

ПРО ПРАВОВИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Малий Микола Юрійович,

*Дніпропетровський інформаційно-впроваджувальний центр з експертизи
життєдіяльності та працевлаштування інвалідів при ТОВ “АРДАН”*

Асланян Сергій Арменакович,

Київський міжнародний університет

Чемирисов Володимир Васильович,

Дніпропетровська Державна медична академія

Громадяни України, згідно з Конституцією [1], мають право на підтримку Держави у вигляді медичної та соціальної допомоги, що включає право на амбулаторне, стаціонарне та санаторно-курортне лікування та на матеріальне забезпечення у разі зниження життєдіяльності внаслідок хвороби або травми, що привело до повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, т.і. Це право регламентується Законами України [2, 3, 4, 5, 6] та підзаконними актами і провадиться за рахунок страхових внесків фізичних осіб, підприємств, установ і організацій через загальнообов'язкове державне соціальне страхування, а також з бюджетних коштів та інших джерел фінансування мережі державних, комунальних і приватних закладів для надання медико-соціальної допомоги громадянам України та особам без громадянства зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті (інвалідам). Медико-соціальна допомога включає до себе експертну оцінку втрати життєдіяльності, обсяг державної соціальної допомоги, шляхи відновлення здоров'я, працездатності, інтеграції хворого в суспільство. З метою удосконалення медико-соціальної допомоги населенню уряд України планує довгострокові програми [7, с. 5]

Теперішня система експертної оцінки потреби особи в державній соціальній допомозі існує більше 50-ти років і, у принципі, доказала свою життєздатність, але у останній час ефективність її роботи дещо знизилась. Причиною цьому, на нашу думку є зміни у законодавстві України про медичну допомогу і соціальний захист населення, яке не враховує сучасних реалій.

У к. СРСР, при обов'язковій участі в суспільнокорисній праці усіх повнолітніх громадян, існувала єдина система надання державної соціальної допомоги [8, с. 494] людям з пошкодженням здоров'я, що базувалася на факті втрати працездатності. Огляд громадян для отримання державної допомоги проводили лікарсько-трудова експертні комісії (ЛТЕК), що входили до складу міністерства соціального забезпечення, яке проводило практично усю роботу по наданню медико-соціальної допомоги інвалідам усіх категорій. Ці заходи фінансувалися з єдиного фонду соціального захисту МСЗ, крім медичної реабілітації, яку проводили на цілком безоплатній основі ЛПУ МОЗ УРСР, та профсоюзні санаторно-курортні заклади. Огляд хворих з особливо складними випадками та осіб, які оскаржували рішення обласних ЛТЕК проводився у Дніпропетровському НДІ експертизи та відновлення працездатності

інвалідів (ДІВЕПІН) чи в його Вінницькому філіалі. Письмове рішення НДІ виносилося на основі об'єктивних методів дослідження вад здоров'я, мало логічну структуру, було обґрунтовано посиланням на діючі нормативні акти та на літературні джерела. Рішення НДІ, як правило, мало остаточний характер. Треба зауважити, що ДІВЕПІН був головним інститутом з медико-соціальних проблем не тільки інвалідів, але і інших верств населення, які потребували соціального захисту (самотніх старих, розумово відсталих т.і.), займався вирішенням на науковій основі широкого кола проблем, а саме: експертизою, професійним відбором, працевлаштуванням і працепристосуванням, лікуванням інвалідів з одночасним навчанням їх доступним, за станом здоров'я професіям. Однією із функцій цього інституту була підготовка лікарів — експертів для ЛТЕК на власній базі.

Зі зміною соціально-економічної формації після здобуття незалежності України змінилися принципи надання медико-соціальної допомоги. Насамперед, основним критерієм інвалідності стало зниження життєдіяльності, у відповідності з міжнародними стандартами [9], а не втрата працездатності. У зв'язку з цим лікувально-трудова експертні комісії були перейменовані у медико-соціальні експертні комісії [10, с. 23], хоча склад, функції, навантаження на них залишилися тими ж. Додатково, на МСЕК були покладені функції атестації робочих місць для інвалідів та розробку заходів по медичній, професійній, соціально-побутовій, психолого-педагогічній, фізкультурно-спортивній, трудовій, фізичній реабілітації та контролю за її проведенням. МСЕК були введені до складу міністерства охорони здоров'я. Вони безпосередньо підпорядковуються [11] відділу медико-соціальної експертизи та проблем інвалідності у складі департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ. МСЕК [10, с. 36] організуються при управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Первинною ланкою є районна МСЕК далі міжрайонна, спеціалізована, обласні МСЕК. Обласні МСЕК є вищими у своїй області. В останні роки склалася практика, коли у особо складних випадках, головний лікар обласного центру медико-соціальної експертизи (головний експерт) скликає розширену експертну комісію (РЕК), до складу якої входять експерти декількох МСЕК, залучаються спеціалісти інших відомств та представників громадських організацій. Створення РЕК є вимушеним заходом, не передбачений чинним законодавством, тому що вищою МСЕК повинна бути Республіканська, але статус її, на тепер, не визначений, відсутні постійні кадри та печатка. Це обумовлено і тим, що Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності та Вінницький НДІ реабілітації інвалідів хоча і займаються обстеженням інвалідів, але їх висновки мають тільки рекомендаційний характер не обов'язковий для виконання.

На тепер інвалідність і ступінь втрати здоров'я повнолітніх хворих визначаються медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК), а неповнолітніх — лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів. Огляд повнолітніх хворих, інвалідів, дітей-інвалідів проводиться за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності. МСЕК визначають ступінь обмеження життєдіяльності особи, стан працездатності, групу інвалідності, причину і час настання інвалідності внаслідок загального захворювання, трудового каліцтва чи професійного захворювання, види трудової діяльності, рекомендовані для інваліда за станом його здоров'я, причинний зв'язок інвалідності

із захворюванням чи каліцтвом, що виникли в дитинстві, уродженим дефектом, ступінь втрати здоров'я, групу, причину, зв'язок і час настання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій або Чорнобильської катастрофи, ступінь стійкого обмеження життєдіяльності у хворих для направлення їх у стаціонарні установи соціального обслуговування, медичні показання на право одержання інвалідами спеціального автотранспорту і протипоказання до керування ним [10, с. 40]. МСЕК здійснюють організацію робіт щодо вивчення виробничих, медичних, психологічних, екологічних, соціальних причин виникнення інвалідності, її рівня і динаміки. МСЕК зобов'язані забезпечити своєчасний огляд (переогляд) повнолітніх хворих, інвалідів, а лікувально-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів і дітей-інвалідів стосовно інвалідності і ступеня втрати здоров'я.

Основним документом, за чинним законодавством, який регламентує заходи по відновленню життєдіяльності інваліда є *Індивідуальна програма реабілітації інваліда* [12]. Цей документ, який складається лікарями МСЕК і повинен визначати потребу у конкретних видах медичної та соціальної допомоги та шляхи її надання для відновлення життєдіяльності інвалідів та інтеграції їх у суспільство. Суттєвим є те, що заходи по індивідуальній програмі реабілітації визначають лікарі експерти МСЕК які підпорядковуються МОЗ України, а втілюють ці програми у практику переважно структури Міністерства праці та соціальної політики і установи які тісно співпрацюють з цим міністерством (Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, ін.), установи МОН, Мінмолоді, інші установи. Згідно з чинним законодавством [3, стат. 3] МСЕК фактично є розпорядником коштів Пенсійного фонду, Міністерства праці та соціальної політики, коштів страхових Фондів, Міністерства освіти та науки, Держкомнаглядохоронпраці, та ін., спрямованих на комплексну реабілітацію хворих та інвалідів, тобто впливати на фінансову політику багатьох закладів різного підпорядкування. Належить зауважити про те, що вищезазначені кошти є коштами Держбюджету або коштами установ де Держава є перестраховальником (несе фінансову відповідальність за дію страхових Фондів). Згідно з чинним законодавством [6, стат.1, пп. 7] МОЗ України через систему МСЕК, при проведенні комплексної реабілітації інвалідів, повинно керувати та контролювати роботу підрозділів, які входять до складу інших міністерств і відомств [17, с. 23], але на ділі реальних важелів впливу у МОЗ немає.

Лікарі МСЕК мають високу професійну підготовку, займаються експертизою життєдіяльності та реабілітацією інвалідів, тобто професійною діяльністю, по практичному виконанню основної функції держави — соціальному захисту її громадян, та одержують заробітну плату тільки за рахунок державних коштів. У своїй роботі МСЕК керуються принципами гуманізму і соціальної справедливості; пріоритету прав людини і громадянина; професіоналізму, компетентності, персональної відповідальності за виконання службових обов'язків і дисципліни; дотримання прав та законних інтересів, прав підприємств, установ і організацій, об'єднань громадян. Все це майже дослівно є характеристикою діяльності державного службовця. але на жаль статус державного службовця не закріплений за співробітниками МСЕК юридично. На теперішній час, МСЕК, практично виконують функції міжвідомчого органу, який визначає долю коштів, як з найбільш затратних статей Держбюджету, так і страхових Фондів; визначають політику у соціальної, професійної, побутової реабілітації хворих та інвалідів, співпрацюють з органами місцевого самоврядуван-

ня та т.і. Така ситуація склалася внаслідок того, що управління МСЕ було підпорядковано МОЗ України, що б мало сенс якби це міністерство, як у більшості розвинених країн, виконував одночасно і функції соціального захисту населення в тому числі і соціального страхування, як це зроблено наприклад, у Росії [13, с. 5], та Білорусії [14]. У цих країнах усі лікарі, що беруть участь у медико-соціальній експертизі, мають статус державного службовця — на відміну від України, де розподілом державних коштів призначених для соціальної допомоги (пенсій, протезування, професійної, медичної, побутової реабілітації та т.і.) особам з зниженою життєдіяльністю займаються лікарі медико-соціальних експертних комісій, які не мають відношення до Державного управління (Державної служби). Треба зауважити, що така ситуація сприяє нераціональній витраті бюджетних коштів та створює ґрунт для зловживань. Крім цього МСЕК не мають важелів, з допомогою яких можна реально впливати на установи різних форм власності і різного підпорядкування, що порушують законодавство щодо реабілітації інвалідів.

Тому, вважалось би доцільним відокремити медико-соціальну експертизу в незалежну міжвідомчу службу і підпорядкувати її безпосередньо віце-прем'єру з гуманітарних питань. Необхідно ввести в номенклатуру спеціальностей спеціальність лікар-експерт МСЕК і проводити атестацію лікарів одночасно по двом напрямкам, як експертів, і як лікарів відповідних спеціальностей, зобов'язати кафедри МСЕ у Дніпропетровській медичній академії проводити не тільки цикли удосконалення а і передатестаційні курси.

На відміну від більшості країн СНГ, де це прерогатива МСЕК, в Україні обсяг соціальної допомоги неповнолітнім визначають ЛКК [15]. Це не можна вважати оптимальним вирішенням проблеми. Як правило, педіатри прагнуть надати дітям максимальну кількість пільг, що веде до повної соціальної дезадаптації особи та конфліктів, особливо коли по досягненню 18 років МСЕК не знаходить підстав для визнання її інвалідом. “Перелік...”, [16] яким користуються ЛКК не є універсальним. Основним його недоліком є те, що замість ознак інвалідності в ньому перераховуються окремі нозологічні одиниці (в ідеалі там повинна бути МКХ-10 цілком.). Формально, захворювання якого немає у “Переліку...” не дає пацієнту права на державну соціальну допомогу. (наприклад при захворюванні на проказу). Можна вважати раціональним вивільнити педіатричні ЛКК від невластивих їй функцій і передати визначення обсягу соціальної допомоги дітям МСЕК.

Протезування автотранспортом [10, с. 108] є оптимальним методом реабілітації інвалідів з обмеженням здатності до пересування. На тепер, в Україні немає державного підприємства по виробництву автомобілів для інвалідів (ЗАЗ практично припинив їх випуск). Оскільки потреба в транспорті є нагальною, доцільно би було налагодити випуск електро— та мотоколясок та мікролітражних автомобілів подвійного призначення на казённому підприємстві за державний кошт. В якості альтернативи, поки що, можна було б утримувати парк спеціалізованих таксі для безоплатного обслуговування інвалідів, які мають право на безкоштовне протезування автотранспортом

Робота у МСЕК [17, с. 28] вимагає наявності вищої медичної освіти, високого професіоналізму, поряд з високою гуманністю. Підвищені вимоги для лікаря МСЕК не сприяє припливу нових кадрів до цієї установи, тому, на нашу думку, усім співробітникам медико-соціальних експертних комісій, у першу чергу — лікарям експертам та реабілітологам, повинен бути наданий статус державних службовців на конкурсній основі, що буде сприяти підвищенню якості медико-соціальної допомоги.

За законодавством медичні послуги в Україні безплатні, але для нормального функціонування медицини необхідно виділяти на її потреби з не менш 12% Державного бюджету хоча на ділі виділяється не більш 4%. Завдяки цьому пацієнти мусять платити великі кошти практично за всі послуги, які надає лікарня. Оскільки інваліди не можуть оплатити обстеження та лікування у ЛПУ доцільно створити діагностично-лікувальні центри суто для інвалідів, причому під страхом карної відповідальності заборонити госпіталізацію в них хворих, які не є інвалідами.

Необхідно розглянути питання про створення бюджетного національного науково-інформаційного центру по медико-соціальним питанням та про наукове супроводжування законодавчих актів по наданню медико-соціальної допомоги населенню України, з використанням останніх досягнень науки — з одного боку, та з збереженням вже накопиченого вітчизняного досвіду. Ігнорування досягнень українських науковців веде до дублювання в науковій тематиці [18] та невиправданої витрати значних державних коштів. Так, наприклад у Німеччині була закуплена за великі валютні кошти соціальна технологія по одночасному лікуванню та професійному навчанню інвалідів для створення Лютіжського Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів. Ця технологія вперше була детально розроблена та впроваджена у практику у Дніпропетровському НДІ експертизи та відновлення працездатності інвалідів (науковий керівник професор Ланцетова А.С.) та експортована у ФРН, Австрію, та Італію (попередньо адаптовано до законодавства цих країн). у 60-х роках минулого сторіччя. Це є класичним прикладом реекспорту власних розробок, та ще й без реадаптації до діючого законодавства. Іншим аргументом за створення такого центру є розбіжності у чинних законах; так у Законі “Про соціальних захист інвалідів в Україні” передбачено 3 групи інвалідності, а в Законі “Про реабілітацію інвалідів в Україні” вже 4.

Виходячи з вищевикладеного можна прийти до висновку про те, що правова основа медико-соціальної допомоги в Україні є не зовсім досконалою та потребує подальшого удосконалення на науковій основі.

Література

1. Конституція України. — К., 1997.
2. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” // Відомості Верховної Ради України від 26.01.1993 — 1993 р., № 4.
3. Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні “ // Відомості Верховної Ради УРСР — 1991 р., № 21, стор. 252
4. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням” // Офіційний вісник України від 09.03.2001 — 2001 р., № 8, стор. 4,
5. Закон України “Про загальнообов’язкове державне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності” // “Голос України” від 03.11.1999
6. Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” // “Урядовий кур’єр” від 09.11.2005 — № 213
7. Пίδαєв А.В. Діяльність системи охорони здоров’я України в контексті стратегії економічного та соціального розвитку держави на 2002–2011 роки // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. — 2003. — № 1. — С. 5–12.
8. Справочник документов по ВТЭ и трудоустройству инвалидов / под ред. П.А. Маккавейского — Л.: Медицина, 1981. — 575 с.

9. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. — Женева: ВОЗ, 2001. — 342 с.
10. Нормативно-правові матеріали з питань інвалідності (короткий довідник) / укладач М.Ю. Малий — Дніпропетровськ: 2006. — 458 с.
11. <http://www.moz.gov.ua/main/min/minstruct/> (офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України)
12. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів” // Офіційний вісник України від 25.12.2006 — 2006 р., № 50, стор. 44, стаття 3311, код акту 38088/2006
13. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов / Под ред. М.В. Коробова и В.Г. Помникова.— изд 2-е.— СПб.: Гиппократ, 2005. — 856 с.
14. <http://rehabilitation.at.tut.by/> (офіційний сайт Білоруського НДІ медико-соціальної експертизи)
15. Закон України “Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” //Відомості Верховної Ради (ВВР), 2001, № 1, ст.2
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 04.12.2001 № 482 “Порядок видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років”
17. Стандарт організації, структури та функціонування міських, районних, між-районних медико-соціальних експертних комісій загального профілю: Методичні вказівки / О.В. Сергієні, В.В. Маруніч, А.В. Іпатов та ін. — Дніпропетровськ: Пороги, 2001. — 20с.
18. *Уваренко А.Р.* Інноваційна політика вітчизняної охорони здоров'я та шляхи її вирішення // Охорона здоров'я України. — 2001. — №1. — С. 34–36.