

пис Академії адвокатури України. – 2014. – № 1. – С. 133.

7. Губанова О. В. Медичне право в системі права: погляд на проблему / О. В. Губанова // Форум права. – 2016. – № 4. – С. 101–106.

8. Сізнцова Ю. Ю. Права пацієнтів та медичних працівників: формування захисту обох сторін / Ю. Ю. Сізнцова // Порівняльно-аналогічне право. – 2014. – № 2. – С. 134–135.

9. Медицинское право: учебник / С. Г. Стеценко, Н. Г. Гончаров, В. Ю. Стеценко, А. Н. Пишита. – М.: РМАПО, 2011. – 567 с.

10. Інтернет-ресурс: [Режим доступу] – <http://ozdorovie.com.ua/pravoviy-zahist-likariv-v-ukrayini-problemi-nyuansi-rishennya-interv-yu/#acceptLicense>.



ІНФОРМАЦІЯ

На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1008-р «Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я і Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків» та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 березня 2018 року № 552, яким затверджено план заходів з виконання Розпорядження КМУ

Відповідно до затвердженого МОЗ плану заходів ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» надає відповідну інформацію щодо пунктів (19, 20) плану заходів, у яких Установа зазначена як виконавець.

На виконання вищевказаного наказу в нашій Установі було створено робочу групу з фахівців інституту та затверджено план його виконання.

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) є класифікацією доменів здоров'я і доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Ці домени описані з позицій організму, індивіда і суспільства за допомогою двох основних переліків:

- 1) функції і структури організму;
- 2) домени соціальної активності та участі в суспільному житті.

З огляду на те, що функціональне здоров'я індивіда залежить від зовнішніх умов, МКФ містить перелік чинників навколишнього середовища, які взаємодіють з усіма цими категоріями.

МКФ є стандартом ВООЗ у сфері вимірювання стану здоров'я та інвалідності як на рівні індивіда, так і на рівні населення. МКФ була офіційно схвалена всіма країнами-членами ВООЗ на п'ятдесят четвертій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 22 травня 2001 року (резолюція WHA 54,21). На відміну від своєї попередниці, МКФ була схвалена для застосування в країнах-членах ВООЗ як міжнародного стандарту для опису і виміру ступеня порушень здоров'я.

МКФ пропонує розглядати поняття «здоров'я» та «інвалідність» у новому відображенні: кожна людина може відчувати погіршення стану здоров'я, що має на увазі певний рівень обмеження її можливостей. Згідно з МКФ, обмеження можливостей або працездатності не є явищем, характерним лише для невеликої групи населення. Таким чином, обмеження можливостей або працездатності визнається як універсальний людський досвід. Змішуючи фокус від причини захворювання до його наслідків, МКФ дає змогу здійснювати оцінку різних рівнів здоров'я за універсальною шкалою здоров'я та інвалідності.

Більш того, МКФ враховує соціальні аспекти інвалідності і не розглядає інвалідність лише як «медичну» або «біологічну» дисфункцію. Враховуючи контекстуальні чинники, серед яких чинник навколишнього середовища, МКФ дає змогу враховувати вплив навколишнього середовища на життєдіяльність людини.

Сфери застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я:

Застосування МКФ у міжнародній і національній звітності про рівень здоров'я та рівні інвалідності населення.

Проведення статистичних досліджень рівня здоров'я та рівня інвалідності населення, заснованих на методі МКФ, здійснюється в даний час на міжнародному та національному рівнях. ВООЗ застосувала цю методику в рамках міжнародного дослідження здоров'я населення світу в 2000–2001 рр. і в аналогічній програмі в 2002–2003 рр. для діагностики здоров'я громадян більш ніж 71 країни. Виходячи з отриманих даних,

Всесвітня організація охорони здоров'я та деякі країни-члени ВООЗ займаються розробкою нормативних показників для окремих доменів класифікації МКФ і коефіцієнтів поширення інвалідності.

Спільно з ВООЗ, Статистичний відділ ООН (UNSD), Економічна і соціальна комісія ООН по країнах Західної Азії (UNESCWA), а також Економічна і соціальна комісія ООН по Азії і Тихому океану (UNESCAP) провели семінари в низці країн Африки, Азії і Близького Сходу з питань ведення обліку інвалідності. Крім освітніх семінарів, у таких країнах як Австралія, Ірландія, Мексика, Зімбабве і Малаві широко застосовуються навчальні матеріали та опитувальники ВООЗ.

Активна діяльність ВООЗ щодо поширення і застосування МКФ зумовлює зміни законодавства, стандартів систем медичної і соціальної інформації країн світу з урахуванням положень МКФ. Розробка та апробація нормативних показників та систем звітності МКФ для використання в реабілітаційному лікуванні, домашнього догляду, догляду за людьми похилого віку, визначенні групи інвалідності ведеться в даний час в Австралії, Канаді, Італії тощо.

Застосування МКФ в епідеміології та клінічній практиці

У клінічних умовах МКФ використовується:

- для оцінки функціонального стану організму;
- при постановці завдань, плануванні та моніторингу лікування;
- для вимірювання результатів лікування.

Країни, які вже використовують МКФ у різних клінічних ситуаціях, включаючи Австралію, Італію, Нідерланди, Всесвітня організація охорони здоров'я вивчає можливі сфери застосування МКФ для оцінки та усунення наслідків інвалідності, в тому числі як наслідки інфекційних захворювань.

Застосування МКФ для формування соціальної політики:

- при визначенні критеріїв груп інвалідності (I, II, III);
- у формуванні політики викоринення дискримінації осіб з інвалідністю;
- визначенні загальної політики стосовно непрацездатних груп населення.

Також МКФ використовується під час проведення наукових досліджень

Основні інструменти МКФ:

- Повна версія МКФ;
- МКФ Версії;
- МКФ Опитувальник;
- МКФ Профіль;
- Оціночна таблиця обмежень життєдіяльності ВООЗ.

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні практичне застосування МКФ, яка є наріжним каменем сучасної реабілітації, набуває все більшого значення. МКФ застосовується для постановки реабілітаційного діагнозу та управління роботою реабілітаційної мультидисциплінарної команди.

У практиці медико-соціальної експертизи (МСЕ) також часто виникають ситуації, пов'язані з необхідністю уніфікованого інструменту для опису проблем здоров'я і проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

За останні два десятиліття у світі кардинально змінився підхід до реабілітації пацієнтів. Медична спільнота перейшла від біомедичної моделі хвороби до біопсихосоціальної, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів. Сьогодні основна мета реабілітації – повернути хвору або травмовану людину до нормального соціального життя (як фізично, так і психологічно) та максимально підготувати її до нових умов.

Нещодавно й Україна долучилася до нових підходів. У 2016 р. в. о. міністра охорони здоров'я Уляна Супрун підписала окреме доручення про впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я в українську реабілітацію.

Зміни полягають у тому, щоб переорієнтувати зусилля на відновлення або компенсацію певних порушень, враховуючи соціальне середовище та запити пацієнта, а не зосереджуватися суто на лікуванні хвороби або її наслідків. Тобто, у центрі системи має бути пацієнт.

Сучасна українська медицина використовує біомедичну модель хвороби, що спирається тільки на Міжнародну класифікацію хвороб (International Classification of Diseases, ICD). Тут увагу зосереджено на лікуванні захворювання і майже не враховано соціальне середовище пацієнта, його психологічний стан.

МКХ розглядає порушення (у вигляді симптомів) як частини, які формують хворобу та причини для звернення по медичну допомогу. Натомість МКФ розглядає порушення як проблеми функції і структур організму, пов'язаних зі змінами здоров'я. Знаючи, як хвороба впливає на функціонування, можна ліпше планувати послуги, лікування і реабілітацію осіб з обмеженням можливостей.

Мета реабілітації – забезпечити людині участь у суспільному житті, враховуючи наявні функціональні порушення. Саме це є в основі біопсихосоціальної моделі хвороби, яка прийнята більшістю країн світу як відривний пункт комплексної медико-соціальної реабілітації пацієнтів.

Уперше біопсихосоціальну модель хвороби представили ВООЗ ще в 1980 році як Міжнародну класифікацію ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICIDH). У 2011 році ВООЗ видало удосконалену версію цієї класифікації – вже згадану Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), а в 2007 році – версію МКФ для дітей та підлітків.

МКХ і МКФ використовують одночасно як класифікаційні системи, що доповнюють одна одну. Перша розглядає порушення (у вигляді симптомів) як складники хвороби та причини для звернення по медичну допомогу, друга визначає складники здоров'я і пов'язані з ним складники добробуту (наприклад, освіта і праця).

Нині МКФ уже перекладено українською мовою, переклад затверджено Наказом МОЗ України №981 від 25 травня 2018 р.

Використання МКФ в Україні є підґрунтям для розвитку системи реабілітації, раннього втручання та інклюзії, для планування заходів соціального захисту, систем компенсації та для розробки і реалізації їх політики. Функціонування та обмеження життєдіяльності через МКФ розглядаються як взаємодія між навколишнім середовищем та здоров'ям людини, і тому класифікатор створює більш інтегроване розуміння здоров'я, надає можливість краще планувати лікування, реабілітацію та створення послуг для людей із хронічними захворюваннями або інвалідністю.

Для чого МОЗ рекомендує використовувати МКФ:

1. Як клінічний інструмент – при оцінці потреб, відповідності методів лікування конкретним умовам, оцінці професійної придатності, реабілітації та оцінці результатів оцінювання якості надання реабілітаційних послуг. Адже для планування та реалізації втручань потрібно використовувати інформацію про обмеження, спричинені не лише обмеженнями функцій та структури тіла, але й чинниками зовнішнього середовища. Відповідно, головною користю МКФ для пацієнтів є інтеграція фізичних, ментальних та соціальних аспектів їхнього стану. Замість того, щоб зосередити увагу на діагнозі особи, до МКФ включені усі аспекти її життя (розвиток, участь та середовище).
2. Для ранньої діагностики та виявлення захворювань (так звана система раннього втручання).
3. Для катamnестичного спостереження особи, яка перенесла критичний стан або важку хворобу з метою упередження або максимального зменшення негативних наслідків перенесеного захворювання.
4. Міждисциплінарний підхід. Лише спільно лікарі, освітяни, соціальні працівники зможуть допомогти кожній людині з особливими потребами. МКФ допомагає в міждисциплінарній взаємодії та обміні інформацією стосовно стану пацієнта.

Міністерство охорони здоров'я України, впроваджуючи МКФ, ставить перед нами такі основні завдання:

- використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для єдиного визначення та трактування обмежень життєдіяльності особи, розроблення законодавчих та регуляторних актів, зокрема визначення обсягів соціальних стандартів та соціальних гарантій, медичних, реабілітаційних, освітніх, соціальних послуг для осіб з обмеженнями життєдіяльності, під час розроблення та реалізації індивідуальних програм реабілітації;
- розроблення чітких критеріїв встановлення інвалідності на основі принципів міжнародних класифікацій;
- впровадження принципів міжнародних класифікацій як методичної основи науково-дослідної діяльності з питань реабілітації;
- удосконалення форм статистичної звітності (реабілітаційна допомога, реабілітаційні кадри, ефективність реабілітації, доступність);
- розроблення та затвердження електронних форм наданих послуг для заповнення надавачами послуг під час отримання особою послуг, для визначення яких застосовуються міжнародні класифікації.

Впровадження МКФ в Україні дасть змогу застосувати міжнародний інструмент вивчення епідеміології інвалідності та поліпшити взаємодію між усіма учасниками реабілітаційного процесу (пацієнтом, лікарями, фізичними терапевтами, ерготерапевтами, соціальними працівниками).

Перевага використання МКФ: завдяки проведеній комплексній медико-соціальній реабілітації активність і участь пацієнта можуть поліпшитися, навіть якщо ступінь порушень залишається без змін. Сучасна реабілітація ґрунтується на потребах пацієнта, індивідуальному підході до кожного пацієнта і має починатися з того моменту, коли пацієнт звернувся по медичну допомогу.

Восени 2016 року у систему охорони здоров'я було введено нові спеціальності лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевта та фізичного терапевта.

Відтепер у медичних закладах створюють мультидисциплінарні команди, до яких, разом з лікарями окремих спеціальностей, належать:

- лікар фізичної та реабілітаційної медицини;
- фізичний терапевт;
- ерготерапевт;
- логотерапевт;
- психотерапевт/психолог;
- соціальний працівник.

МКФ є універсальною мовою спеціалістів, які становлять мультидисциплінарну команду. Вона допомагає поліпшити планування реабілітаційних послуг, підвищити взаємодію між учасниками реабілітаційного процесу та сприяє максимальному поверненню індивіда до суспільної взаємодії, враховуючи його запити і можливості, обґрунтовує необхідність використання тих чи тих допоміжних засобів.

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я призначена для формування реабілітаційного діагнозу з метою опису всіх складників здоров'я і пов'язаних з ним проблем, що обмежують життєдіяльність пацієнта.

Реабілітаційний діагноз дає змогу сформулювати мету, завдання та індивідуальну програму медичної реабілітації, визначити її ефективність, а також внесок кожного фахівця до вирішення поставлених завдань.

Реабілітаційний діагноз є описом порушень, які виникли у пацієнта внаслідок захворювання/ушкодження функцій органів і систем, які спричинили за собою порушення повсякденних функцій (самообслуговування в повсякденному житті, взаємодія в актуальному природному та соціальному середовищі для забезпечення щоденних функцій, комунікації, виконання професійної і соціальної ролі) і чинників навколишнього середовища, які можуть полегшувати або ускладнювати виконання описаних функцій пацієнтом, проведене за допомогою МКФ. У реабілітаційному діагнозі формуються тільки актуальні проблеми пацієнта, і визначається його функціонування на момент оцінки.

В індивідуальній програмі медичної реабілітації для кожного домена (виявленої проблеми пацієнта) МКФ призначається відповідальний фахівець з мультидисциплінарної реабілітаційної бригади (МДБ), вказується реабілітаційна технологія, спрямована на з'ясування виявленої проблеми.

Згідно із загальноприйнятою практикою, реабілітаційний діагноз формується при надходженні пацієнта на медичну реабілітацію, може бути корегований у процесі її проведення, не рідше 1 разу на тиждень і по завершенні комплексу заходів з медичної реабілітації на кожному з етапів. Реабілітаційний діагноз складається фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної бригади й описується в категоріях МКФ за допомогою кодів.

З урахуванням вищевикладеного Установою створено перелік законодавчих документів, які потребують перегляду у зв'язку з впровадженням МКФ у сферу охорони здоров'я нашої країни та розроблено концепцію реформування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації в Україні.

Текст концепції було передано до відділу експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності Управління медико-соціальної допомоги населенню Медичного департаменту МОЗ України

Концепція реформування та удосконалення системи медико-соціальної експертизи та реабілітації в Україні

Генеральна Асамблея ООН прийняла 13 грудня 2006 року Конвенцію ООН по правах осіб з інвалідністю. Конвенція встановлює міжнародні обов'язки держав-учасників у галузі реабілітації осіб з інвалідністю, які передбачають здійснення заходів щодо надання особам з інвалідністю можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення та залучення до усіх аспектів життя суспільства шляхом укріплення та розширення комплексних реабілітаційних послуг та програм. 16 грудня 2009 року Верховна Рада України ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів (далі КПІ) та Факультативний протокол до неї, а 6 березня 2010 року ці договори набрали чинності на території України.

Отже, Україна офіційно взяла на себе усі обов'язки щодо виконання положень Конвенції. Насамперед це стосується галузі медико-соціальної експертизи та реабілітації, яка безпосередньо задіяна на усіх етапах проведення реабілітації осіб з інвалідністю. Приведення системи медико-соціальної експертизи та реабілітації в Україні до вимог Конвенції передбачає її удосконалення та реформування з урахуванням національних та міжнародних обов'язків України, національних особливостей, вітчизняного та закордонного досвіду, а також положень Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Мета концепції: є підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності медико-соціальних експертних та реабілітаційних послуг, приведення принципів і механізмів їх здійснення відповідно до вимог Конвенції та МКФ.

Для досягнення поставленої мети слід виконати такі завдання:

- забезпечити повну об'єктивність в оцінці ступеня обмеження життєдіяльності осіб з інвалідністю та обґрунтованості заходів по їх подоланню;
- досягти доступності та ефективності необхідних реабілітаційних послуг і технічних засобів реабілітації.

Основні напрями щодо досягнення поставлених завдань реформування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів в Україні є:

1. Розробка та впровадження нових інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи і реабілітації осіб з інвалідністю з урахуванням положень МКФ.
2. Розробка та впровадження сучасних електронних програм збору статистичних даних щодо осіб з інвалідністю з урахуванням положень МКФ.
3. Розробка сучасних стандартів надання послуг та виконання заходів щодо реабілітації осіб з інвалідністю.
4. Забезпечення фізичної та інформаційної доступності системи медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю.
5. Забезпечення міжвідомчої взаємодії при проведенні медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю, включаючи взаємодію з громадськими організаціями осіб з інвалідністю.

Етапи реформування системи медико-соціальної експертизи

I ЕТАП

Строки проведення – 2018–2019 рр.

Завдання етапу:

- Розробка основних законодавчих та нормативно-правових актів, методичних та інформаційно-навчальних матеріалів, необхідних для реалізації Концепції.
- Реалізація пілотного проекту по відпрацюванню проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю з урахуванням МКФ та положень Концепції в 3 областях України (Київська, Дніпропетровська, Запорізька).
- Проведення професійної перепідготовки співробітників системи медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю для реалізації положень Концепції.
- Розробка єдиної системи обліку осіб з інвалідності в Україні з урахуванням положень МКФ.

II ЕТАП

Строки проведення – 2020–2021 рр.

Завдання етапу:

- Повний перехід системи медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю на роботу відповідно до положень концепції.
- Впровадження в Україні єдиної системи обліку осіб з інвалідності з урахуванням положень МКФ.

1. Розробка інноваційних підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю з урахуванням положень МКФ

Діючі класифікації та критерії, що використовуються при здійсненні медико-соціальної експертизи установами медико-соціальної експертизи (розроблені на основі Міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (МКН), яка вперше була опублікована Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я в 1980 р), не повною мірою забезпечують об'єктивність і достовірність оцінки обмежень життєдіяльності осіб з інвалідністю. Вони не враховують впливу на життєдіяльність особи з інвалідністю чинників навколишнього середовища, що не дає змогу розробляти і залучати ефективні реабілітаційні заходи до індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю.

У зв'язку з цим потрібна розробка нових підходів до організації та проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації. Досягнення поставленої мети можливе у разі вирішенні завдання про створення умов щодо об'єктивності оцінок обмежень життєдіяльності осіб з інвалідністю, їхніх потреб у різних видах соціального захисту, включаючи реабілітацію, для чого необхідно розробити нові класифікації, що використовуються при здійсненні медико-соціальної експертизи з урахуванням МКФ.

Для забезпечення більш ефективного функціонування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю потрібно провести паралельний перехід до використання МКФ в оцінці здоров'я населення в усіх установах, насамперед в установах охорони здоров'я. Поширення положень МКФ не тільки на діяльність установ медико-соціальної експертизи при встановленні інвалідності, але й на діяльність усіх установ охорони здоров'я і соціальної сфери, є умовою, яка дасть змогу уніфікувати підхід до медико-соціальної реабілітації інвалідів, що впливає з цілей створення МКФ.

Застосування передбаченої МКФ класифікації функцій і структур організму, активності й участі, в тому числі за ступенем наявних змін, а також чинників навколишнього середовища, дасть змогу з високим ступенем достовірності та об'єктивності оцінювати здоров'я індивіда з біологічної, психологічної та соціальної точок зору і визначати його потреби в різних видах соціального захисту, включаючи реабілітацію та заходи щодо розумного пристосування навколишнього середовища.

Крім того, з урахуванням положень МКФ будуть законодавчо та нормативно визначені рамки для опису вказаних показників «універсальною» мовою – у вигляді системи буквених кодів. Це забезпечить ідентифікацію в осіб з інвалідністю переважних видів обмежень життєдіяльності, доступності фізичного й інформаційного оточення з метою усунення індивідуальних бар'єрів службами, відомствами та іншими організаціями незалежно від організаційно-правових форм і форм власності. Зазначені коди вказуватимуть на необхідність допомоги при пересуванні, потреби в супроводі, дублюванні світловими пристроями, інформаційними табло з тактильною (просторово-рельєфною) інформацією і будуть враховуватися вищезгаданими службами при наданні послуг особам з інвалідністю.

Отже, МКФ дасть змогу створити ефективний інструмент для реалізації зобов'язань, визначених національним законодавством, а також міжнародними угодами, в яких бере участь Україна.

МКФ не містить критеріїв встановлення інвалідності та не розширює засад для визначення особи інвалідом, при цьому вона чітко диференціює переважний вид обмеження життєдіяльності особи з інвалідністю та об'єктивує призначення тих чи інших заходів реабілітації та засобів технічної реабілітації. Система літерних кодів буде доповненням до існуючої системи критеріїв інвалідності, яка застосовується в системі медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів в Україні.

Засадами щодо переходу до нової класифікації є:

- забезпечення стабільності в період перетворень;
- етапність перетворень;
- збереження діючих механізмів до переходу на нову класифікацію;

- експериментальне відпрацювання розроблених нових класифікацій у пілотних регіонах;
- наступність кращого досвіду;
- попередня професійна підготовка кадрового потенціалу системи медико-соціальної експертизи.

Організацію перепідготовки робітників системи медико-соціальної експертизи для роботи з новими підходами з урахуванням МКФ передбачається здійснити на базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальної експертизи МОЗ України», який має як науковий потенціал по даному питанню, так і розвинуту практичну базу.

У своїй науково-практичній діяльності ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» використовує положення МКФ ще з 2002 року. У 2004 році була видана монографія провідних вчених інституту: Іпатов А. В., Ферфільфайн Й. Л., Риков С. О. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я і проблеми інвалідності / Монографія. – Д.: Видавничо-творчий центр «Гамалія», 2004. – 304 с.

Дана монографія присвячена науковому обґрунтуванню можливих реформ системи захисту осіб з інвалідністю в Україні, необхідність якої обумовлена новими громадсько-політичними відносинами, соціальною політикою держави і міжнародними рекомендаціями. У роботі особливу увагу приділено МКФ як концепції і класифікації, можливості її використання у формуванні нового бачення окремих аспектів захисту осіб з інвалідністю, зокрема, – в організації й утриманні медико-соціальної експертизи.

Упродовж цього часу співробітниками Установи було захищено низку дисертаційних робіт з використанням положень МКФ (1 докторська та 3 кандидатських дисертації).

1. «Хребтно-спинномозкова травма (клінічна епідеміологія, довгострокові результати лікування, медико-соціальна експертиза та реабілітація)» на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук зі спеціальності 14.01.05 нейрохірургія, 14.02.03 соціальна медицина, Тарасенко О. М. – пров. н. с. групи медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів з наслідками травм та ортопедичних захворювань у сполученні з ураженнями периферичної нервової системи).

2. «Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта» (О. М. Мороз);

3. «Обґрунтування та розробка критеріїв обмеження життєдіяльності хворих, які перенесли мозковий інсульт» (Г. В. Русина);

4. «Розробка системи медико-соціальної реабілітації інвалідів працездатного віку, які перенесли мозковий інсульт» (Д. Д. Богуславський).

Було виконано і продовжують виконуватися чимало науково-дослідних робіт із використанням положень МКФ при захворюваннях внутрішніх органів, серцево-судинної та нервової систем, опорно-рухового апарату та ін. Результати досліджень неодноразово доповідалися на міжнародних та вітчизняних конгресах та конференціях, надруковані монографії та статті за даною тематикою.

Також, починаючи з 2018 року, відділом досліджень медико-соціальних проблем та епідеміології інвалідності виконується НДР: Розробка сучасних інформаційних технологій щодо збору та узагальнення статистичної інформації та основ моніторингу в галузі медико-соціальної експертизи та реабілітації осіб з інвалідністю в Україні відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (2018–2020 рр.).

Матеріали підготували:

Директор ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», професор А. В. Іпатов.

Заступник директора з наукової роботи інституту, к. м. н., О. М. Мороз.

Керівник відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових захворюваннях та психосоматичних розладах, к. м. н., ст. н. с. І. Я. Ханюкова.

Заступник директора з міжнародної діяльності інституту, к. м. н., Н. О. Гондуленко.

Керівник відділу досліджень медико-соціальних проблем та епідеміології інвалідності к. м. н., Н. А. Саніна.

Використовуючи дані матеріали, просимо посилатися на авторів.