [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://moz.gov.ua/ua/portal/>.

