
Проблемные статьи и обзоры

УДК 616-058:343.148.22+616-036.82/.85+614.812](476)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА, МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В.Б.Смычек, Д.С.Казакевич, А.В.Копыток, В.В.Голикова

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
п. Городище, 223027, Минский район, Минская область, Республика Беларусь

В статье изложены существующее положение, наиболее важные проблемы и направления развития в области медико-социальной экспертизы, медицинской реабилитации, качества оказания медицинской помощи населению.

Ключевые слова: Республика Беларусь; медико-социальная экспертиза; медицинская реабилитация; качество оказания медицинской помощи; состояние; перспективы развития.

Одной из основных целей развития нашей страны, согласно Программе социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 годы, является повышение качества жизни населения. Забота о здоровье населения, разработка и внедрение стратегии здорового образа жизни, современный уровень доступности и качества медицинского обслуживания характеризуют высокую социальную ответственность нашего государства. Среди главных задач, стоящих перед государством и отечественным здравоохранением – стабилизация численности населения, увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, укрепление здоровья населения путем оказания необходимого объема качественной, доступной и эффективной медицинской помощи, в том числе, медицинской реабилитации, пациентам, страдающим основными социально значимыми заболеваниями. Улучшение здоровья детей и подростков, включая снижение распространенности хронических заболеваний, стабилизацию и снижение первичного выхода на инвалидность детей в возрасте до 18 лет, поддержку семей, воспитывающих детей-инвалидов, – национальная стратегия.

Особое внимание государством уделяется инвалидам, лицам не способным на равных конку-

рировать в получении образования, на рынке труда, а также созданию для них безбарьерной среды жизнедеятельности.

Во всем мире люди с инвалидностью, число которых составляет более 15% всего населения, демонстрируют не только более низкие показатели состояния здоровья, но и меньшие возможности в области образования, трудового устройства, меньшую экономическую активность и независимость, чем не имеющие инвалидности. Отчасти это связано с тем, что инвалиды сталкиваются с барьерами, препятствующими их доступу к услугам здравоохранения, образования, занятости, социальным и культурным благам. Для преодоления трудностей и ограничений, с которыми сталкиваются инвалиды, а также в ряде случаев для снижения тяжести инвалидности, необходимы разработка и осуществление мер по устранению препятствий в окружающей среде и социальных барьеров.

Текущее состояние медико-социальной экспертизы, медицинской реабилитации и качества оказания медицинской помощи населению

Инвалидность – это не просто свидетельство проблемы со здоровьем. Это сложный феномен, отражающий взаимодействие между состоянием

человеческого организма, функционирование органов и систем которого нарушено в результате заболевания, дефекта или травмы, и состоянием современного общества, в котором этот человек живет.

В Республике Беларусь, по итогам 2017 г., численность инвалидов составила более 5,9% всего населения – это 564967 чел., из которых инвалидов I группы – 87930 чел., инвалидов II группы – 265510 чел., инвалидов III группы – 180522 чел. Детей-инвалидов в возрасте до 18 лет в стране насчитывается более 31 тыс. чел., что составляет около 1,7% всего детского населения, при этом, более 3000 детей ежегодно впервые признаются инвалидами. Кроме того, по данным Министерства образования Республики Беларусь (на 15 сентября 2016 г.), в республике насчитывается 149919 детей с особенностями психофизического развития (8,2% всего детского населения), из числа которых 11288 чел. (7,5%) составляют дети-инвалиды (37,7% общего числа детей-инвалидов). Среди данного контингента преобладают дети с патологией органа зрения (19,6%) и интеллектуальной недостаточностью (7,7%). Тяжелые физические и (или) психические нарушения имеют 1,1% детей.

Приходится констатировать, что за последние пять лет число инвалидов, состоящих на учете в органах по труду, занятости и социальной защите, выросло на 6,1% – почти на 33 тыс. чел. (так называемая накопленная инвалидность). Однако для этого есть и объективные причины: изменение социально-демографической структуры населения в сторону его старения, увеличение продолжительности жизни граждан, имеющих хроническую патологию, стабилизация показателей смертности. Также этому способствуют и внедрение современных, высокотехнологичных медицинских технологий оказания медицинской помощи, успехи в терапии острых заболеваний, которые приводят к уменьшению летальности; выхаживание глубоко недоношенных детей, которые, зачастую, в последующем имеют хроническую патологию. Кроме того, за последние 5 лет Министерством здравоохранения Республики Беларусь нормативно значительно либерализованы критерии установления инвалидности, что, в свою очередь, сказалось на увеличении показателей первичной инвалидности. Безусловно, способствовали повышению уровня инвалидности предпринятые государством меры по социальной защите и расширению социальных льгот для инвалидов, которые побуждают граждан обращаться для проведения медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) и определения инвалидности.

В Республике Беларусь в 2017 г. впервые признаны инвалидами 59251 чел. (темпы прироста по сравнению с 2016 г. составил 1,7%), из них 55380 чел. в возрасте 18 лет и старше, 20229 чел. – в трудоспособном возрасте, 3871 чел. в возрасте до 18 лет (темпы прироста – 1,3%).

Уровень первичной инвалидности населения в целом за 2017 год, по сравнению с 2016 г., вырос на 1,7% (с 61,41 до 62,36 на 10 тыс. населения), в том числе, среди взрослого населения – на 2,0% (с 70,87 до 72,27 на 10 тыс. населения), трудоспособного населения – на 2,7% (с 37,29 до 38,29 на 10 тыс. населения). Уровень первичной инвалидности детского населения снизился на 0,4% (с 21,15 до 21,06 на 10 тыс. населения), при этом, среди детей в возрасте 16–17 лет в 2017 г. отмечен рост первичной инвалидности на 11,2% (с 11,59 до 12,89 на 10 тыс. населения).

В нозологической структуре первичной инвалидности среди взрослого населения ежегодно на протяжении многих лет лидируют болезни системы кровообращения (42,3%, или 30,56 на 10 тыс. населения, темпы прироста, по сравнению с 2016 г., составил +0,3%), новообразования (24,3%, или 17,5 на 10 тыс. населения, темпы прироста – +2,0%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,2%, или 5,21 на 10 тыс. населения, темпы прироста – -3,1%). В трудоспособном возрасте показатель первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в 2017 г. составил 11,01 на 10 тыс. населения (28,7%, темпы прироста, по сравнению с 2016 г., составил +3,2%), новообразований – 10,92 на 10 тыс. населения (28,5%, темпы прироста – +1,2%), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани – 2,98 на 10 тыс. населения (7,8%, темпы прироста – -0,7%). В формировании показателей первичной детской инвалидности наибольший вклад вносят врожденные аномалии, которые составляют 23,8% (5,02 на 10 тыс. населения, темпы прироста – -6,2%), психические расстройства (16,7%, или 3,53 на 10 тыс. населения, темпы прироста – +0,6%), болезни нервной системы (15,9%, или 3,35 на 10 тыс. населения, темпы прироста – -5,6%).

Усилиями системы здравоохранения за последние годы удалось достичь значительных результатов в снижении тяжести первичной инвалидности трудоспособного населения. Этот показатель является целевым в Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы и не должен превышать 50,0%. За 5 лет тяжесть первичной инвалидности трудоспособного населения снизилась с 53% до 46,7% (в 2017 г.), что

свидетельствует о том, что пациентов с признаками инвалидности начали выявлять и направлять на медико-социальную экспертизу на более ранних стадиях заболеваний, для раннего начала реабилитационных мероприятий и назначения мер социальной защиты, что, во многом, является профилактикой прогрессирования заболевания и утяжеления инвалидности.

Безусловно, мировая тенденция к увеличению числа лиц с инвалидностью (в том числе, и в нашей стране) приводит к увеличению числа лиц, нуждающихся в реабилитации и проведении МСЭ.

Медико-социальная экспертиза в Республике Беларусь проводится медико-реабилитационными экспертными комиссиями (далее – МРЭК). При этом, медико-социальная экспертиза является межотраслевым видом деятельности, инструментом, позволяющим:

с одной стороны, оценить эффективность и качество оказания медицинской помощи населению республики путем оценки стойких последствий заболеваний, травм или дефектов в виде ограничений жизнедеятельности пациентов;

с другой – определить нуждаемость лиц, признанных инвалидами, в социальной защите, в том числе, путем предоставления услуг медицинской, профессиональной, трудовой и социальной реабилитации.

Это позволяет интегрировать лиц с ограниченными возможностями в общество, расширяет возможности их трудовой занятости, обучения, трудовой адаптации, социальной и экономической независимости.

Развитие и совершенствование МСЭ, улучшение ее качества – одно из важнейших перспективных направлений деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В стране функционируют 7 государственных учреждений – 6 областных и Минская городская медико-реабилитационная экспертная комиссия, в структуру которых входят первичные (специализированные, межрайонные (районные, городские) и центральные комиссии, а также иные структурные и (или) обособленные подразделения, обеспечивающие деятельность МРЭК.

В структуру МРЭК входят кабинеты медико-профессиональной реабилитации, которые создаются с целью проведения:

профессиональной консультации пациентов, в целях подбора оптимальных условий и характера труда, формирования индивидуальной программы реабилитации инвалида (далее – ИПР инвалида);

профессиональной диагностики, профессиональной консультации детей-инвалидов в возрас-

те от 14 до 18 лет в целях подбора предполагаемой профессии для обучения, соответствующей состоянию здоровья, с учетом возможности их последующего трудоустройства;

анализа условий труда на конкретных рабочих местах по представленным документам, а также профессиографического анализа в целях подбора оптимальных условий труда, формирования ИПР, программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания (далее – ПРП), определения степени утраты профессиональной трудоспособности в случаях, установленных законодательством.

На сегодняшний день в Республике Беларусь медико-социальную экспертизу осуществляют 12 центральных и 75 первичных МРЭК, что обеспечивает доступность медико-социальной экспертизы для населения республики. Расширена практика освидетельствования на дому пациентов с резко выраженными ограничениями способности к передвижению и самообслуживанию. Так, за 2017 год около 20% освидетельствований МРЭК провели на выездных заседаниях – на дому или в стационарных условиях. Налажено международное сотрудничество в области медико-социальной экспертизы. Определены порядки проведения МСЭ, обмена соответствующими документами с рядом стран (Россия, Литва, Латвия, Польша и др.).

С целью обеспечения многоуровневого контроля, «прозрачности» МСЭ, снижения коррупционного риска четко определен порядок обжалования пациентами решений МРЭК. Создана и успешно функционирует так называемая экспертная вертикаль.

В Республике Беларусь постоянно развиваются и совершенствуются организация и качество проведения медико-социальной экспертизы, и уже сегодня достигнуты определенные успехи. Так, в течение последних 5 лет:

1) утверждены Положение о медико-реабилитационных экспертных комиссиях, которым определены правовой статус МРЭК, их структура, порядок организации деятельности, права и функции МРЭК и их структурных подразделений; Положение о порядке проведения медико-социальной экспертизы (экспертизы нарушения жизнедеятельности пациентов), которым установлен порядок проведения медико-социальной экспертизы МРЭК, порядок обжалования заключений МРЭК, закреплена возможность установления степени утраты не только профессиональной, но и общей трудоспособности в случаях, предусмотренных законодательством;

2) введены новые причины инвалидности с целью расширения социальной помощи лицам, пострадавшим в результате взрыва, произошедшего 4 июля 2008 г. во время проведения праздничных мероприятий, посвященных Дню Независимости Республики Беларусь (Дню Республики), и акта терроризма; определено установление степени утраты профессиональной трудоспособности данной категории пациентов;

3) введены понятия и термины, которые используются при проведении МСЭ только в Республике Беларусь, например, синдром взаимного отягощения и синдром социальной компенсации, введение которых расширяет показания для установления пациентам инвалидности; способность к ведущей возрастной деятельности, степень утраты здоровья у детей в возрасте до 18 лет, что обеспечивает дифференцированный подход и расширение показаний при установлении инвалидности детям, своевременное оказание им реабилитации и мер социальной защиты;

4) исключены (по результатам проведенного эксперимента) перечни конкретных профессий, специальностей для возможной трудовой занятости инвалидов. По результатам МСЭ лицам, признанным инвалидами, указывается только нуждаемость в мероприятиях профессиональной и трудовой реабилитации. Данное нововведение явилось серьезным шагом на пути совершенствования МСЭ, так как позволяет инвалидам иметь больше возможностей для трудоустройства, сокращает число повторных обращений в МРЭЖ с целью коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида в части трудовых рекомендаций, запросов об имеющихся свободных вакансиях. При этом, органы по труду, занятости и социальной защите оказывают инвалидам содействие в трудоустройстве с учетом имеющихся возможностей;

5) утверждены и внедрены в экспертную практику новые методы МСЭ, позволяющие максимально объективизировать экспертные решения, например, у пациентов после перенесенной трансплантации органов (печени, почек, сердца); с ВИЧ-инфекцией, симптоматической эпилепсией; метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности; метод оценки степени утраты здоровья у детей с неврологической, соматической и ортопедотравматологической патологией, другие.

При этом, несмотря на значительные достижения и успехи в организации и порядке проведения МСЭ в Республике Беларусь, продолжается непрерывное ее совершенствование.

Реабилитация людей, имеющих те или иные последствия заболевания или травмы, и их социальная поддержка – одни из ключевых приоритетов государственной социальной политики. В Республике Беларусь непрерывно проводится работа по совершенствованию системы реабилитации больных и инвалидов; организации здравоохранения оснащаются современным реабилитационным оборудованием, в том числе, инновационным; разрабатываются новые методы и технологии медицинской реабилитации больных и инвалидов, которые успешно внедряются в практическое здравоохранение.

В стране функционирует служба медицинской реабилитации, представленная на всех уровнях (межрайонный, городской, областной и республиканский) стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями медицинской реабилитации как для взрослого, так и для детского населения.

Реабилитация осуществляется в стационарных и амбулаторных условиях:

на республиканском уровне – в республиканских центрах и больницах;

на областном уровне – в областных больницах, центрах (больницах) медицинской реабилитации;

на городском (районном) уровне – в городских (районных) больницах (центрах) и поликлиниках.

В настоящее время в Республике Беларусь создана этапная система медицинской реабилитации, включающая стационарный лечебно-реабилитационный этап; стационарный этап ранней медицинской реабилитации; амбулаторно-поликлинический этап; домашний этап медицинской реабилитации; этап повторной стационарной медицинской реабилитации.

По состоянию на 31.12.2017 г. в государственных организациях здравоохранения республики функционировали 326 отделений медицинской реабилитации (с учетом отделений организаций республиканского подчинения), в том числе, 96 стационарных отделений и 230 амбулаторно-поликлинических.

Медицинская реабилитационная помощь взрослому населению в стационарных условиях оказывалась в 59 отделениях медицинской реабилитации (2701 койка), в амбулаторных условиях – в 182 отделениях. Основным социально значимым контингентом среди взрослого населения, формирующим потребность в медицинской реабилитации в условиях стационара, являются пациенты с болезнями системы кровообращения,

травмами, болезнями костно-мышечной и соединительной ткани, болезнями нервной системы, злокачественными новообразованиями.

Медицинская реабилитация детям-инвалидам и детям с особенностями психофизического развития в стационарных условиях оказывается в 37 отделениях (1952 койки), в амбулаторных условиях – в 48 отделениях. Основной социально значимый контингент среди детского населения, формирующий потребность в медицинской реабилитации в стационарных условиях, – дети с болезнями нервной системы, болезнями костно-мышечной и соединительной ткани, последствиями травм, врожденных аномалий. В структуре отделений медицинской реабилитации для детского населения преобладает коечный фонд для пациентов психоневрологического (неврологического) профиля – 29,3%. Структура и количество детских реабилитационных коек в каждом регионе формируются на основании динамики основных показателей заболеваемости и инвалидности детского населения.

Для координации деятельности государственных органов и иных организаций, проводящих единую государственную политику в области предупреждения инвалидности и реабилитации инвалидов, и выработки согласованных действий, направленных на обеспечение выполнения положений Закона Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., №184, 2/1519), постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г. №129 «О создании Республиканского межведомственного совета по проблемам инвалидов» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., №40, 5/29243) создан Республиканский межведомственный совет по проблемам инвалидов.

28 сентября 2015 г. Республикой Беларусь была подписана Конвенция о правах инвалидов (далее – Конвенция), принятая Генеральной ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 г. Конвенция ратифицирована Законом Республики Беларусь от 18 октября 2016 г. «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Для реализации положений Конвенции постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 13.06.2017 г. №451 утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017–2025 годы (далее – Национальный план).

Национальный план – основополагающий документ, призванный обеспечить создание необхо-

димых условий и механизмов для реализации положений Конвенции в нашей стране на основании консолидации усилий государственных органов, организаций и институтов гражданского общества. Национальный план основывается на Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых согласно резолюции Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций от 20 декабря 1993 г. №48/96, а также на положениях и принципах Конвенции, международных документов, ратифицированных в Республике Беларусь, и национального законодательства.

Социальная политика государства направлена на создание условий для обеспечения достойного уровня и качества жизни населения путем дальнейшего развития системы социальной защиты, в первую очередь, уязвимой категории граждан, что соответствует основным целям Конвенции; повышение качества и доступности услуг здравоохранения, образования, повышение эффективности политики занятости, улучшение условий и охраны труда, создание безбарьерной среды жизнедеятельности, обеспечение социальной интеграции инвалидов и пожилых граждан. Кроме того, выполнение норм Конвенции направлено на совершенствование системы медико-социальной экспертизы.

Решение всех этих задач требует более пристального внимания к проблемам инвалидов, лиц с ограниченными возможностями, совершенствованию медико-социальной экспертизы, разработке и формированию индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов, а также детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

Направления развития медико-социальной экспертизы, медицинской реабилитации и качества оказания медицинской помощи

Перспективными направлениями развития отечественного здравоохранения, безусловно, являются совершенствование качества оказания медицинской помощи пациентам, в том числе, медицинской реабилитации; организации и проведения медицинских экспертиз; осуществление мер по предупреждению инвалидности и снижению ее тяжести.

В соответствии с Национальным планом, который, являясь основополагающим документом, призван обеспечить создание необходимых условий и механизмов для реализации положений Конвенции в нашей стране на основании консолидации усилий государственных органов, организаций и институтов гражданского общества, подпрограммой 3 «Предупреждение инвалидности и

реабилитация инвалидов» Государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2016–2020 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.01.2016 г. №73, в ближайшее время предусмотрена работа по развитию и совершенствованию **медико-социальной экспертизы**. Дальнейшие шаги в данном направлении диктуют, с одной стороны, опыт успешной предшествующей работы, с другой стороны, новые возможности и перспективы открывают необходимость реализации положений Конвенции, возрастающие требования к качеству оказания медицинской помощи, проведению медико-социальной экспертизы.

Международные подходы к решению проблемы установления инвалидности носят комплексный характер и включают в себя две основные составляющие: социальную и профилактическую. Социальная составляющая – это мероприятия по интеграции лиц с инвалидностью в социальную микро- и макросреду, мероприятия по кардинальному улучшению положения неполно функционирующих граждан в системе общественных отношений, в том числе, с частичным или полным решением проблем экономической независимости. Профилактическая составляющая направлена на создание и совершенствование профилактических и реабилитационных технологий, позволяющих уменьшить риск возникновения инвалидизирующих заболеваний и (или) их последствий, преодолеть или уменьшить степень выраженности функциональных нарушений и (или) ограничения жизнедеятельности, предупредить наступление инвалидности или снизить тяжесть инвалидности. Обе составляющие неразрывно связаны с объективным и обоснованным проведением МСЭ с целью своевременного выявления нуждаемости пациента в проведении медицинской, профессиональной, трудовой или социальной реабилитации.

Неблагополучные тенденции в показателях здоровья и в демографическом развитии выдвигают реабилитацию больных и инвалидов, и, в первую очередь, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, в качестве одного из стратегических направлений деятельности системы здравоохранения, а также межведомственного взаимодействия.

Развитие **медицинской реабилитации** – по-прежнему, одно из важнейших направлений государственной социальной политики, эффективный инструмент укрепления здоровья населения, входящий в число основных национальных интересов. Особое внимание, как и ранее, будет уделяться разработке и внедрению методов и техно-

логий медицинской реабилитации пациентов, в первую очередь, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, пациентов после высокотехнологичных вмешательств, а также при коморбидной патологии, заболеваниях, преобладающих в структуре первичной и накопленной инвалидности либо ведущих к тяжелой инвалидности. Крайне важны разработка и внедрение в практическую деятельность системы оценки эффективности медицинской реабилитации.

Среди перспективных многоаспектных направлений дальнейшего развития реабилитации остается **профессиональная реабилитация**. Направления профессиональной реабилитации и формы трудоустройства, такие как обучение и занятость в учебно-производственных мастерских, социальная занятость, работа на специализированных предприятиях, сопровождаемая занятость, квотируемые рабочие места, специально оборудованные рабочие места на открытом рынке труда, дистанционная и гибкая занятость, свободная конкуренция на открытом рынке труда, должны определяться в зависимости от характера и тяжести заболевания, наличия и степени ограничений жизнедеятельности, социальной недостаточности. Это позволит адресно для каждого инвалида выбрать свое направление профессиональной реабилитации и формы трудоустройства. Разработке новых методов и технологий профессионального консультирования, оценке способности к профессиональному обучению (подготовке) и прогнозированию профессиональной пригодности и трудоспособности для целей медико-социальной экспертизы; обеспечению межведомственного взаимодействия; организации и проведению профессиональной реабилитации, направленной на полное или частичное восстановление трудоспособности, будет уделяться особое внимание.

Основными барьерами, препятствующими трудоустройству и получению инвалидами и гражданами с ограниченными возможностями здоровья профессионального образования, являются факторы внешней среды: уровень медицинской реабилитации инвалидов; доступность услуг по психологической поддержке и социальной адаптации; трудности в получении профессионального образования (слабая техническая оснащенность процесса обучения и недостаток специальных образовательных программ); доступность транспортной инфраструктуры, социальных объектов, образовательных учреждений и других объектов; психологические барьеры, возникающие в процессе трудоустройства; несоответствие вакантных рабочих мест рекомендациям по осуществлению

трудовой деятельности инвалидами (наличие ограничений); необходимость использования посторонней помощи в процессе передвижения до (с) работы и по территории организации; недостаточное количество социально ориентированных некоммерческих организаций, предоставляющих помощь инвалидам при трудоустройстве и сопровождении; а также личностные факторы потенциальных соискателей: проблемы со здоровьем, психологические барьеры, уровень профессионального образования, низкий уровень мотивации инвалидов к трудовой деятельности. При системном решении вопросов эффективной профессиональной реабилитации основное внимание должно быть уделено инвалидам трудоспособного возраста, желающим возобновить трудовую деятельность, детям-инвалидам, а также молодежи, ориентированной на приобретение профессии.

В качестве инструмента развития инклюзивного общества будет использована Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая, в том числе, и разработана для реализации положений Конвенции на практике.

Роль **качества оказания медицинской помощи** непрерывно возрастает, в связи с чем развитие и совершенствование системы управления качеством оказания медицинской помощи, в том числе, разработка и внедрение критериев качества оказания медицинской помощи, особенно актуальны для настоящего и ближайшего будущего. Требуют дальнейшего совершенствования организация и проведение иных медицинских экспертиз, включая медицинское освидетельствование.

Таким образом, с учетом уже достигнутого уровня развития службы медицинской экспертизы и реабилитации, национальных и международных обязательств Республики Беларусь в области социальной политики в отношении инвалидов, отечественного и зарубежного опыта, а также положений МКФ определены следующие основные направления развития здравоохранения, в том числе, научных исследований, в области медико-социальной экспертизы, медицинской реабилитации и качества оказания медицинской помощи:

1. Совершенствование системы МСЭ. Разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы в стране, а именно:

а) разработка новой модели установления инвалидности, начиная с проработки вопроса перехода на процентную систему определения инвалидности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений

жизнедеятельности и здоровья (подпункт 8.1 пункта 8 Задачи 2 Национального плана; срок реализации – 2020 г.). Решение данного вопроса предполагает разработку, усовершенствование и поэтапное внедрение (на первом этапе – в виде пилотного проекта) процентной системы определения инвалидности в соответствии с МКФ с промежуточной оценкой ее эффективности и, при необходимости, доработкой;

б) усовершенствование параметров и критериев оценки категорий жизнедеятельности, используемых при проведении МСЭ;

в) пересмотр перечня нарушений функций органов и систем организма, оцениваемых при проведении МСЭ и медицинской реабилитации, с учетом МКФ;

г) объективизация оценки степени выраженности нарушений функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности пациентов с заболеваниями, преобладающими в структуре инвалидности или социально значимыми при проведении МСЭ;

д) определение, в соответствии с МКФ, диапазона степени выраженности в процентах функциональных классов (ФК 0–4), используемых при оценке степени ограничений жизнедеятельности;

е) расширение перечня дополнений к экспертному решению как механизма предоставления различным категориям инвалидов ситуационной помощи как инструмента обеспечения доступности услуг, товаров и информации (подпункт 6.6 пункта 6 Задачи 2 Национального плана).

2. Совершенствование системы реабилитации, включая:

а) разработку новых, усовершенствование имеющихся методов медицинской реабилитации пациентов;

б) разработку новой формы индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида, а также ребенка-инвалида, инструкции по их заполнению;

в) введение в практику реабилитации терминов «абилитация», «абилитационные мероприятия», уточнение понятия «реабилитация» в соответствии с положениями Конвенции (реализация подпункта 6.12 пункта 6 Задачи 2 Национального плана).

3. Разработка порядка и обеспечение межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства образования Республики Беларусь по вопросам профессиональной, трудовой и социальной реабилитации в рамках разработки и внедрения индивидуальных программ ре-

абилитации (абилитации) инвалидов, в том числе, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

4. Разработка объективных критериев оценки эффективности реабилитации (медицинской, профессиональной, трудовой, социальной) при реализации индивидуальных программ реабилитации, в том числе, с использованием положений МКФ (подпункт 6.13. пункта 6 Задачи 2 Национального плана).

5. Разработка и обеспечение поэтапного внедрения положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья в практику медицинской реабилитации и медико-социальной экспертизы.

6. Разработка правового регулирования в части повышения ответственности инвалида за невыполнение ИПР, в том числе, программы профессиональной и трудовой реабилитации, направленной на восстановление его профессионального квалификационного и социально-экономического статусов путем профессионального обучения, переобучения, профессиональной подготовки, трудовой адаптации, др.

7. Разработка системы управления качеством оказания медицинской помощи, критериев качества оказания медицинской помощи, медицинских экспертиз.

8. Дальнейшее совершенствование формирования и обеспечение функционирования персонализированного банка данных по инвалидности населения Республики Беларусь, что позволит осуществлять эффективное межведомственное взаимодействие при проведении МСЭ и реабилитации инвалидов, формирование системы мер социальной поддержки.

Решение поставленных перед службой медицинской экспертизы и реабилитации задач будет способствовать повышению качества жизни населения страны; улучшению (стабилизации) демографических показателей; профилактике инвалидности или снижению ее тяжести; дальнейшему развитию и совершенствованию системы реабилитации (абилитации), реабилитационного направления отечественного здравоохранения; реализации индивидуальных программ реабилитации (абилитации) инвалидов, детей-инвалидов; совершенствованию проведения медико-социальной экспертизы, повышению ее качества на основе использования усовершенствованных критериев; усилению адресной социальной помощи и защи-

ты уязвимых категорий граждан; повышению доступности услуг здравоохранения, образования, трудовой занятости, др.; созданию условий для интеграции инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество.

MEDICAL AND SOCIAL ASSESSMENT, MEDICAL REHABILITATION AND HEALTHCARE QUALITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS: CURRENT SITUATION AND DEVELOPMENT PERSPECTIVE

V.B.Smychek, D.S.Kazakevich, A.V.Kopytok, V.V.Golikova

Republican Scientific and Practical Center for Medical Assessment and Rehabilitation, Gorodishche Settl., 223027, Minsk Region, Republic of Belarus

The article describes the current situation, the most important problems and development trends in the field of medical and social assessment, medical rehabilitation, and population healthcare quality.

Keywords: Republic of Belarus; medical and social assessment; medical rehabilitation; healthcare quality; current situation; development perspective.

Сведения об авторах:

Смычек Василий Борисович, д-р мед. наук, профессор; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», директор; тел.: (+37517) 5070418; e-mail: priemnaia.meir@mail.ru.

Казакевич Диана Сергеевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по научной работе; тел.: (+37517) 5424539; e-mail: kazakevich_diana@mail.ru.

Копыток Анна Владимировна, канд. биол. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зам. директора по организационно-методической работе; тел.: (+37517) 5070392; e-mail: anna_kopytok@mail.ru.

Голикова Виктория Валентиновна, канд. мед. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», зав. лабораторией медицинской экспертизы и реабилитации детей; тел.: (+37517) 5070386; e-mail: tori.golikova@inbox.ru.

Поступила 09.04.2018 г.