

## Медико-соціальна експертиза в системі Мінсоцполітики України

Сьогодні всіх бентежить зовсім не другорядне питання – якою бути в подальшому службі медико-соціальної експертизи. Від цього значною мірою залежить розв'язання проблем інвалідів, їх реабілітація в широкому розумінні слова, інтеграція в активне повноцінне суспільне життя і, що дуже важливо, проведення заходів з попередження інвалідності.

За 20 років функціонування служби в незалежній Україні вона сформувалась як окрема сфера медичної, вірніше медико-соціальної діяльності, коли людині з обмеженими можливостями залишається доступним увесь спектр медичних послуг.

Дозвольте запитати, чи медико-соціальна експертиза в системі Мінсоцполітики України зможе залучати охорону здоров'я в такій же мірі, як зараз, до розв'язання медичних проблем інвалідів, профілактики інвалідності?

В нашій області Центр МСЕ найтісніше співпрацює з усіма ЛКК медичних закладів, інститутом головних спеціалістів.

Щорічно найактуальніші питання первинної інвалідності та заходи щодо її попередження плідно обговорюються на обласних нарадах та науково-практичних конференціях фахівців. В поточному році їх проведено понад 50 для лікарів-терапевтів, кардіологів, ендокринологів, гастроентерологів, неврологів, онкологів, хірургів, офтальмологів, ортопедів-травматологів, психіатрів.

Поряд з цим, не на папері, а в повсякденному житті налагоджена співпраця комісії МСЕ з управліннями праці і соціального захисту населення, Центрами зайнятості, Фондами соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань, соціального страхування від тимчасової втрати працездатності, соціального захисту інвалідів та громадськими організаціями інвалідів з широкого кола питань, які стосуються різних видів і методів реабілітації людей з обмеженими можливостями, їх соціального захисту.

Не викликає сумнівів те, що підпорядкування служби медико-соціальної експертизи Міністерству охорони здоров'я України при створенні центральних органів державної виконавчої влади незалежної України концептуально було дуже виправданим, оскільки показник первинної інвалідності населення офіційно визнаний одним з найвагоміших показників стану здоров'я населення. Невипадково в пілотних регіонах з реформування галузі охорони здоров'я наказом МОЗ від 02.11.2011 р. № 743 показник первинної інвалідності затверджений найпершим показником якості медичної допомоги.

Якими ще аргументами необхідно доводити те, що функція закладів Мінсоцполітики зводиться до фінансового забезпечення та вирішення питань соціального захисту інваліда, а функція охорони здоров'я – до профілактики інвалідності, збереження чи відновлення здоров'я, тобто до реабілітації інваліда з метою інтеграції його в активне суспільне життя.

Якщо формування показника первинної інвалідності населення, як індикатора стану здоров'я населення і якості медичної допомоги, віддати відомству Мінсоцполітики України, то, можливо, показники малюкової і материнської смертності слід віддати Міністерству молоді, сім'ї та спорту?

І чому б, у першу чергу, не запитати інвалідів, якої точки зору в цій ситуації дотримуються вони?

До речі, в «Урядовому кур'єрі» за 24.10.2012 р., на сторінці 1, Уряд заявив про свою відкритість, про діалог влади та громадськості, вважаючи найприйнятлівішою для сьогодення модель, яка полягає в систематичному і детальному інформуванні громадян, вивченні потреб та очікувань суспільства, одночасно посилається на досвід Уряду Данії, який у процесі розробки, узгодження та ухвалення рішень контактує з більш, ніж 100 неурядовими організаціями. Наш Уряд запевняє громадян, що саме таку модель обрала чинна українська влада.

Ключова точка зору Мінсоцполітики щодо того, – «цитата» – **«що інвалідність треба встановлювати не через наявність або кількість тих чи інших захворювань, які викликають обмеження у людини, а через призму її соціальної дезадаптації»**, звучить досить узагальнено, в сучасній ситуації – навіть цинічно, оскільки дезадаптація соціальна має знач-

но ширші корені, ніж хвороби, а інвалідність сьогодні також встановлюється не в залежності від наявності хвороб, а від ступеня вираженості викликаних ними порушень життєдіяльності людини. Серед складових, які обумовлюють потребу у встановленні інвалідності, 80 % припадає на наявність захворювань.

Проголошені підходи уже мали місце у радянській лікарсько-трудовій експертизі. Але в той період кожний громадянин, в т. ч. і інвалід, мав гарантоване право на працю і фактично нікому соціальна дезадаптація в частині безробіття не загрожувала, країна мала величезний ринок праці для інвалідів. Сьогодні безробітними є армія здорових людей.

Людина з обмеженими фізичними можливостями, яка сьогодні навіть має роботу, має не менш реальну можливість її втратити і дуже обмежену – її знайти.

Слід зазначити і те, що в сфері медико-соціальної експертизи області працюють 57 лікарів, 60 % яких мають вищу і 40 % – першу кваліфікаційні категорії, в Україні – понад 1,5 тисячі лікарів, усіх працівників – понад 3 тис. осіб.

Переважна більшість з них за 20 років пройшли складний шлях становлення і служби, і їх, як спеціалістів-експертів.

Нашим великим надбанням ми вважаємо те, що вони єдині в своїх методологічних підходах як до проблем установа інвалідності, так і соціального захисту людей з обмеженими можливостями та їх реабілітації.

Є серйозні побоювання, що певна частина з них також виявиться соціально дезадаптованими при вирішенні питань працевлаштування.

Закликаю всіх сім разів відміряти і лише один раз відрізати. І давайте за основу візьмемо думку саме людей з обмеженими фізичними можливостями, які мають особливі потреби.

В даний час колектив нашого закладу завершив підготовку до повторної акредитації (термін дії попереднього сертифіката МОЗ України про вищу акредитаційну категорію закінчується 27.01.2013 року) і серйозно стурбований своїм майбутнім, хоч за 9 місяців поточного року має місце позитивна динаміка показників первинної інвалідності і дорослого населення, і населення працездатного віку. Оновлено всю нормативно-правову базу – Статут закладу, Положення про МСЕК, Колективний договір, Правила внутрішнього трудового розпорядку, посадові інструкції всіх працівників відповідно до вимог нових нормативних документів з медико-соціальної експертизи.

Не зрозуміло, чи не загрожує сьогодні службі децентралізація, коли МСЕК будуть функціонувати в складі управлінь праці і соціального захисту й виконувати лише технічні функції з оформлення довідок про встановлення інвалідності.

Ми розраховуємо на виваженість і обґрунтованість урядових рішень, які б не відкидали службу в минуле, а сприяли її удосконаленню, а отже, поліпшенню соціальної захищеності людей з обмеженими можливостями.

Виходячи з останнього, прагнення Мінсоцполітики України скоротити контингенти інвалідів і витрати Державного Пенсійного фонду України на їх утримання не можуть вступати в протиріччя з проголошенням державою соціального захисту населення пріоритетним напрямком державної соціальної політики.

Головний лікар,  
головний експерт КЗ «ЧОЦ МСЕ»,  
заслужений лікар України

В. В. Лепський

