

таких осіб до зайнятості, тобто їхня соціально-трудова реабілітація.

Проте, якщо з медичною реабілітацією даного контингенту хворих стан більш-менш задовільний, то інші види реабілітації, і, в першу чергу, соціально-трудова реабілітація, потребує нагальних змін до кращого.

Варто зауважити, що, за даними експертів, цій категорії інвалідів доступне широке коло професій та видів робіт. При цьому, як свідчить зарубіжна практика, зайнятість інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю може успішно здійснюватися не лише на спеціалізованих підприємствах, у майстернях при реабілітаційних центрах та інтернатних установах, але й на відкритому ринку праці. Однак на відкритому ринку праці зайнятість цієї категорії інвалідів можлива лише із супроводом з боку спеціально підготовлених фахівців-супроводжувачів.

Слід зазначити, що в нашій державі, незважаючи на значне законодавче підґрунтя в частині опіки, соціального забезпечення, реабілітації інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, зайнятості їх на відкритому ринку праці майже не поширено, а зайнятості із супроводом з боку спеціально підготовлених фахівців-супроводжувачів не існує взагалі, головним чином, через відсутність фахівців, які б мали необхідні знання, вміння та навички для здійснення такого супроводу.

На відміну від нашої держави, у зарубіжних країнах світу (у першу чергу, високорозвинених) накопичено більш глибокий досвід та триваліші традиції здійснення соціального супроводу цієї категорії інвалідів, у т. ч. при їхній зайнятості. Серед помічників, які здійснюють супровід зайнятості інвалідів із психічними захворюваннями та розумовою відсталістю у зарубіжних країнах є як спеціально підготовлені фахівці, так і волонтери, причому залучення останніх до здійснення соціального су-

проводу інвалідів відбувається не лише з метою «здешевлення» цього процесу, але й задля «ламки негативних стереотипів громади» щодо цієї категорії громадян.

Отже, проблема пошуку перспектив розвитку супроводу зайнятості інвалідів в Україні, у тому числі шляхом вивчення та запозичення кращого зарубіжного досвіду у цій сфері, стає вкрай актуальною ще й через те, що в нашій державі із загальної кількості зареєстрованих хворих на психічні розлади 65,7% складають особи працездатного віку.

У цих умовах невідкладним завданням удосконалення медико-експертної соціальної та реабілітаційної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки слід вважати такі напрямки:

1. Організація вищого органу щодо надання медико-соціальної експертної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки з висококваліфікованими кадрами на базі вже існуючих закладів відповідного профілю або створення нового.

2. Удосконалення методології надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки з максимальним використанням всіх видів реабілітації, без обмеження лише медичною реабілітацією.

3. Перехід до комплексної моделі медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги хворим із розладами психіки та поведінки з акцентом на соціальний та професійно-трудоий напрямки.

4. У плані удосконалення надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги зазначеному контингенту хворих налагодити взаємодію лікарів спеціалізованих психіатричних диспансерів, ВКК, МСЕК, співробітників державних та недержавних організацій та установ, включаючи членів суспільних асоціацій, осіб із психічними розладами та їхніх родичів.



СПІВПРАЦЯ МСЕК І ЛКК З ПИТАНЬ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ НА ЕТАПІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В. В. Лепський, Н. П. Лихогруд, О. В. Семененко, М. М. Карась

Резюме

В статті висвітлюються основні напрямки співпраці КЗ «ЧОЦ МСЕ ЧОР» з лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів Черкаської області з питань тимчасової та стійкої втрати працездатності, реабілітації інвалідів та подальша робота на етапі реформування галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, реабілітація інвалідів, інвалідність, лікарсько-консультативні комісії, тимчасова та стійка втрата працездатності.

Summary

The article highlights the main directions of cooperation Cherkassy Regional Center of Disability with medical and advisory committees of medical institutions in Cherkassy region of temporary and permanent disability, Rehabilitation and follow-up on the stage of reforming health care.

Keywords: *medical and social examination, rehabilitation disabled, disability, medical and advisory committee, temporary and permanent disability.*

Останніми роками склалась тісна співпраця ЛКК і МСЕК через різні форми роботи: спільне проходження курсів підвищення кваліфікації, Дні експерта, переривчасті курси, спільне вирішення складних в експертному плані питань. На сьогодні існує етапність у питаннях медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. I етап – це ЛКК лікувальних закладів. II етап – це МСЕ. У МСЕ існує три рівні експертизи: I рівень – міжрайонні, спеціалізовані комісії, II рівень – обласні комісії, та III рівень – Центральна експертна комісія МОЗ та ДУ «Укр. Держ. НДІ МСП МОЗ України» в м. Дніпропетровську (заклочення інституту має рекомендаційний характер). Ці відносини регулюються чинними наказами МОЗ України, департаменту охорони здоров'я ОДА.

Лікарі-спеціалісти, експерти та реабілітологи центру МСЕ впродовж 2012 р. брали участь у роботі 47 профільних обласних Днів спеціаліста, що позитивно позначилось на їхній фаховій кваліфікації. Лікарі-реабілітологи брали участь у роботі Всеукраїнських нарад, організованих Конфедерацією громадських організацій інвалідів із питань реабілітації інвалідів кардіологічного та онкологічного профілів (м. Запоріжжя, м. Рівне).

Проведені 2 цикли курсів інформації та стажування для голів та лікарів ЛКК ЛПЗ області «Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих і інвалідів» на базі КЗ «ЧОЦ МСЕ». В червні 2013 року проведений виїзний цикл тематичного удосконалення кафедрою МСЕ ФПО ДДМА для лікарів медичних закладів області та лікарів – спеціалістів із медико-соціальної експертизи КЗ «ЧОЦ МСЕ».

Із 07.10.2013 р. розпочинається черговий цикл курсів: «Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих і інвалідів» для голів та лікарів ЛКК, лікарів загальної практики – сімейної медицини.

З метою вивчення стану експертизи стійкої працездатності та реабілітації інвалідів у регіонах області та надання практичної допомоги впродовж року в лікувально-профілактичні заклади області здійснені регулярні виїзди, під час яких розглядались узагальнені недоліки, які мали місце в оформленні направлень на МСЕК ф.088/о, стосувались повноти обстеження та реабілітації хворих у доінвалідний період та причини необґрунтованого направлення на МСЕК, проводились спільні засідання. На Днях експерта, проведених у 2011–2013 рр. спільно з головами ЛКК, розглянуто актуальні питання реабілітації хворих і інвалідів, а також обговорено шляхи співпраці МСЕК і ЛКК з урахуванням вимог Постанови КМУ від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» та наказу МОЗ України від 05.09.2011 р.

№ 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» та стан впровадження в роботу МСЕК і ЛКК інформаційних технологій.

На сьогодні в Україні структура первинної медичної допомоги розпорошена, організаційно та функціонально поєднана з вторинною медичною допомогою та, фактично, надається багатьма спеціалістами і структурними підрозділами лікувально-профілактичних закладів. Це все призводить до деперсоніфікації відповідальності за здоров'я людини, сім'ї та ускладнює управління якістю первинної допомоги.

Головна мета реформування медичної галузі – поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного і справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. Для її досягнення поставлено такі завдання:

- підвищити якість та доступність медичних послуг;
- поліпшити ефективність державного фінансування;
- створити стимули для формування здорового способу життя населення та забезпечення належних умов праці.

Інвалідність – міжнародна проблема і предмет постійної уваги і турботи кожної держави. Який би не був рівень розвитку суспільства, науки, медицини, яка б не була досконалою реформа, завжди будуть люди з обмеженими можливостями, за яких і держава, і кожен з нас, зокрема, несуть відповідальність. Жоден практикуючий лікар, чи науковець, які ніколи безпосередньо не займались питаннями інвалідності, не розуміють, наскільки глибокі і складні питання експертизи. Сучасний експерт повинен бути і висококваліфікованим лікарем, і психологом, і соціологом, і юристом, та й просто людиною з високими моральними цінностями. В світлі реформи, яка має за основу створити сімейну медицину і повернути лікаря обличчям до хворого, коли він буде під постійним контролем, коли створюються засади санології та профілактичної медицини, чи не втратимо ми те цінне в медико-соціальній медицині, що існує в даний час?

Питання інвалідності повинні вирішуватись з біологічної, особистісної та соціальної позиції. Адже міжнародна класифікація функціонування в зв'язку з обмеженнями життєдіяльності розглядає дві моделі: медичну модель та соціальну модель. Медична модель розглядає інвалідність як початкову проблему, викликану безпосередньо хворобою, травмою чи іншими змінами здоров'я. Соціальна модель розглядає питання інвалідності як соціальну проблему: необхідність повноцінної інтеграції інваліда в суспільство, захист інваліда, як частина питань прав людини. Хотілося б звернутись до відомої схеми формування інвалідності.



Виникає досить закономірне питання: на яких етапах схеми задіяний сімейний лікар? До першого і на першому, надалі його вплив має характер спостерігача: зафіксувати погіршення чи покращання, направити в стаціонар чи до профільного спеціаліста, виписати ліки, повідомити нову інформацію. Всі інші питання на даному етапі вирішує служба лікарсько-консультативних комісій та медико-соціальної експертизи, яка, до того ж, є і контролюючим органом, що важливо особливо в питаннях реабілітаційного процесу. Тут варто звернути особливу увагу, що ми – не різні галузі, не окремі структури, а складові частини одного цілого – медицини, покликаної створити максимально зручні умови для хворих і однакові можливості для всіх людей з обмеженими можливостями та без.

Слід зазначити, що на даному етапі сімейні лікарі не підготовлені в питаннях експертизи, а виховати повноцінного експерта не так просто. Відповідно до Закону, підставою для визнання інваліда інвалідом є не захворювання, наслідок травми і вроджений дефект, а їхні наслідки – обмеження життєдіяльності і потреба в соціальному захисті держави. Тому експертиза, як дія, повинна бути забезпечена методологією формулювання експертного заключення. Це дозволить лікарям-експертам (за умови їхньої достатньої кваліфікації) робити висновок про обмеження життєдіяльності на основі окремих «цеглинок» стандартної інформації та концепції інвалідності.

Організація медико-соціальної експертної допомоги повинна бути переглянута в зв'язку з реформуванням організації охорони здоров'я для того, щоб підвищити її ефективність, економічність, можливості реально визначати і контролювати реабілітаційні заходи. А не шляхом спрощення та руйнування вже існуючого. Проблеми інвалідності

не мають власних чітких меж, вони переплітаються з іншими медичними, соціальними і організаційними проблемами. Необхідно затвердити системне розуміння медико-соціальних проблем і програмований підхід до їхнього вирішення. Це відповідає змісту поняття соціального захисту інвалідів як багатофакторної комплексної системи. Заслужують на увагу в наукових планах питання юридичного забезпечення медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Значення проблеми зростатиме по мірі затвердження правової держави. Специфічні особливості відносин лікарів-експертів та хворих, котрі не завжди адекватно оцінюють важкість свого стану, сприяють виникненню конфліктних ситуацій і не виключають судових розборів. У таких випадках важлива наявність досконалих нормативних документів, високий професіоналізм експертів, стандартизація експертних заключень, котра повинна підвищити якість їхнього юридичного обґрунтування та дотримання принципів деонтології.

Всі вищезазначені питання викликані не опором чи неприйняттям реформи, а пересторогою тому, що буде зруйнована галузь, яка довго створювалась як науковцями, так і простими лікарями-експертами у різних куточках України, адже руйнувати завжди набагато легше, ніж будувати, тим паче в теперішні непевні часи.

Відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я. В результаті ліквідації структури ЛКК проведення медичної експертизи з тимчасової та стійкої втрати працездатності в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, надава-

тимуть лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Сімейний лікар повинен знати основи чинного законодавства про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; основи соціальної гігієни, організації охорони здоров'я, медичної психології та економіки відповідно до завдань управління охороною здоров'я населення свого регіону; основи загальнотеоретичних дисциплін в обсязі, необхідному для вирішення професійних задач; анатомо-фізіологічні та психологічні особливості дорослих, дітей та осіб старшого віку; особливості розвитку дітей та підлітків; перебіг захворювань залежно від статі та віку; сучасну класифікацію хвороб; сучасні методи профілактики, діагностики та лікування захворювань органів дихання, травлення та системи виділення, ендокринної системи та обміну речовин, шкіри, органів зору, ЛОР-органів, інфекційних, неврологічних та психічних захворювань у дорослих та дітей; основи медичної генетики; питання асептики та антисептики; методи протиепідемічного захисту населення; основи реанімації; клініку, діагностику та принципи лікування невідкладних станів; фармако-, дієто-, фізіо- та курортотерапію; немедикаментозні методи

лікування та профілактики; фактори ризику виникнення найбільш поширених захворювань; методи визначення тимчасової і стійкої непрацездатності, організацію роботи лікарсько-консультативної та медико-соціальної експертної комісії; основи медичної, професійної, соціальної та сімейної реабілітації; основи медичної інформатики; форми і методи санітарно-освітньої роботи; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет-технології; методика аналізу стану здоров'я населення, медичну статистику, сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення. На даному етапі реформування охорони здоров'я немає повноцінного інституту сімейних лікарів. Сьогодні сімейний лікар – лікар загальної практики – це звичайний вчорашній дільничний терапевт, який пройшов 6-місячні курси спеціалізації і здебільшого ще не накопичив необхідного об'єму знань і досвіду.

Тому набирають актуальності забезпечення якості експертизи як тимчасової, так і стійкої втрати працездатності на сучасному початковому етапі реформування охорони здоров'я в Україні, наукові розробки і заходи щодо її удосконалення на всіх рівнях надання медичної допомоги, в тому числі й на рівні закладів медико-соціальної експертизи.



ПРАВОВА ОСНОВА

УДК 6160.89.1:347.440.16

МЕСТО И РОЛЬ ЮРИДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УЧРЕЖДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Профессор А. В. Ипатов, Е. Н. Мороз, Ю. И. Коробкин, Л. В. Кузьмина,
Н. С. Бевзюк, Е. О. Игнатенко, Е. В. Моргун, Г. П. Семириков

ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности
МЗО Украины», г. Днепропетровск

Juris effectus in executione consistit.
Эффективность закона заключается
в его исполнении.

Резюме

В статье приведены сведения о вопросах, связанных с юридической практикой; государственно-правовом механизме деятельности юрисконсульта; месте и роли ГУ «Укр. Гос. НИИ МСПИ МЗО Украины» в правовом поле государства.

Ключевые слова: Региональная юридическая служба, цивилизованное мировое сообщество, нормативно-правовая база, системное формализованное планирование, логика науки, социологические исследования, нигилизм.