

вально-діагностичної тактики. Ми вважаємо, що на ВГ (ВГВ, ВГС, ВГД) потрібно обстежувати всіх хворих з хронічною патологією дигестивної системи і тих, які готуються до операції, тим більше, що хронічна інфекція (особливо ВГС) сприяє появі значної кількості екстрагепатитних проявів.

## СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕННЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В І С С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А. В. Шкурба (Київ)

Описан случай микст-патологии — сочетание вирусного гепатита В и С с обтурационной желтухой, имеющей отношение к деятельности хирурга. Показано, что в этой ситуации необходимо обследование таких больных инфекционистом и хирургом.

---

# ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

УДК 362.611:616-036.865.001.5

Надійшла 11.02.98

А. М. СЕРДЮК, Є. М. ГОРБАНЬ, В. В. МАРУНИЧ,  
В. П. ТОПКА, В. І. ШЕВЧУК, О. В. СЕРГІЄНІ

### СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У СИСТЕМІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України, Український НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (Дніпропетровськ), Вінницький філіал Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Проблеми медико-соціальної експертизи, як наукові, так і прикладні, невід'ємно пов'язані з соціальною політикою держави щодо інвалідів. У галузі медико-соціальної експертизи існують два аспекти: а) рівень інвалідності розглядається як один із показників здоров'я населення; б) якість надання медико-соціальної допомоги інвалідам характеризує рівень розвитку відповідних служб і в цілому відображає стан системи охорони здоров'я та характер соціальної політики держави.

Інвалідність є важливою державною медико-соціальною проблемою, що характеризує стан здоров'я населення країни. Причини та наслідки інвалідності у різних країнах неоднакові, що пояснюється різними соціально-економічними умовами та заходами держави щодо забезпечення добробуту громадян. В усіх країнах та у будь-якому суспільстві є інваліди, їх кількість значна і продовжує збільшуватися. За даними ВООЗ, нині інваліди становлять близько 10% всього населення земної кулі, а за прогнозами, до кінця століття їхня кількість може досягнути 650 млн осіб. У США майже п'ята частина населення (19,4%) мають інвалідність. У країнах Європейського регіону також значна частина населення страждає від тих чи інших наслідків інвалідності: 85 млн осіб потребують медико-соціальної допомоги.

Вирішенню проблем інвалідності приділяється велика увага як у соціальному, так і в медичному аспекті. Оголошення 1981 р. Міжнародним роком інвалідів сприяло концентрації уваги світової громадськості на питаннях, що стояли перед службами допомоги інвалідам, наслідком чого стало проголошення ООН 1982–1992 рр. десятиріччям інвалідів та запровадження програм

дій, що стосуються інвалідів, у тому числі Програми ВООЗ "Здоров'я для всіх до 2000 року". На підставі узагальнення результатів діяльності служб допомоги інвалідам протягом десятиріччя розроблені рекомендації ВООЗ та "Стандартні правила забезпечення рівних можливостей щодо інвалідів", прийняті Генеральною Асамблеєю ООН 20.12.1993 р., які гарантували неповнофункціональним особам рівні права з іншими громадянами країни та право на проведення реабілітації, одержання соціальної допомоги з боку держави.

Аналіз світового досвіду з питань соціальної політики різних країн щодо інвалідів дозволив виділити два її принципи: компенсаційний підхід, коли держава виплачує кошти на забезпечення життєдіяльності інваліда, що призводить до рентних відносин і не стимулює інваліда до реабілітації, та більш прогресивний, прийнятий у розвинутих країнах комбінований підхід, який ґрунтується на реадaptaції інваліда у суспільстві на найвищому можливому в кожному випадку рівні за рахунок розвитку компенсаційно-адаптаційних можливостей та реалізації реабілітаційного потенціалу. На жаль, в Україні переважає перший принцип державної соціальної допомоги інвалідам, а другий знаходиться у фазі розвитку та становлення.

Не менш важливою є проблема інвалідності для України з її негативними демографічними процесами та екологічною ситуацією. Так, на 01.01.1997 р. одержували пенсію по інвалідності або за віком 2 млн 319 тис. інвалідів, а число інвалідів збільшується щорічно майже на 70 тис. У період становлення державності в Україні прийнятий ряд законодавчих та відомчих документів, що наближаються у вирішенні проблем інвалідності до рекомендацій міжнародних актів. До 1991 р. інвалідність розглядали як повну або часткову втрату працездатності, ступінь обмеження якої встановлювали лікарсько-трудова експертні комісії. Прийнятий у 1991 р. Закон "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" закріпив прийняте у міжнародній практиці поняття інвалідності як біосоціального явища. Ст. 2 закону наголошує, що "інвалідом є особа із стійким порушенням функцій організму, обумовленим захворюванням, наслідками травм або природженими дефектами, які призводять до обмеження життєдіяльності, необхідності у соціальній допомозі та захисті". У законі закріплені права інвалідів на отримання соціальної допомоги, проведення медичної, професійної, соціальної реабілітації тощо.

Зміна соціально-економічних умов, принципів визначення інвалідності та підходів до вирішення питань реабілітації інвалідів суттєво вплинула на рівень, структуру, особливості інвалідності населення і викликала перерозподіл основних чинників, що її визначають. В Україні на рівень інвалідності значно впливають демографічні та соціальні фактори, економічні особливості, ступінь урбанізації, представництво окремих галузей промисловості, діючі шкідливі виробничі та екологічні фактори, у тому числі наслідки аварій на ЧАЕС, поширення і структура захворюваності та смертності населення, можливості працевлаштування на окремих підприємствах регіону, соціально-побутові умови та фактори ризику, стан медичної та медико-експертної допомоги населенню, профілактичної і реабілітаційної роботи у регіоні, державна політика та законодавство з соціальних питань.

Причини інвалідності такі самі, як і захворюваності (медико-біологічні, демографічні, екологічні), але формування та виявлення її залежать від соціально-економічних умов життя суспільства, соціальної політики держави щодо інвалідів.

З 1981 р. загальна тенденція динамічного ряду рівнів первинної інвалідності мала прямий кореляційний зв'язок з демографічними процесами у країні, тому відмічалось їх збільшення за рахунок тих захворювань, для яких характерне встановлення інвалідності переважно у віці старше 45 років: хвороб системи кровообігу, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, дихання, злоякісних новоутворень. До 1992 р. первинна інвалідність збільшилась у 2 рази — з 24,3 до 49,3 випадку на 10 000 населення.

Інтенсивні темпи зростання первинної інвалідності у 1992–1993 рр. здебільшого пояснюються розширенням соціальних, економічних та юридичних пільг, підвищенням розмірів пенсій та допомоги інвалідам. Прийняття у

1991–1992 рр. законів та урядових постанов з питань інвалідності та соціального захисту інвалідів, з пенсійного забезпечення, відшкодування ушкодження здоров'я, пов'язаного з виконанням трудових обов'язків, — все це разом з демографічними, соціально-економічними та екологічними умовами сприяло масовому виявленню так званої прихованої інвалідності як серед пенсіонерів за віком, так і серед працездатного населення, що призвело до “вибуху” інвалідності у 1993 р. Порівняно з 1992 р. первинна інвалідність дорослого населення збільшилась на 18,5%, працездатного віку — на 12,6%, пенсійного віку — на 26,8%, інвалідність серед військовослужбовців — на 42,9%, працюючих — на 15,3%. Інваліди пенсійного віку становили у 1993 р. 42,5% від усіх первинно визнаних інвалідами.

Визначення інвалідності внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання у 1993 р. збільшилося на 39,3%, пневмококіозів — у 3 рази за рахунок центрів вугільної промисловості Луганської, Донецької, Дніпропетровської та Львівської областей. З 1994 р. кількість інвалідів внаслідок професійних захворювань поступово зменшувалась, але в 1996 р. перевищувала показники 1990 р. у 1,5 рази. Нині в умовах економічної кризи підприємства не можуть виплачувати інвалідам матеріальні компенсації, виникають взаємні судові позови, посилюється соціальна напруженість у шахтарських регіонах.

Скорочення з 1994 р. обсягів соціальної допомоги та заходів щодо соціального захисту інвалідів, природне зменшення населення (висока смертність, особливо серед осіб похилого віку) призвели до зменшення звертання пенсіонерів за віком за визначенням інвалідності й зниження показників інвалідизації дорослого населення, яке тривало у 1995–1996 рр. і характерне для більшості областей та з більшості основних захворювань, що зумовлюють інвалідність. Питома вага інвалідів пенсійного віку зменшилася до 38% у 1996 р. Але демографічний фактор (постаріння населення) продовжує чинити прямий або опосередкований через соціальні пільги вплив на рівні інвалідності як у цілому, так і в окремих регіонах країни. Високі показники інвалідності на 10 000 дорослого населення у Республіці Крим (91,4 при середньому 62,1), Львівській області (82,0), м. Києві (79,1) обумовлені встановленням місцевою владою пільг інвалідам на оплату житла, комунальних послуг. Скорочення обсягу пільг на рівні держави за наявності більш як 10 млн пенсіонерів за віком (значна частина яких має обмеження життєдіяльності за віком або хворобою) знову призвело до формування “прихованої” інвалідності осіб старшого віку: про “приховану” інвалідність свідчить також розбіжність даних про зареєстровану в Україні загальну (накопичену) інвалідність із світовими даними.

Важливим за значенням фактором, який обумовлює рівні первинної інвалідності у окремих областях, є вплив наслідків аварії на ЧАЕС. У більшості областей, забруднених радіонуклідами, інвалідність дорослого та працездатного населення за 1992–1996 рр. не тільки збільшилась, але й має найвищі в Україні показники. Останніми роками змінилася структура інвалідності з цієї причини: на зміну інвалідності ліквідаторів, що переважала, почала масово ресструватися інвалідність постраждалого населення. Питома вага її збільшилась з 23,2% у 1992 р. до 49,9% у 1996 р. В областях, де проживає найбільша його кількість, інвалідність у зв'язку з аварією становить від 5,8 до 14,5% від первинно визнаних інвалідами при середньому в Україні у 1996 р. 3,2%, а при деяких захворюваннях, зокрема злоякісних новоутвореннях, — до 40–60%. Крім того, у цих областях за останні два роки спостерігається масове звернення інвалідів від загального захворювання за зміною причин інвалідності, пов'язане з аварією на ЧАЕС, оскільки пенсії цієї категорії більші. У “чорнобильських” регіонах збільшується інвалідність внаслідок злоякісних новоутворень (вони стоять на першому місці у структурі інвалідності постраждалого населення), хвороб системи кровообігу, травлення, ендокринної системи.

Про погіршення стану здоров'я населення свідчать несприятливі зміщення у віковому складі інвалідів: збільшується кількість інвалідів молодого віку, у тому числі з дитинства. Рівень первинної інвалідності на 10 000 осіб у віці

від 16 до 40 років збільшився за 1992–1996 рр. на 19,9%, кількість первинно визнаних інвалідами з дитинства — на 13,1%. Зміни вікового складу характерні для усіх регіонів держави та з усіх основних класів хвороб. З цих причин у 1996 р. фактично припинилося зниження первинної інвалідності населення працездатного віку. Це явище завдає великих збитків державі та суспільству. У 1996 р. первинно визнано інвалідами 154 312 осіб працездатного віку, у тому числі інвалідами I–II групи (тобто повністю непрацездатними) 61% — 94 114 осіб. Це супроводжується втратою трудового потенціалу держави, насамперед чоловіків, які становлять 65% серед первинно визнаних інвалідами у цьому віці. Зміщення до молодого віку особливо характерне для інвалідності внаслідок туберкульозу, а його показники збільшились на 16 з 27 адміністративних територій України.

Сучасні труднощі у наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню та реабілітації особливо проявляються у збільшенні інвалідності внаслідок травм, причому це зростання обумовлено наслідками побутового та автодорожного травматизму, тому що інвалідність постраждалих від виробничих травм знизилася.

Незадовільний стан охорони здоров'я сільського населення підтверджується постійно більш високими рівнями первинної інвалідності сільського населення працездатного віку порівняно з міським: у 1993 р. — 61,7 та 60,5 випадку відповідно, у 1996 р. — 57,5 та 52,3 випадку. Інвалідність сільських жителів молодого віку також вища, особливо внаслідок туберкульозу, ревматизму, травм. Серед сільського населення спостерігаються більш високі рівні інвалідності з дитинства.

У структурі первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України перші місця посідають хвороби системи кровообігу, новоутворення, травми, хвороби нервової системи та органів чуття, кістково-м'язової системи та сполучної тканини. У структурі інвалідності осіб молодого віку нині на перших місцях травми, психічні розлади, хвороби нервової системи та органів чуття, новоутворення, хвороби системи кровообігу. Основними причинами інвалідності з дитинства у віці старше 16 років є олігофренія, хвороби нервової системи та органів чуття, природжені аномалії (вади розвитку), цукровий діабет та наслідки пологової травми.

Методи математичного прогнозування первинної інвалідності недейсні через значний вплив соціальних факторів, час дії яких неможливо передбачити. Нині, у період економічної кризи, Закон "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" у розділі соціальної допомоги інвалідам фактично припинив свою дію, тому інвалідність дещо стабілізувалася. Коли держава зможе забезпечити соціальну допомогу, то це призведе до збільшення первинної інвалідності: демографічні та екологічні фактори (головним чином наслідки аварії на ЧАЕС) будуть продовжувати чинити негативний вплив на рівні інвалідності населення.

У зв'язку з новим змістом поняття інвалідності як заходу втрати здоров'я були змінені функції експертної служби, названої органами медико-соціальної експертизи та переданої з Міністерства соціального захисту населення до Міністерства охорони здоров'я України у 1991 р. Органи медико-соціальної експертизи займаються вирішенням проблем, що знаходяться на стику компетенції медичних, соціальних та юридичних органів. Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК) діє як медична установа, оцінюючи показники здоров'я хворих для виявлення ознак інвалідності, визначаючи інвалідність та потреби у зв'язку з нею, що супроводжується відповідно до її рішень соціальними пільгами та виплатами державних коштів інвалідам: здійснює свою діяльність у рамках чинного державного законодавства з питань інвалідності. Кінцевим результатом її діяльності є рекомендації з опрацювання показань до розподілу держбюджетних коштів на соціальні потреби, внаслідок чого робота лікарів-експертів особливою складна та відповідальна.

Функції МСЕК як органа медико-соціальної експертизи постійно розширюються та вдосконалюються. Крім ступеня зниження життєдіяльності інваліда, у тому числі працездатності, тобто тяжкості інвалідності, причин та

часу настання, ступеня втрати професійної працездатності (у відсотках) у зв'язку з виконанням робітником своїх трудових обов'язків, МСЕК встановлюють види та обсяги необхідного соціального захисту інваліда, сприяють проведенню ефективних заходів з профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, здійснюють індивідуальну програму медичної, соціально-трудової реабілітації (ІПР), проводять контроль за раціональним працевлаштуванням інвалідів, займаються значною консультативною роботою та ін.

У питаннях запобігання та зниження інвалідності, реабілітації хворих та інвалідів МСЕК працює спільно з лікарсько-консультативними комісіями лікувальних установ, адміністрацією підприємств і профспілковими організаціями, центрами профорієнтації й зайнятості населення, Фондом соціального захисту інвалідів та іншими установами різної адміністративно-відомчої підпорядкованості.

В Україні юридично закріплена двоступенева комбінована (загальна та спеціалізована) служба медико-соціальної експертизи, яка не повною мірою відповідає потребі населення в медико-експертній допомозі: розвиток мережі МСЕК не досягнув нормативного рівня і становить 91,6% від потреби, спостерігається надмірне навантаження як на засідання, так і на МСЕК за рік. Останніми роками припинився розвиток мережі МСЕК загального типу, а спеціалізованого — ще раніше. Нині медико-експертне обслуговування населення України здійснюють 424 районних, міжрайонних, міських та обласних МСЕК, з них 170 — спеціалізовані (кардіологічні, фтизіопульмонологічні, травматологічні, онкологічні та ін.). У МСЕК працюють близько 1500 кваліфікованих лікарів-експертів.

Єдиним в Україні науковим та вищим консультативним органом з питань інвалідності та медико-соціальної експертизи є Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності (Дніпропетровськ). Інститут має 75-річний досвід роботи з цих проблем. У ньому та його Вінницькому філіалі працюють 6 докторів та 40 кандидатів медичних наук. Інститут має клініку на 300 ліжок, де одночасно з обстеженням проводять відновне лікування та реабілітацію. У Вінницькому філіалі функціонують 250 ліжок для експертних і реабілітаційних хворих та інвалідів. Він є базою підвищення кваліфікації лікарів МСЕК та лікарсько-консультативних комісій на курсі медико-соціальної експертизи факультету удосконалення лікарів Дніпропетровської медичної академії.

Розробка та вирішення теоретичних і науково-практичних проблем інвалідності, оптимізації організації та управління медико-соціальною допомогою населенню України, реабілітації інвалідів набули особливої актуальності у період соціально-економічних перетворень, становлення державності України у зв'язку з припиненням дії деяких законодавчих документів та відомчих інструкцій, зміною підходів до визначення інвалідності, її статистики, реорганізацією служби медико-соціальної експертизи. Значна частина розробок за цих умов застаріла, що викликало також необхідність розробки ряду відомчих інструкцій, положень і методичних вказівок з проблем організації та управління службою медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів.

На базі існуючої лікарсько-трудової експертизи згідно з положенням про медико-соціальну експертизу (1992) створена якісно нова служба, але не були розроблені організаційно-функціональні форми її роботи та управління, у системі медико-соціальної експертизи виникло ряд проблем. Крім того, мала місце невідповідність критеріїв, що використовувалися для визначення ступеня втрати працездатності, вимогам визначення ступеня обмеження життєдіяльності, передбачених інструкцією про встановлення групи інвалідності (1991).

Після прийняття Закону "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" (1991) співробітниками інституту розроблено ряд урядових, відомчих та міжвідомчих документів з питань медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів для забезпечення роботи служби у нових умовах: положення про Центр медико-соціальної експертизи та положення про порядок проведення медико-соціальної експертизи працездатності, затверджені постановами Кабі-

нету міністрів України у 1992 р. Разом з іншими відомствами інститут брав участь у розробці положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затвердженого постановою Кабінету міністрів України від 03.05.1995 р. № 314; міжгалузевих документів — положення про організацію професійної орієнтації населення (1995), перелік медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням (1995), посадові інструкції лікарів-експертів, реабілітологів та ін.

Співробітниками інституту в усіх областях проведена значна організаційно-методична робота з роз'яснення нових директивних та інструктивних документів та адаптації роботи МСЕК до нових умов. Інститут постійно здійснює методичну допомогу і контроль за роботою практичної служби медико-соціальної експертизи, впроваджує в її діяльність результати власних наукових досліджень. За останні 5 років видано 12 монографій, 14 збірників наукових робіт, 4 навчальних посібники, 45 методичних рекомендацій, 474 статті. Науковцями інституту одержано 8 патентів на винаходи.

Наукові пріоритети у галузі медико-соціальних досліджень орієнтовані на виконання рекомендацій міжнародних актів, згаданих на початку статті, потреби галузі в медико-соціальній експертизі на період реформування. Згідно з цими документами, сучасна соціальна політика держави щодо інвалідів повинна бути спрямована на поліпшення умов їхнього життя, інтеграцію в суспільство, що ґрунтується на реадaptaції інваліда на найвищому можливому в кожному випадку рівні за рахунок розвитку компенсаційно-адаптаційних можливостей та реалізації реабілітаційного потенціалу. Ця концепція соціальної політики може бути здійснена з урахуванням потенційних можливостей інвалідів. Стан цих можливостей та шляхи їхньої реалізації є актуальним напрямом наукових досліджень вчених інституту.

За останні 5 років основні напрями науково-прикладних досліджень з проблем інвалідності, медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів були такими: визначення причин та факторів, що впливають на інвалідизацію населення, у тому числі молодого віку, та розробка заходів з її профілактики і реабілітації інвалідів; наукове обґрунтування критеріїв медико-соціальної експертизи і принципів побудови індивідуальних програм та систем медико-соціальної реабілітації при захворюваннях, що є основними у структурі первинної інвалідності населення: ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних захворюваннях, у тому числі зумовлених атеросклерозом; запальних захворюваннях центральної нервової системи, захворюваннях та новоутвореннях органів травлення, хронічних неспецифічних захворюваннях легенів, травмах та захворюваннях органів опору та руху, черепно-мозкових травмах, захворюваннях органа зору, вуха, горла, носа; особливості медико-соціальної експертизи при захворюваннях, які найчастіше зустрічаються у віддаленому періоді серед ліквідаторів аварії на ЧАЕС; новоутвореннях у постраждалого від аварії на ЧАЕС населення; шляхи оптимізації медико-соціального обслуговування самотніх непрацездатних громадян та осіб похилого віку.

Ці напрями залишаються найбільш актуальними й на перспективу, враховуючи збільшення первинної інвалідності осіб молодого віку, які мають великий реабілітаційний потенціал, та інвалідності з дитинства.

Визначення за новими документами з питань інвалідності (Закон "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" та підзаконні акти до нього) роботи щодо реабілітації інвалідів як одного з пріоритетних напрямів свідчать про актуальність розробки концепції та моделі регіональної системи медичної й професійної реабілітації інвалідів, які здійснюються в інституті. У комплексній програмі вирішення проблем інвалідності (1992) передбачалося створення у 1992–1997 рр. в усіх областях центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів, у яких централізовано, комплексно вирішувалися б питання медичної, соціальної та професійної реабілітації. Якщо для дітей-інвалідів в окремих областях центри створені, то для дорослих інвалідів такі установи не створені через відсутність коштів.

Однак, як відзначив президент України Л. Д. Кучма у виступі на сесії АМН України у квітні 1997 р., незважаючи на труднощі, у країні повинен

бути забезпечений необхідний обсяг реабілітаційної діяльності. За цих умов особливого значення набуває розробка наукових основ оптимізації існуючої системи реабілітації інвалідів в Україні. За останні 2 роки в інституті розробляється наукове та організаційне обґрунтування децентралізованої системи реабілітації інвалідів — регіональної її моделі, що передбачає здійснення реабілітації інвалідів в існуючих медичних установах (лікарнях відновного лікування, відділеннях реабілітації та ін.) та установах, що займаються професійною реабілітацією інвалідів. Для цього відпрацьовуються функціональні обов'язки цих установ у системі реабілітації, розмежування компетенції, форми та методи взаємодії установ різної адміністративно-відомчої підпорядкованості.

Залишається актуальним проведення комплексного моніторингу інвалідності населення України (поширення, структури, причин, регіональних особливостей), визначення й оцінка пріоритетних факторів, що спричиняють встановлення інвалідності та її накопичення. Це необхідно для виявлення тенденцій, прогнозування процесів інвалідизації населення, обґрунтування прийняття рішень з організації та управління службою медико-соціальної експертизи і реабілітації інвалідів, для підготовки пропозицій з формування соціальної політики держави стосовно інвалідів.

Для забезпечення необхідного та якісного рівня медико-соціальної експертизи й реабілітаційної допомоги, необхідного контролю за нею у період реформування охорони здоров'я необхідне вирішення таких науково-прикладних проблем: розробка та планування критеріїв якості різних видів медико-експертних та реабілітаційних послуг шляхом створення індивідуальних, територіальних і галузевих моделей кінцевих результатів; дотримання техніко-технологічних стандартів оптимальних обсягів медико-експертної допомоги при створенні та використанні стандартів якості профілактичних, лікувально-діагностичних, експертних і реабілітаційних послуг; оцінка кінцевих результатів надання населенню необхідних обсягів медико-експертної допомоги; виявлення і аналіз дефектів гарантованої (стандартної) якості медико-експертної допомоги; розробка адекватного механізму економічної мотивації роботи персоналу щодо збільшення обсягу послуг оптимальної якості; організація системи економічного моніторингу в службі медико-соціальної експертизи. Останнє особливо важливе з урахуванням розвитку страхової медицини, коли кожний вид діяльності МСЕК повинен мати власну вартість.

Наукові та прикладні проблеми інвалідності, медико-соціальної експертизи і реабілітації слід вирішувати у комплексі з іншими установами, що займаються медичними та соціальними питаннями.

Однією з проблем є інвалідність внаслідок професійних захворювань. До цього часу відсутні науково обґрунтовані критерії обмеження життєдіяльності внаслідок професійних захворювань. Підходи до встановлення відсотків втрати професійної працездатності в осіб пенсійного віку, які давно не працюють, залишаються такими ж, як для осіб працездатного віку. Науково-дослідні установи, що вивчають проблеми професійної захворюваності, повинні розробити критерії диференціальної діагностики професійних захворювань з віковими змінами, зв'язок причин смерті з професійним захворюванням за наявності у померлого одночасно тяжких соматичних захворювань та ін.

Таким чином, актуальними в сучасних умовах та на перспективу є такі напрями досліджень у галузі медико-соціальної експертизи: оптимізація роботи служби медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів; наукове обґрунтування функціонування її в умовах бюджетно-страхової медицини; розробка критеріїв при різних захворюваннях та програм медико-соціальної реабілітації інвалідів; вивчення видів, масштабів, причин інвалідності та розробка заходів щодо її профілактики і зниження; розробка інформаційної бази та пропозицій з формування державної соціальної політики щодо інвалідів; вивчення компенсаційно-адаптаційних можливостей неповно функціональних осіб та шляхи їх реалізації, спрямовані на реінтеграцію інвалідів у суспільство.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ  
И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УКРАИНЕ

*А. М. Сердюк, Е. Н. Горбань, В. В. Марунич, В. П. Топка,  
В. И. Шевчук, А. В. Сергиени (Киев)*

Современные и перспективные направления научных исследований в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов связаны с проблемами инвалидизации населения Украины, формированием государственной социальной политики в отношении инвалидов, потребностями области медико-экспертной помощи в период реформирования организации здравоохранения.

Теоретические и научно-практические исследования по проблемам инвалидности, медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов направлены на определение причин и факторов, влияющих на инвалидизацию населения, разработку мероприятий по ее профилактике и снижению инвалидности; научное обоснование критериев медико-социальной экспертизы, индивидуальных программ и систем медико-социальной реабилитации при различных инвалидизирующих заболеваниях; выявление реабилитационного потенциала инвалидов и пути социальной помощи и реабилитации инвалидов.

SCIENTIFIC RESEARCH IN THE SYSTEM OF EXPERT MEDICAL-AND-SOCIAL  
EVALUATION AND REHABILITATION OF INVALIDS  
IN UKRAINE: STATUS AND PROSPECTS

*A. M. Serdiuk, Ye. M. Gorban, V. V. Marunich, V. P. Topka,  
V. I. Shevchuk, O. V. Sergieni (Kyiv)*

Modern and worth-while trends of scientific research in the system of expert medical-and-social evaluation and rehabilitation of invalids are connected with problems of invalidism of the population of Ukraine, formation of state social policy in respect to invalids, requirements in the field of the expert medical care delivery during the period of the public health services reformation.

Theoretical and scientific investigations in the fields of applied sciences, designed to study problems of invalidism, of medicosocial expertise and rehabilitation of the disabled, are aimed at: ascertaining reasons and factors causing invalidism of the population, designing measures for its prevention and reduction; providing a scientific substantiation of criteria of expert medical-and-social evaluation, individualized programmes and systems of medical-and-social rehabilitation in different illnesses incapacitating people from working, causing them to have a disability; identifying the rehabilitative potential of invalids and ways for delivering expert social services to and rehabilitation of invalids.

УДК 614.1:312.2+616 053.9 036.88

Надійшла 03.02.98

*В. М. ЯКИМЕЦЬ*

**СМЕРТНІСТЬ ВЕТЕРАНІВ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ  
(за матеріалами Рівненської області)**

Рівненський обласний госпіталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни

Із демографічних показників, що характеризують здоров'я населення, найбільш інтегральним є показник смертності [2]. Останніми роками відмічається погіршення громадського здоров'я в Україні, що обумовлено соціально-екологічною нестабільністю, зниженням рівня життя, психоемоціональним напруженням населення [2]. Прогресуюче погіршення громадського здоров'я не може не вплинути на перебіг захворювань, тривалість життя та структуру смертності людей похилого віку взагалі, а ветеранів Великої Вітчизняної війни (ВВВ) зокрема. Враховуючи те, що в нашій державі учасники ВВВ виділені в окрему категорію населення із соціально-гігієнічними особливостями умов життя та здоров'я, то, безумовно, у цієї категорії населення є медико-соціальні особливості в структурі смертності.

При анкетному опитуванні в різних державах СНД 50,4% ветеранів ВВВ приймають смерть як неминуче явище, 14,5% тривожить думка про смерть,