

УДК 616-036.86

АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2015 РІК

А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Кожній державі притаманна наявність інвалідності як соціального явища. Рівень інвалідності жителів планети сягає показника в понад мільярд осіб або 15%. 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 їм повної та повноцінної участі в житті соціуму нарівні з іншими.

Національним законодавством установлено гарантії для осіб цієї категорії, що стосуються всіх сфер життєдіяльності суспільства, в тому числі охорони здоров'я, освіти, зайнятості, дозволя, відпочинку, спорту тощо.

Формування та реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю здійснюється на основі ст. 3 Конституції України, 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.

Формування та реалізація державної політики щодо осіб з інвалідністю здійснюється на основі норм Конституції України, Конвенції, законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів на період до 2020 року» та інших нормативно-правових актів, загальна кількість яких становить понад дві тисячі.

З огляду на вищезазначене, слід констатувати, що 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.

Медико-соціальну експертну допомогу населенню України в 2015 році здійснювали 50 обласних та 313 міжрайонних МСЕК. Із загальної кількості МСЕК спеціалізованих - 139, що складає 38,3%. Загальна кількість спеціалізованих МСЕК, порівняно з попереднім роком, не змінилася. Проте їхній склад дещо змінився. В Донецькій області створена фтизіатрична МСЕК та ще одна психіатрична й двопрофільна кардіо-офтальмологічна. Скасована – травматологічна. В Івано-Франківській області

скасовано профпатологічну спеціалізовану МСЕК, у Черкаській – онкологічну. В Луганській області перепрофілювали офтальмологічну спеціалізовану МСЕК на двопрофільну – нейро-офтальмологічну.

Порівняно з попереднім роком, загальна кількість МСЕК збільшилася на п'ять. Упродовж 2015-го року було створено п'ять МСЕК у Донецькій області на території, що є підконтрольною Україні. Це три обласні (в 2014 році не було жодної) та три міжрайонні (в 2014 році їх було 12). Також почала роботу ще одна міжрайонна МСЕК у Львівській області. В Одеській та Рівненській областях скасовано по одній міжрайонній МСЕК. Таким чином, була сформована необхідна мережа МСЕК відповідно до потреб та існуючої чисельності населення.

Кількість лікарів, які працювали в МСЕК у 2015 році, залишилися майже на попередньому рівні. На 01.01.2016 у МСЕК працюють 1403 лікарі (в 2014 році – 1404). Питома вага лікарів на постійній роботі збільшилася від 94,1% до 94,4%, що в абсолютних числах означає збільшення постійно працюючих лікарів у 2015 році на 4 особи. Укомплектованість лікарськими кадрами загалом по Україні складає 94,4%. Кадровий склад МСЕК уже останні 5–6 років поспіль викликає тривогу, оскільки переважають лікарі пенсійного віку. Головні чинники, які зумовлюють негативну тенденцію щодо працевлаштування у МСЕК лікарів молодого віку, не змінилися та залишаються попередніми: це відсутність мотивації роботи лікарями-експертами внаслідок втрати фаху за основною спеціальністю і виникнення труднощів під час отримання кваліфікаційних категорій у зв'язку з відсутністю спеціальності «лікар-експерт».

Кількість оглянутих збільшилася на 11182 особи, порівняно з попереднім роком, в основному за рахунок повторних оглядів. До того ж кількість оглядів обласними МСЕК по контролю зменшилася на 2012 осіб.

Показники кількості оглянутих, середньої кількості оглянутих на одне засідання та питомої ваги виїзних засідань у 2015 році майже не змінилися. Коливання цих показників несуттєві, тому й детальний аналіз не потребують. Дещо зменшилася, вперше за останні роки, кількість оглянутих для визначення медичних показань на забезпечення автотранспортом (на 1390 осіб).

Залишилися майже на попередньому рівні впродовж останніх років питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК. Цей показник не пок-

рашився останнім роком, не зважаючи на проведення роботи з лікарями ЛПЗ та ЛКК з питань об'єктивізації оцінки обмежень життєдіяльності пацієнта та доповнення Положення про медико-соціальну експертизу 18-м пунктом, який передбачає виявлення фактів зловживання службовим становищем під час направлення хворих ЛКК на огляд до МСЕК. На нашу думку, це пов'язано з можливістю направлення хворого на МСЕК за формулюванням «за наполяганням хворого». Запобігти такому становищу можна лише проведенням сумісної постійної роз'яснювальної роботи щодо критеріїв обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності серед населення лікарями ЛПЗ, ЛКК та МСЕК.

Покращилася робота з профілактики інвалідності шляхом подовження лікування за листками непрацездатності більше чотирьох місяців для продовження лікування та реабілітації, що дало можливість запобігти встановленню інвалідності 5885 (69,7%) працівникам. Найбільша кількість подовження листків непрацездатності під час первинного огляду в м. Києві (960 листків непрацездатності), Вінницькій (816) та Львівській (765) областях.

У 2015 році чисельність інвалідів унаслідок загального захворювання, порівняно з 2014 роком, дещо зросла (з 30,1 до 30,5 на 10 тис. населення). Інвалідів із дитинства, навпаки, дещо знизилася (відповідно з 3,3 до 3,2). Кількість інвалідів унаслідок виробничих травм або професійного захворювання та кількість інвалідів із числа військовослужбовців збільшилася.

Зростання кількості останніх насамперед пов'язано з проведенням антитерористичної операції на сході країни.

У розрізі областей України другий рік поспіль першість серед первинно визнаних інвалідами внаслідок виробничих травм та професійних захворювань, без урахування Донецької області, посіла Дніпропетровська область (1,9 на 10 тис. населення). Попередні роки першість була за Донецькою областю. На другому місці – Львівська (1,1 на 10 тис. населення), на третьому – Кіровоградська (0,8 на 10 тис. населення) області. Необхідно зауважити про зменшення даного показника в цих областях, порівняно з попередніми роками. Вказані регіони є промисловими центрами та їхнє лідерство цілком зрозуміле. Середній показник по Україні дещо знизився, порівняно з попереднім роком з 0,5 до 0,4 на 10 тис. населення.

Найбільше інвалідів з дитинства визнано вперше в Львівській області, де на 10 тис. населення цей показник склав 5,0; у Житомирській області – 4,4 та на Закарпатті – 4,3 (за середнього показника по Україні, як уже зазначалося – 3,2). Львівська область посідала перше місце також і в 2014 році. Дані показники слід проаналізувати і зробити необхідні висновки разом з педіатричною службою зазначених регіонів з метою виявлення причин такої ситуації і вжити заходів з її виправлення.

Щодо інвалідності з числа військовослужбовців, то найбільша кількість осіб первинно визнана інвалідами внаслідок цієї причини в Житомирській

області (4,4 на 10 тис. населення), Волинській (2,9 на 10 тис. населення) та Полтавській (2,6 на 10 тис. населення) областях.

Питома вага первинно визнаних інвалідами у зв'язку з аварією на ЧАЕС у загальній структурі інвалідності в 2015 році становила 1,5% (в 2014 році цей показник становив 2,2%). Тенденція до зниження даної категорії інвалідів цілком істотна – від аварії на ЧАЕС нас відділяє вже майже тридцять років. Проте в областях, населення яких потерпіло від аварії на ЧАЕС, ця причина обумовлює від 15,2 до 0,8%: Київській (15,2%), Житомирській (5,3%), Рівненській (1,7%), Черкаській (0,8%), Волинській (3,5%), Чернігівській (3,0%). Привертає до себе увагу поступове зниження кількості первинно визнаних інвалідами з цієї причини в Рівненській та Черкаській областях, які належать до переліку постраждалих від аварії на ЧАЕС регіонів. Очевидно, це пов'язано зі ступенем впливу радіації на різні області.

Тенденція до зниження первинної інвалідності працюючих, що відбувалася впродовж останніх років, починаючи з 2012-го року до 2014 року включно, не спостерігалася в 2015 році. На території України, без урахування показників Донецької та Луганської областей, вона зросла на 0,8%. На територіях зазначених областей – на 12,3%.

Первинна інвалідність працюючих склала у 2015 році 27,2 випадку, що майже дорівнює показнику 2014 року (27,0). Суттєве зростання інвалідності серед працюючих відбулося у таких регіонах України: Херсонська (+13,1%), Житомирська (+11,8%) та Львівська (+8,6%) області. Це, вочевидь, пов'язано з пільгами, що надаються інвалідам місцевими органами влади в зазначених регіонах. Найбільше зниження інвалідності серед працюючих спостерігалось в Хмельницькій (-12,8%), Рівненській (-7,5%) та Тернопільській (-4,3%) областях.

Упродовж останнього десятиріччя інвалідність серед сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення. Не став виключенням і 2015 рік. Кількість первинно визнаних інвалідами на 10 тис. дорослого населення у 2015 році серед міського населення склала 42,6, а сільського – 45,7; серед населення працездатного віку відповідно – 45,0 та 56,6. Це пов'язано переважно, з двома основними причинами. Перша – це значні труднощі з працевлаштуванням у сільських районах, що за наявності захворювань змушує звертатися населення до МСЕК за встановленням групи інвалідності. Друга – низький рівень медичної допомоги, порівняно з міським.

Характеризуючи основні показники інвалідності в Україні за 2015 рік, насамперед, слід зазначити про незначне зростання первинно визнаних інвалідами усіх категорій (на 10 тис. усього населення), порівняно з попереднім роком, із 35,2 до 35,7. В абсолютних числах – це збільшення на 8784 осіб визнаних інвалідами в 2015 році. Найбільший показник інвалідності – у Львівській (44,5), Вінницькій (43,5) та Полтавській (39,3) областях. Найменший –

у Сумській (31,1), Закарпатській (31,2) та Харківській (31,3) областях.

У друге десятиріччя XXI віку на рівні інвалідності дорослого населення та в працездатному віці найбільше впливають соціально-економічні чинники та політична ситуація в країні. З одного боку, обмежене фінансування соціальних програм для інвалідів через скорочення надання їм пільг призвело до зменшення звернень пенсіонерів за віком за встановленням інвалідності та викликало зменшення інвалідності дорослого населення у 2013-му та 2014 роках на 3,5 та 3,2 % відповідно. З другого – сподівання все ж таки отримати додаткову фінансову допомогу з боку держави у зв'язку зі значним здорожчанням послуг житлово-комунального господарства, лікарських засобів, продуктів харчування та інше, призвело до зростання інвалідності серед **дорослого населення** на 1,6 % в 2015 році.

Водночас, ранговий розподіл областей з найбільшим та найменшим рівнем приросту первинної інвалідності серед дорослого населення у 2015 році свідчить про неоднозначність установлених тенденцій у різних регіонах України, що пов'язано з соціально-економічними та екологічними особливостями регіонів. Так, найбільш суттєво зросла інвалідність серед дорослого населення в таких регіонах: Львівська (+6,8 %), Запорізька (+6,1 %) та Чернівецька (+6,0 %) області. За середнього показника по Україні, як уже зазначалося, + 1,6 %. Проте є регіони з досить суттєвим зменшенням даного показника, це – Хмельницька (-7,5 %), Рівненська (-6,5 %) області.

Стосовно населення працездатного віку, то на рівень його інвалідності, найбільш імовірно, впливають такі соціальні мотивування. Ті, хто має роботу, навіть хворі, щоб її не втратити, намагаються створити імідж «здорових», тому не звертаються за медичною допомогою. З іншого боку, для безробітних хворих пенсія є єдиним джерелом існування, тому їм нерідко встановлюють інвалідність за соціальними причинами. Проте термін установлення інвалідності за соціальними факторами, як правило, не більше одного року. Свідченням правильності висновків щодо інвалідності населення працездатного віку є тенденція до зниження первинної інвалідності працездатного населення в 2015 році на 3,2 %.

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку, до речі, як і дорослого, найбільш суттєво знизився в Хмельницькій (-15,4 %) та Рівненській (-11,3 %) областях. Слід зазначити, що первинна інвалідність працездатного населення знизилася у всіх регіонах України, крім трьох: Вінницької (+2,8 %, Волинської (+1,5 %) та Дніпропетровської (+0,2 %) областей. У Черкаській області та м. Києві – залишилися на попередньому рівні.

За структурою первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення зберігається тенденція останніх трьох років. А саме: новоутворення, в тому числі злоякісні, за показниками інвалідності як дорослого, так і працездатного населення тісно конкурують з серцево-судинними захво-

рюваннями. Тобто, в 2015 році ще не дала позитивних результатів щодо показників первинної інвалідності внаслідок новоутворень Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року, яка затверджена Законом України від 23.12.2009 р. Сподіваємося на її позитивний вплив на показники інвалідності внаслідок новоутворень у наступні роки.

На сьогодні, за підсумками результатів 2015 р., серед дорослого населення України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу (22,4 %), на другому місці – новоутворення (22,0 %), із них злоякісні - 21,0 %, на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (21,0 %). Серед населення працездатного віку перше місце посідають новоутворення (20,1 %), із них злоякісні - 19,2 %, на другому – хвороби системи кровообігу (19,4 %), на третьому – травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (12,7 %).

Той факт, що новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності дорослого населення та перше серед населення у працездатному віці є наслідком страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Як свідчить світовий досвід атомних катастроф, нам ще довго доведеться розплачуватися за цю трагедію.

Саме тому Україна вирізняється високим рівнем онкозахворюваності і належить до першої десятки країн світу щодо цього показника, маючи більше 160 тисяч хворих за рік. Сьогодні кожний п'ятий українець упродовж життя занедужує на рак, а в найближчій перспективі – занедужуватиме кожен четвертий. За прогнозами, до 2020 року кількість онкохворих в Україні може зрости до 200 тисяч осіб щорічно. Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення досяг 370,7 на 100 тис. населення.

У розподілі первинної інвалідності за групами у 2015 році ніяких суттєвих змін не відбулося. Як і в попередні роки, переважають інваліди III групи як серед дорослого, так і серед населення працездатного віку, питома вага III групи відповідно склала 52,0 % та 59,0 %. Перевищує пересічний показник питомої ваги III групи серед дорослого населення у Закарпатській (62,4 %), Львівській (61,8 %), та Чернівецькій (61,4 %) областях. Серед населення працездатного віку питома вага III групи найбільша у Чернігівській (70,4 %), Львівській (68,8 %) Кіровоградській (71,5 %) та Вінницькій (66,2 %) областях. Таким чином, у даних областях $\frac{3}{4}$ усіх первинно визнаних інвалідами серед осіб працездатного віку встановили III групу інвалідності.

Аналізуючи основні показники діяльності обласних та центральних міських МСЕК України, слід зазначити про поступове зменшення упродовж останніх трьох років показників роботи зазначеної ланки служби медико-соціальної експертизи. Так, кількість проведених перевірок роботи МСЕК обласними та центральними міськими МСЕК зменшилася з 1127 в 2013 році до 875 у 2015-му році. Кількість перевірених актів також зменшилася з 180 342 до 136 859 за зазначені роки. Проте кіль-

кість наданих консультацій у 2015 році дещо зростає, порівняно з 2014 роком (на 895). Кількість проведених семінарів та лікарів, які пройшли стажування, залишилася майже на попередньому рівні, порівняно з попереднім роком. Тобто, обласним МСЕК та центральним міським МСЕК необхідно підвищити організаційно-методичну роботу, яка безпосередньо впливає на якість надання медико-експертної та реабілітаційної допомоги населенню регіонів.

Число оскарження рішень первинних МСЕК у 2015 році дещо зменшилося: підтверджено рішення у 82,7% випадків, у попередньому, 2014 році - 86,0%; число скасування попередніх рішень збільшилося до 17,3%, порівняно з 2014 роком, в якому питома вага скасування складала 14,0%. По оскарженню рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасування зареєстровано у таких регіонах: Одеська (28,3%), Полтавська (27,6%) та Чернігівська (27,3%) області за середнього показника по Україні 17,3%. Слід зазначити збільшення питомої ваги скасування рішень первинних МСЕК загалом по Україні з 14,0% в попередньому році до 17,3%.

Щодо контрольних оглядів, то число скасування попередніх рішень первинних МСЕК у 2015 році збільшилося – з 1,7% у попередньому році до 2,3%. Це на фоні зменшення абсолютного числа контрольних оглядів з 27 817 до 25 440, порівняно з попереднім, 2014 роком.

Кількість оглянутих для визначення медичних показань для одержання автотранспорту в 2015 році зменшилася на 1390 осіб, порівняно з попереднім роком. Із них задоволено 84,1% з оглянутих (в 2014 році питома вага позитивних рішень складала 83,0%).

Таким чином, підбиваючи підсумки роботи в минулому році та враховуючи пріоритетні завдання медико-соціальної експертизи на сьогодні, можна окреслити коло проблем, вирішення яких слід продовжувати реалізовувати в 2016 році.

По-перше, це надання якісної медико-експертної та комплексної реабілітаційної допомоги населенню України, особливо учасникам антитерористичної операції, їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство.

По-друге, сьогодні, як ніколи гостро, стоїть проблема реформування служби МСЕ. Це стосується не тільки раціональних форм організації мережі, наближення її до населення, але й підготовки до переходу на бюджетно-страхове фінансування служби. Сприятим цьому буде розроблення інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів, з урахуванням положень МКФ. Уже зроблені перші кроки і чинна Інструкція про встановлення груп інвалідності відповідає основним положенням МКФ. Проте необхідна постійна робота по удосконаленню та наближенню нормативних документів МСЕ до міжнародних норм.

Ще одним пріоритетним питанням є необхідність реформування статистичної звітності щодо роботи галузі відповідно до вимог статистичних звітів ВООЗ щодо стану інвалідів у світі.

Також необхідно підвищити якість, об'єктивність, доступність і ефективність медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, привести принципи і механізми їх здійснення відповідно до вимог Конвенції; забезпечувати фізичну та інформаційну доступність державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.



УДК 377.44:378.147:616-036.086

МОЖЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ: ПЕРЕДОВИЙ ДОСВІД ВІННИЧЧИНИ

Л. Ю. Науменко, І. С. Борисова¹, Р. Л. Шторгин

¹ ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації ФПО (зав. каф. – проф. Науменко Л. Ю.)

² Вінницький міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів «Поділля», м. Вінниця (директор – Шторгин Р. Л.)

Резюме

Інвалідність належить до числу інтегральних показників, які характеризують не тільки стан здоров'я населення, але й економічне та соціальне благополуччя країни. За результатами навчальної програми «Методика проведення медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів», г. Вінниця в статті проаналізовані сучасні проблеми професійної реабілітації людей з ін-