

# Медико-соціальні пазли для інвалідів

[Ваше здоров'я](#)

2015. – № 31-32. – С. 12-13

07/08/2015

Понад 15% населення планети мають статус інвалідів, і цей показник постійно збільшується. У всьому світі намагаються налагодити ефективну систему реабілітації таких пацієнтів, яка забезпечить їм повноцінне життя і поверне в суспільство. На жаль, в Україні досі існує стереотип: інвалідизація — «списання з рахунку». І позначається він не лише на ставленні до таких людей з боку роботодавців і суспільства, а й на медичній складовій. Формально одразу після встановлення інвалідності розпочинається реабілітація хворого. Насправді ж між цими процесами — прірва. Чи можна змінити ситуацію?



***ВЗ*** Україна випереджає розвинені країни за рівнями поширеності багатьох хвороб. Інвалідності це теж стосується?



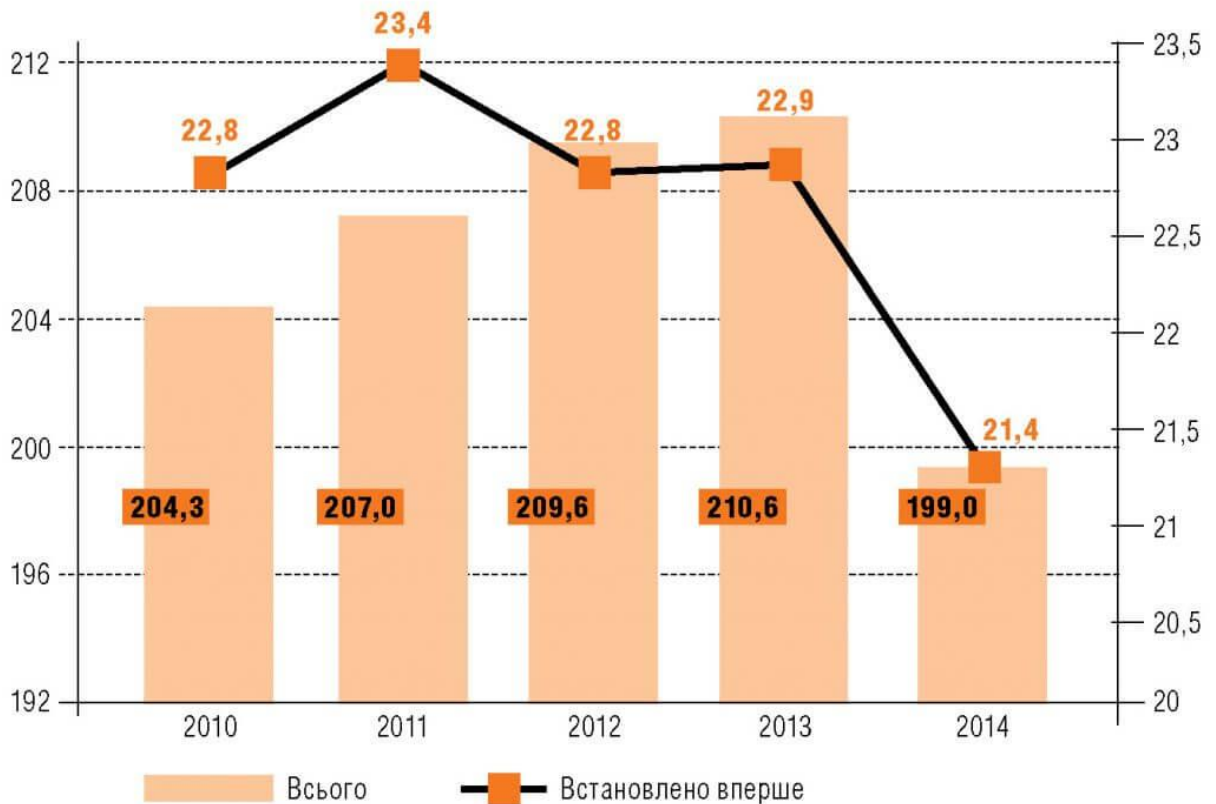
**Віктор Шевчук, директор НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, доктор медичних наук, професор**

— Не зовсім так. Нині в Україні зареєстровано понад 2,7 млн інвалідів, що становить 5,8% від загальної кількості населення. У країнах ЄС цей показник сягає 10-15%. Це пояснюється жорсткішими вимогами до встановлення інвалідності в Україні, хоча за останні 20 років кількість таких людей у нашій країні збільшилася, і це є свідченням ліберальнішого підходу до визначення інвалідності на підставі нових нормативних актів. У країнах ЄС дещо інші підходи до вирішення згаданої проблеми, до того ж там існує страхова медицина — «пильне око», завдання якого полягає не стільки у встановленні групи інвалідності, скільки у визначенні відсотку втрати працездатності та якомога швидшому поверненні людини на робоче місце.

***ВЗ*** Що заважає це робити в Україні?

— Передусім фінансова скрута. Наші наміри і потреби не збігаються з матеріальними можливостями. Медична галузь не має достатньо коштів навіть на лікування хворих, реабілітація ж завжди була на «лаві запасних». Щоправда, останнім часом держава почала приділяти більше уваги цьому питанню. Зокрема в Україні активно напрацьовується нормативно-правова база, яка регулює аспекти медико-соціальної реабілітаційної допомоги населенню. Основний її принцип — надання індивідуально орієнтованих реабілітаційних послуг.

**РИС. 1. ДИНАМІКА КІЛЬКОСТІ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ВІКОМ ДО 18 РОКІВ В УКРАЇНІ У 2010-2014 РР. (НА 10 ТИС. ВІДПОВІДНОГО НАСЕЛЕННЯ)\***



### **ВЗ** Хто керує цим процесом?

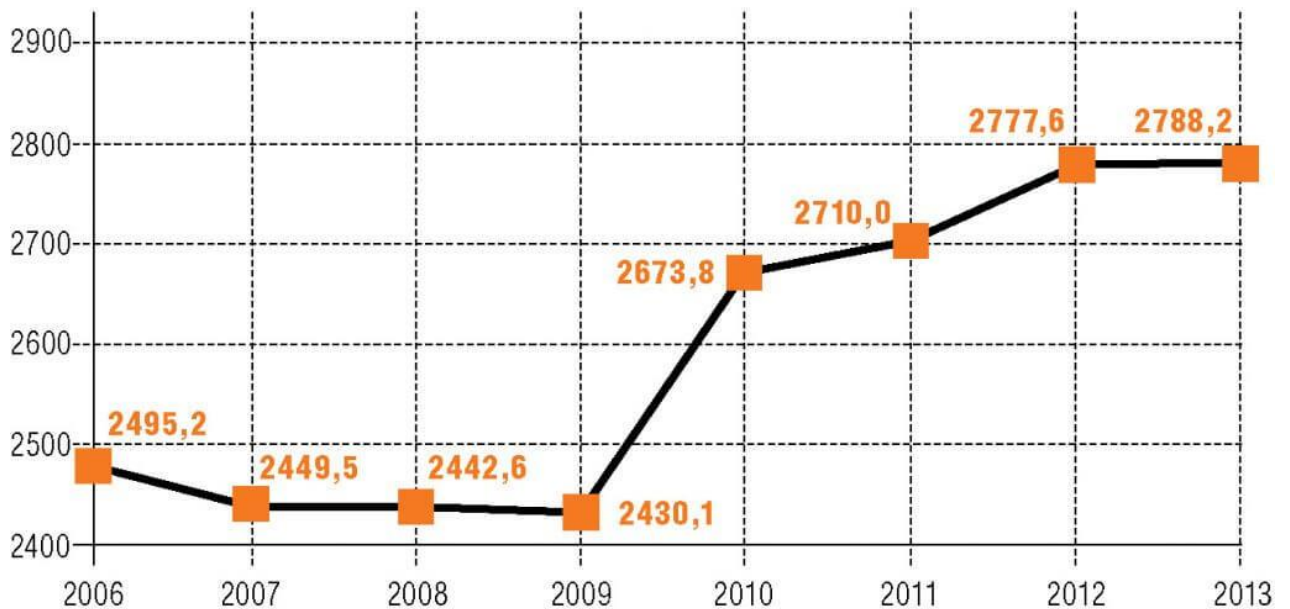
— Складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів (ІПР) — функція медико-соціальної експертизи (МСЕ). Таку програму лікарі медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) розробляють для кожного інваліда за його згодою відповідно до нозологічних форм захворювань. Нині до складу МСЕК введено реабілітологів, які компетентно можуть оцінити реабілітаційний потенціал хворого. На основі такого аналізу і складається ІПР, яка має три основні складові: медичну (відновне лікування, реконструктивно-оперативні втручання, протезно-ортопедична допомога, санаторно-курортне, медикаментозне лікування, профілактичні заходи, медичне спостереження), професійну та соціальну (останні надзвичайно важливі, адже приблизно половина інвалідів в Україні — люди працездатного віку). Однак не можна покладати розробку таких програм лише на лікарів МСЕК. Потрібно, щоб до цього процесу долучалися фахівці, які курують хворого. Але навіть не в цьому криється головна проблема. Отримавши на руки найкращу програму реабілітації, пацієнт не завжди може її реалізувати, особливо якщо проживає в невеликому місті чи сільській місцевості. Адже там немає ані реабілітаційних закладів, ані відділень такого профілю, у штаті лікарень навіть не передбачено посад реабілітологів. Щоправда, такі фахівці працюють у санаторіях, але там проводять лише оздоровлення. Тож я вважаю, що направлення на санаторне лікування не завжди виправдане. Наприклад, після стаціонарного етапу спочатку потрібно провести реабілітаційні заходи в спеціалізованому центрі, а вже потім рекомендувати хворому санаторне лікування. Тому наші пацієнти проходять відновне лікування у звичайних лікарнях за місцем проживання, але, самі розумієте, це не можна назвати комплексною реабілітацією. До того ж, сьогодні таке лікування потребує значних витрат (безкоштовна медицина у нас тільки

декларується), і не кожна людина з інвалідністю може оплатити вартість необхідних ліків чи процедур. З огляду на всі ці труднощі, ІПР, розроблені фахівцями МСЕК, просто неможливо реалізувати на 100%, хоча вони й намагаються контролювати їх виконання. Але управляти процесом — означає мати можливість на нього впливати. На жаль, такого впливу лікарі МСЕК не мають. Пацієнти також зацікавлені у дотриманні реабілітаційних програм. По-перше, щоб відновити своє здоров'я. Навіть якщо цей мотив відсутній, людина не хоче втрачати уже отриманий статус інваліда, оскільки за наших економічних умов це певна соціальна підтримка, тож намагається виконувати всі вказівки МСЕК, у тому числі й проходити курс лікування мінімум двічі на рік — інакше комісія матиме серйозні зауваження. Однак звинувачувати пацієнтів ми не маємо права — їм можна лише поспівчувати, адже вони вимушені шукати спочатку клініку для отримання ефективного курсу медикаментозної терапії, потім — хороший центр для відновного лікування, тобто збирати свою програму реабілітації як пазли.

### ***ВЗ*** Як полегшити долю таких хворих?

В Україні потрібно створювати багатопрофільні спеціалізовані центри реабілітації на зразок нашого інституту — у кожному регіоні, як це прийнято на Заході. Оскільки основними причинами інвалідності населення України є захворювання серцево-судинної системи, злоякісні новоутворення, ураження опорно-рухового апарату й хвороби нервової системи, то переважно потрібні реабілітаційні центри саме такого профілю. На жаль, на сьогодні в Україні немає типових реабілітаційних центрів з повним комплексом підрозділів, де хворий міг би отримати всі види допомоги. Останнім часом з'явилися приватні центри, і це добре, але не всім інвалідам доступні їх послуги, до того ж вони мають вузьку спеціалізацію і не можуть замінити типові спеціалізовані центри. Тобто на рівні намірів у нашому законодавстві начебто все передбачено — до найменших нюансів. Але відсутність належної матеріальної бази зводить усі старання нанівець. І проблеми, які існували 3-4 роки тому, залишаються невирішеними до сьогодні.

РИС. 2. ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНОЇ КІЛЬКОСТІ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ У 2006-2013 РР.\*



\*За даними Міністерства соціальної політики України

**ВЗ** *Останнім часом, у зв'язку з подіями на Сході України створення реабілітаційних центрів стало життєво необхідним. Як вважаєте, справа зрушить з місця?*

— Думаю, що згадані обставини змусять державу активізувати роботу в цьому напрямку. Щодо реабілітації воїнів АТО, то для цього вже перепрофільовують наявні госпіталі для інвалідів війни. Але якщо розглядати проблему в цілому (у мирний час потреба в реабілітації інвалідів не зникає — це ознака цивілізованого суспільства), потрібно провести інвентаризацію всіх реабілітаційних центрів країни, ліцензувати і сертифікувати їх, проаналізувати матеріально-технічне оснащення, фінансування, кадровий потенціал мережі, розробити стандартизовану експертну оцінку якості медико-соціальної реабілітації та систему контролю її ефективності. Оскільки на сьогодні помітна диспропорція вітчизняної системи реабілітації: її експертна та протезна ланки достатньо розвинені, а лікувальна та оздоровча значно відстають — слід більше уваги приділити відновній терапії, фізичній та психологічній реабілітації, санаторному лікуванню. До того ж реабілітацією інвалідів повинні займатися не лише медичні, а й соціальні працівники, центри зайнятості, заклади освіти тощо (це міжсекторальна проблема). Лише за таких умов вдасться інтегрувати людину з обмеженими можливостями в суспільство. Тобто без створення цілісної системи медичної, професійно-трудової та соціальної реабілітації вирішити проблему інвалідності ми не зможемо. Бо лише така система може забезпечити комплексний підхід — від встановлення інвалідності, визначення методів реабілітації, їх реалізації до відновлення здоров'я та соціального статусу людини.



## Точка зору



**Владлен Лепський, головний лікар КЗ «Черкаський обласний центр медико-соціальної експертизи Черкаської обласної ради», Заслужений лікар України**

У нашій країні зростає кількість інвалідів, і їм потрібна повноцінна реабілітація, яка підвищить якість їх життя та зробить його повноцінним із соціальної точки зору. Це обумовлює нові умови функціонування служби МСЕ, зокрема в питаннях реабілітації осіб з інвалідністю. І без розширення повноважень центрів МСЕ не обійтися.

Відповідно до чинного законодавства реабілітологи МСЕК розробляють ІПР інвалідів, але фактично заходи, вказані в них, існують лише на папері. У реальному житті інваліди не отримують повноцінної комплексної реабілітації. Адже в нас немає спеціалізованих реабілітаційних установ, які б надавали послуги згідно з ІПР. А ті центри, які називають себе реабілітаційними, не відповідають заявленому статусу. На жаль, в Україні навіть термін «реабілітація» не завжди трактують правильно, традиційно розуміючи під цим медикаментозну допомогу, масаж чи фізіотерапію (своєрідне доліковування). І звикли, що реабілітація — це щось малозначуще, чому й уваги приділяти не варто. Утім наукові дослідження ВООЗ довели: за умов ефективної реабілітації, індивідуального підходу до кожного пацієнта 80% людей з інвалідністю повертаються до повноцінного життя. І саме розробка якісної ІПР інваліда є передумовою успішної організації всієї реабілітаційної роботи. На жаль, у нас досі не відпрацьована процедура практичної реалізації ІПР, а інваліду, який її отримав, фактично немає до кого звернутися навіть для консультації. Адже в лікувально-профілактичних закладах регіонів відсутні посади реабілітологів. Тоді незрозуміло, куди витрачаються бюджетні кошти, передбачені на реалізацію заходів ІПР. Реабілітологи центрів МСЕ розробляють і коригують ІПР із зазначенням усіх видів реабілітації: медичної, психологічної, соціальної, професійної та трудової. Але щоб здійснити рекомендовані ними заходи, потрібно здолати важкі перешкоди. Усі етапи процесу — від встановлення діагнозу захворювання до призначення групи інвалідності та подальшої реабілітації — здійснюються в різних закладах, які іноді розташовані навіть за межами області, до того ж і взаємозв'язок між ними часто відсутній. От і виходить, що різні види реабілітації людина отримує в різних місцях та ще й змушена вишукувати, де які послуги надають, де які тренажери закупили тощо. Чи під силу це інвалідам, особливо мешканцям райцентрів чи сіл? Чи можна за таких умов говорити про безперервність, послідовність і комплексність процесу реабілітації, про контроль за його здійсненням з боку МСЕК? Як можна контролювати те, що не виконується?

Наразі необхідно розробити чіткий протокол виконання всіх заходів, зазначених в ІПР, по кожній нозології й на кожному етапі. А на базі центрів МСЕ створити центри реабілітації, де буде зосереджено медичний, соціальний і психологічний види реабілітації. Це зменшить навантаження на лікувальні заклади області, а також тривалість необґрунтованого перебування хворих у стаціонарі. Нині в закладах охорони здоров'я створюються відділення відновного лікування, реабілітації учасників АТО — на це витрачаються величезні кошти. Але далеко не всім, хто потребує реабілітації, варто лікуватися в стаціонарі, займати ліжко та цілодобово перебувати під наглядом медичного персоналу тощо. Якщо реабілітація не стосується, наприклад, реконструктивної хірургії чи відновного лікування, пацієнт може отримати таку допомогу амбулаторно. Ще один важливий аспект. Нині відповідно до критеріїв встановлення груп інвалідності особам з анатомічними дефектами та стійкими прогресуючими незворотними розладами стану здоров'я дедалі частіше групи інвалідності встановлюють пожиттєво. Тож основну увагу слід приділяти питанням корекції й оновлення ІПР таких інвалідів, динамічного нагляду за повнотою та якістю реалізації цих програм, оцінки ефективності реабілітації. Тому необхідно, щоб у складі МСЕК були не тільки лікарі-експерти, а й лікарі-реабілітологи як терапевтичного, так і хірургічного профілю, соціальні експерти-реабілітологи та інші вузькопрофільні спеціалісти. Слід враховувати й специфіку інвалідності, отриманої в зоні проведення АТО. Багатьом учасникам бойових дій необхідні психологічна реабілітація, протезування тощо. Також важливо, щоб представники МСЕК брали участь у засіданнях дитячих лікарсько-консультативних комісій для повнішого визначення реабілітаційних заходів і реабілітаційного потенціалу дитини-інваліда, яка в разі тяжкої патології після досягнення 18 років потрапить під опіку тієї ж МСЕК. Нині порушується питання про незалежність нашої служби, і це правильно — будь-яка експертиза не має залежати ані від МОЗ, ані від Мінсоцполітики.

До того ж, стара система соціального захисту втратила свою актуальність разом із законодавством, на якому вона ґрунтувалася: зокрема Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» діє уже понад 20 років, Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» — 10. Тож потрібні зміни й на законодавчому рівні. Життя вимагає подальшого вдосконалення та реформування служби для забезпечення більшої уваги до реабілітації осіб з інвалідністю.

Саме тому ми пропонуємо перепрофілювати медико-експертні комісії в медико-реабілітаційно-експертно-соціальні або в медико-експертно-реабілітаційні комісії, до функцій яких буде віднесено заходи з реабілітації. Для цього необхідно змінити функціональні обов'язки таких комісій, їх штатний розпис, надати їм приміщення та обладнання для проведення різних видів реабілітації, відповідно змінивши і принцип фінансування. Адже в умовах сучасного реформування галузі охорони здоров'я реабілітаційна допомога є найефективнішою і з економічної, і із соціальної точки зору.