
Проблемные статьи и обзоры

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ

**В.Б.Смычек, Т.М.Лещинская, А.В.Копыток, Т.Н.Глинская,
И.Я.Чапко, В.В.Голикова, Е.В.Власова-Розанская, Н.Л.Львова**

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации,
пос. Городище, Минский район

Проблема инвалидности является важной медико-социальной проблемой, которая требует постоянного изучения и внимания специалистов. В статье приводятся основные показатели первичной инвалидности и причины ее роста, освещаются проблемы, возникающие при составлении индивидуальных программ реабилитации, существующее состояние медико-социальной экспертизы и перспективные пути ее дальнейшего развития и совершенствования. Приведены положения международных документов, которые лежат в основе методики рассмотрения проблем инвалидности.

Инвалидность – важная не только медицинская, но и социальная, профессиональная, экономическая проблема современного общества, всего человечества. Эта проблема имеет место и в Республике Беларусь, но ее не нужно рассматривать только как следствие тяжелого заболевания или увечья, препятствующего полноценному функционированию индивидуума в обществе. Требуется анализ причин, приводящих человека к ограничению жизнедеятельности и, как следствие, к инвалидности, оценка демографической ситуации в целом, анализ современных подходов к проблеме инвалидности, поиск путей решения ключевых сложных вопросов.

Следует сразу оговориться, что проблема инвалидности существует и будет существовать далее. Необходимо постепенно совершенствовать систему оказания экспертно-реабилитационной помощи, искать новые подходы к определению инвалидности, совершенствовать систему дифференцированной социальной помощи конкретному человеку для компенсации имеющихся ограничений жизнедеятельности и его последующей социальной реинтеграции.

I. Демографическая ситуация

Несмотря на наметившиеся в Республике Беларусь положительные тенденции динамики демографических показателей в последние годы (увеличение рождаемости, стабилизация общей смертности, снижение младенческой, детской, материнской смертности), продолжает сокращаться численность населения. Так, на начало

2011 г. численность населения составила 9481193 чел., что на 729210 чел. меньше, чем на начало 1995 г. (10210403 чел.). В то же время, по статистическим данным в республике отмечается рост заболеваемости населения. С 1995 г. уровень первичной заболеваемости населения Республики Беларусь увеличился на 11,0% и составил 81746,1 на 100 тыс. населения (в 1995 г. – 73642,4 на 100 тыс. населения). Общая заболеваемость выросла на 29,1% и составила в 2010 г. 152149,3 на 100 тыс. населения (в 1995 г. – 117876,4 на 100 тыс. населения). Соотношение общей и первичной заболеваемости увеличилось с 1,60 в 1995 г. до 1,86 в 2010 г., что указывает на значительное накопление хронической патологии.

Как следствие, рост заболеваемости, числа хронических заболеваний с прогрессирующим течением, уровня травматизма, с одной стороны, и применение новых реабилитационных технологий, способствующих увеличению продолжительности жизни лиц с ограничениями жизнедеятельности, с другой стороны, приводят к увеличению общего контингента инвалидов.

II. Инвалид и инвалидность

С позиций сегодняшнего дня инвалидность следует рассматривать как проблему не одного человека, а общества в целом. Интеграция инвалида в социальную среду требует значительных усилий многих специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и др.

Согласно определению, содержащемуся в Законе Республики Беларусь от 23.07.2008 г. №422-З «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (в редакции Закона Республики Беларусь от 17.07.2009 г. №48-З) **инвалидность** – это социальная недостаточность, обусловленная нарушением здоровья (заболеванием, в том числе анатомическим дефектом, травмой) со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости социальной защиты, а **инвалид** – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами мешают полному и эффективному участию его в жизни общества наравне с другими.

По оперативным данным, в органах по труду и социальной защите на учете на 31.12.2011 г. состояли 508433 инвалида. По сравнению с 1995 г. численность контингента инвалидов в Республике Беларусь увеличилась на 87363 чел., или на 20,7% (в 1995 г. – 421070 чел.), в том числе взрослых инвалидов стало больше на 82169 чел., или на 20,5% (1995 г. – 400507 чел., 2011 г. – 482676 чел.), число детей-инвалидов выросло на 5194 чел., или на 25,3% (с 20563 чел. в 1995 г. до 25757 чел. в 2011 г.).

Уровень общей инвалидности всего населения Республики Беларусь с 1995 г. вырос на 30,0% (с 412,4 в 1995 г. до 536,3 на 10 тыс. населения в 2011 г.), взрослого населения – на 16,9% (с 533,1 в 1995 г. до 623,3 на 10 тыс. взрослого населения в 2011 г.), детского населения – на 94,6% (с 76,2 в 1995 г. до 148,3 на 10 тыс. детского населения в 2011 г.).

Численность впервые признанных инвалидами в Республике Беларусь с 1995 по 2011 г. уменьшилась на 18863 чел., или 27,2% (1995 г. – 69257 чел., 2011 г. – 50394 чел.), в том числе среди взрослого населения на 16536 чел., или 25,9% (1995 г. – 63953 чел., 2011 г. – 47417 чел.), среди лиц трудоспособного возраста – на 9012 чел., или на 30,0% (1995 г. – 30023 чел., 2011 г. – 21011 чел.), среди детей, впервые признанных инвалидами – на 2327 чел., или на 43,9% (1995 г. – 5304 чел., 2011 г. – 2977 чел.). Уровень первичной инвалидности всего населения республики с 1995 по 2011 г. снизился на 21,8% (с 67,94 до 53,10 на 10 тыс. населения), взрослого населения – на 28,0% (с 85,04 до 61,24 на 10 тыс. взрослого населения), лиц трудоспособного возраста – на 32,8% (с 55,89 до 37,58 на 10 тыс. трудоспособного населения), детского населения – на 14,1% (с 19,84 до 17,04 на 10 тыс. детского населения).

Вместе с тем, уровень первичной инвалидности населения республики в 2011 г. по сравнению

с 2010 г. вырос на 7,3% (с 49,90 в 2010 г. до 53,10 на 10 тыс. населения в 2011 г.), в том числе:

- среди взрослого населения – на 7,7% (с 56,86 в 2010 г. до 61,24 на 10 тыс. взрослого населения в 2011 г.),

- среди лиц трудоспособного возраста – на 9,4% (с 34,34 в 2010 г. до 37,58 на 10 тыс. трудоспособного населения в 2011 г.),

- среди детей – на 1,6% (с 16,77 в 2010 г. до 17,04 на 10 тыс. детского населения в 2011 г.).

Основными причинами первичной инвалидности среди лиц трудоспособного возраста в 2011 г. являлись:

- новообразования – 10,05 на 10 тыс. населения, удельный вес в нозологической структуре – 26,8%;

- болезни системы кровообращения – 10,00 на 10 тыс. населения (26,6%);

- травмы – 4,26 на 10 тыс. населения (11,4%);

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 2,87 на 10 тыс. населения (7,6%).

Тяжесть первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (суммарный удельный вес I и II групп инвалидности) снизилась с 61,3% в 2010 г. до 57,3% в 2011 г.

Удельный вес инвалидов первой группы составил 11,0% против 12,0% в 2010 г. Доля инвалидов второй группы уменьшилась с 49,3% в 2010 г. до 46,3% в 2011 г.

Основными причинами первичного выхода на инвалидность детского населения в 2011 г. являлись:

- врожденные аномалии – 4,94 на 10 тыс. населения (удельный вес в нозологической структуре – 29,0%);

- болезни нервной системы – 2,87 на 10 тыс. населения (16,8%);

- болезни эндокринной системы – 1,80 на 10 тыс. населения (10,6%);

- психические расстройства – 1,74 на 10 тыс. населения (10,2%);

- новообразования – 1,56 на 10 тыс. населения (9,1%).

Причины роста первичного выхода на инвалидность:

1. Увеличение заболеваемости населения по: новообразованиям – первичной заболеваемости на 4,0% и общей заболеваемости на 8,0%;

- болезням органов кровообращения – общей заболеваемости на 1,5%;

- болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – первичной заболеваемости на 0,9% и общей заболеваемости на 3,3%;

- травмам – первичной заболеваемости на 2,7% и общей заболеваемости на 2,8% и т.д.

2. Внесение дополнений в действующую Инструкцию о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья (постановление Минздрава Республики Беларусь от 08.11.2010 г. №142), а именно:

расширение перечня анатомических дефектов;

синдром социальной компенсации, при котором наличие у лица ограничения трех и более категорий жизнедеятельности приводит к более выраженной степени социальной недостаточности. В таких случаях при вынесении экспертного решения определяется более высокая группа инвалидности, что, в свою очередь, приводит к росту первичного выхода на инвалидность или ее тяжести.

3. Увеличение числа пациентов, направляемых врачебно-консультационной комиссией (ВКК) для установления III группы инвалидности и получения права на предоставление государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации: ортезов верхних и нижних конечностей, туловища, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, глазных протезов, шприцев инсулиновых или игл одноразовых для шприц-ручек, тест-полосок для определения уровня глюкозы в крови (Положение о порядке предоставления государственной адресной социальной помощи в виде социального пособия на оплату технических средств социальной реабилитации, утвержденное указом Президента Республики Беларусь от 14.09.2009 г. №458);

На сегодняшний день при освидетельствовании взрослых граждан, достигших 18-летнего возраста, устанавливается одна из трех групп инвалидности: I, II, III. У детей устанавливается степень утраты здоровья (СУЗ): I, II, III, IV.

III. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – область науки и система практической деятельности, которая функционирует в здравоохранении и в установленном порядке определяет медицинские показания к социальной помощи и защите.

Другими словами, МСЭ определяет потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

МСЭ включает в себя два раздела: экспертизу временной нетрудоспособности и экспертизу стойкой инвалидности.

Экспертиза **временной нетрудоспособности (ВН)** вследствие заболевания, травмы, увечья и т.д. проводится лечащим врачом и (или) ВКК, в которую входят лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по медицинской экспертизе и реабилитации организации здравоохранения, где наблюдается пациент. При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного освобождения пациента или лица, осуществляющего уход за больным членом семьи, от работы, временного или постоянного перевода пациента по состоянию здоровья на другую работу. По результатам экспертизы ВН выдается листок нетрудоспособности или справка о ВН.

Экспертиза инвалидности проводится **медико-реабилитационными экспертными комиссиями (МРЭК)**, которые осуществляют:

– освидетельствование граждан в целях проведения экспертизы нарушения жизнедеятельности в порядке и сроки, установленные Министерством здравоохранения;

– определение конкретных объемов, видов и сроков проведения реабилитационных мероприятий гражданам, прошедшим МСЭ, в случаях, предусмотренных законодательством;

– учет и анализ структуры инвалидности.

Организация деятельности и функции комиссий регламентированы постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 октября 2007 г. №1341 «Об утверждении Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях и признании утратившими силу некоторых постановлений правительства Республики Беларусь и отдельных их положений».

В соответствии с этим постановлением МРЭК создается в каждой области и г. Минске и находится, соответственно, в подчинении управления здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома. Руководство МРЭК осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности начальником управления здравоохранения облисполкома, председателем комитета по здравоохранению Минского горисполкома.

В структуру МРЭК входят следующие структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы):

– центральные комиссии;

– специализированные (кардиологические, онкологические, ортопедотравматологические, педиатрические, пульмонологические, офтальмологические и иные);

– межрайонные (районные, городские) комиссии (далее – комиссии);

- кабинеты медико-профессиональной реабилитации;
- иные структурные и (или) обособленные подразделения (филиалы), обеспечивающие деятельность МРЭК.

Формирование сети МРЭК определяется из расчета одна межрайонная (районная, городская) комиссия на 90 тыс. человек, проживающих в районе (городе) обслуживания комиссии, при условии проведения медико-социальной экспертизы 1,8–2 тыс. чел. в год. Специализированные комиссии создаются для проведения МСЭ при заболеваниях, наиболее распространенных на данной территории. Специализированные, межрайонные (районные, городские) комиссии осуществляют свою деятельность по территориальному признаку или по профилю заболеваний. На четыре межрайонные (районные, городские) и (или) специализированные комиссии организуется одна центральная комиссия.

По состоянию на 01.01.2012 г. медико-социальную экспертизу населения осуществляли 14 центральных и 75 первичных МРЭК. Из общего числа первичных МРЭК 40,7% являлись специализированными, остальные имели общий профиль. Кроме того, в состав МРЭК введены кабинеты медико-профессиональной реабилитации, что расширяет диагностические возможности, позволяет проводить медицинскую реабилитацию в сочетании с профессиональной ориентацией и подбором доступных условий труда и видов деятельности для инвалидов.

По штатному расписанию в МРЭК предусмотрены 336,25 должностей врачей-экспертов, врачей-реабилитологов. Фактически укомплектованы 255,0 должностей. Процент укомплектованности – 75,8%.

Наиболее важной проблемой в кадровой политике службы МСЭ, как и здравоохранения в целом, является возрастная диспропорция. Так, в МРЭК практически отсутствуют молодые специалисты, среднее звено (наиболее трудоспособное, опытное) – немногочисленное, в основном работают лица пенсионного и предпенсионного возраста (53,6%). Вместе с тем, вопрос преемственности очень важен.

Для решения проблемы целесообразно осуществлять распределение выпускников медицинских высших учебных учреждений (ВУУ) образования для работы врачами-экспертами в МРЭК.

В целях повышения уровня подготовки лечащих врачей по вопросам медицинской экспертизы целесообразно включить в учебный процесс медицинских ВУУ программу подготовки студентов по медицинской экспертизе, организовать кафедры основ медицинской экспертизы и медицинской реабилитации в медицинских ВУУ, прохождение ста-

жировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских ВУУ, а также разработать учебные программы по специальности врач-эксперт для прохождения стажировки по медицинской экспертизе выпускниками медицинских ВУУ.

Для повышения правовой и экономической грамотности врачей-экспертов, своевременного доведения до сведения врачей нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы проведения медицинской экспертизы, целесообразно организовать подготовку врачей по правовым и экономическим (в частности, расчет стоимости медицинских услуг) вопросам (курсы повышения квалификации на базе экономических и юридических вузов, семинары, создание специализированного интернет-сайта и т.п.).

IV. Концепция последствий болезни

В 90-е годы XX века в нашей республике получила развитие новая концепция последствий болезни, разработанная экспертами ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ-9 и МКБ-10) в виде «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

В результате возникших «нарушений», как следствия заболевания (или травмы), в человеке может меняться и состояние его организма в целом, и способность его к жизнедеятельности, определяющей его развитие как личности. Индивидуум становится ограниченным в сферах деятельности, привязанным к определенным средствам жизнеобеспечения. В результате происходит расстройство на уровне личности, возникают так называемые «ограничения жизнедеятельности», которые, в свою очередь, могут привести к «социальной недостаточности» в виде инвалидности.

Нарушение – это любая потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью, ведущей возрастной деятельностью (у лиц в возрасте до 18 лет), которая приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычном для человека, воздвигает барьеры в среде его обитания и приводит к социальной недостаточности.

Категории (или критерии оценки) ограничения жизнедеятельности: способность к самообслужи-

ванию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к трудовой деятельности (а у лиц до 18 лет – способность к ведущей возрастной деятельности).

Социальная недостаточность – это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

С целью унификации подхода и оценки разных нарушений и ограничения жизнедеятельности (ОЖ) введено понятие **функциональный класс (ФК)**:

ФК 0 – характеризует отсутствие нарушения жизнедеятельности (0%);

ФК 1 – легкое нарушение (от 1 до 25%);

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50%);

ФК 3 – выраженное нарушение (от 51 до 75%);

ФК 4 – резко выраженное нарушение (от 76 до 100%).

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» первой, второй, третьей или четвертой степени утраты здоровья (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.10.2007 г. №97). Четвертая СУЗ соответствует резко выраженному ограничению жизнедеятельности (самая тяжелая степень утраты здоровья у детей, соответствующая первой группе инвалидности у взрослых), третья СУЗ – выраженному ограничению жизнедеятельности (соответствует второй группе инвалидности у взрослых), вторая СУЗ – умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности (третьей группе инвалидности у взрослых), а первая СУЗ устанавливается при наличии легкого ограничения жизнедеятельности, которое приводит к дезадаптации ребенка в социальной среде, задержке и неадекватности дальнейшего физического, нервно-психического, педагогического, личностного и социального развития, но носит временный характер и компенсируется полностью или частично в более старшем возрасте, обеспечивая социальную адаптированность к 18 годам, не влияя на профессиональную пригодность. В соответствии со ст.73 Закона Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» социальные пенсии исчисляются из наибольшей вели-

чины утвержденного Правительством Республики Беларусь бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения за два последних квартала в следующих размерах: детям-инвалидам в возрасте до 18 лет при степени утраты здоровья: первой – 60%, второй – 65%, третьей – 75%, четвертой – 85%.

V. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Международная классификация (номенклатура) нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) не позволяла достаточно полно раскрыть роль социальной и физической окружающей среды как в формировании последствий заболеваний, так и их преодолении. Поэтому в 2001 г. создана **Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, International Classification of Functioning, Disability and Health)**.

МКФ ушла от классификации «последствий болезни» (концептуальной позиции ICIDH МКН 1980 г.), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». «Составляющие здоровья» определяют, из чего оно состоит, в то время как «последствия» концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, используя приемлемые научные методы. Это усиливает подходы, основанные на исследовании детерминант здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторов риска МКФ содержит перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет инвалид.

Термин «ограничения жизнедеятельности» понимается как обобщающий. Он относится ко всем нарушениям, ограничениям активности и возможности участия. Данный термин обозначает биосоциальное явление, характеризующее взаимодействие между людьми, их физическим и социальным окружением. Другими словами, он обозначает негативные аспекты взаимодействия между человеком с измененным здоровьем и его контекстовыми факторами (как личностными, так и окружающей среды).

В МКФ были введены критерии влияния личностных и контекстовых факторов окружающей среды во всех их проявлениях, а также определение составляющих здоровья и некоторых связанных со

здоровьем составляющих благополучия, таких, например, как образование и труд (WHO: ICF, 2001). Кроме того, перечень факторов окружающей среды и личностных факторов рассматривается во взаимодействии со всеми этими категориями.

Применение Международной классификации функционирования может быть использовано для оценки результатов реабилитации, оценки профессиональной пригодности, оценки качества жизни населения, позволит обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Таким образом, можно сделать заключение, что:

1. Переход на МКФ позволяет индивидуализировать экспертное решение и объем реабилитационных мероприятий, в которых нуждается данное лицо, признанное инвалидом, однако необходимы детальное изучение МКФ, отработка стандартов в работе с данным документом.

2. Шифровка кодов по МКФ весьма трудозатратна и долговременна. Необходимо внедрение автоматической системы использования МКФ вначале на МРЭК, затем в других учреждениях.

Для успешного использования данного документа необходимо:

а) разработать научно обоснованные подходы к переходу на МКФ в рамках отраслевой научно-технической программы «Медицинская экспертиза и реабилитация»;

б) обеспечить обучение специалистов МРЭК и врачей-реабилитологов работе с МКФ;

в) разработать автоматизированную систему использования МКФ.

VI. Индивидуальная программа реабилитации

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.10.2009 г. №998 утверждена форма №7-мсэ/у-09 «Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента» (ИПМР), которая заполняется организацией здравоохранения в случаях нуждаемости пациентов с признаками инвалидности в медицинской реабилитации (до их направления на медико-социальную экспертизу) или вынесения МРЭК заключения для организации здравоохранения по месту жительства инвалида о формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации.

Кроме того, этим документом утверждены еще 10 различных форм, которые должны заполняться при проведении гражданам медицинской экспертизы. В этих формах, в частности, в направлении на МСЭ, в отрывном талоне к направлению, в акте освидетельствования пациента в МРЭК, в индивидуальной программе медицинской реабили-

литации пациента предусмотрено определение так называемых «нарушений» и «ограничений жизнедеятельности», а также степени их выраженности для принятия правильного экспертного решения. Это соответствует современным требованиям ВОЗ и тем международным документам, которые рекомендуется учитывать при вынесении экспертного решения.

При признании пациента инвалидом на МРЭК составляется «Индивидуальная программа реабилитации инвалида», форма, которая утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2011 г. №65 по согласованию с Министерством труда и соцзащиты и Министерством образования Республики Беларусь.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мероприятий, виды социальной помощи и является «документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности».

Индивидуальная программа реабилитации инвалида состоит из трех разделов:

- программа медицинской реабилитации;
- программа профессиональной и трудовой реабилитации;
- программа социальной реабилитации.

В 2011 г. специалистами МРЭК составлено 121781 ИПР инвалида (85,5% числа освидетельствованных). Рекомендации по продолжению медицинской реабилитации получили 114556 чел. (80,4% числа освидетельствованных). Программы профессиональной и трудовой реабилитации были составлены 43685 инвалидам (30,7% числа освидетельствованных), программы социальной реабилитации – 34594 инвалидам (24,3% числа освидетельствованных).

Кроме того, в 2011 г. был освидетельствован 11061 ребенок в возрасте до 18 лет. При этом программа реабилитации составлена в 9487 случаях, или в 85,8%. Рекомендации по медицинской реабилитации даны 9351 (84,5%) ребенку-инвалиду, программа профессиональной реабилитации составлена в 1992 (18,0%) случаях, социальной реабилитации – в 3771 (34,1%) случае.

Однако, одной из основных проблем является **низкое качество составления** как ИПМР пациента, так и ИПР инвалида. Довольно часто это шаблонный, без учета индивидуальных особенностей человека, перечень тех или иных мероприятий.

Кроме того, имеет место **недостаточный охват всех нуждающихся программами реабили-**

тации. Ни о каком другом охвате, кроме 100% числа нуждающихся в различных аспектах реабилитации, речь идти не может. Нужен анализ на местах, почему ИПР составляется не всем нуждающимся.

Самым главным недостатком при составлении ИПР является качество **трудовых рекомендаций**.

Основное в медико-социальной экспертизе лиц трудоспособного возраста – изучение характера и степени остаточной трудоспособности пациентов и оформление им ИПР, особенно в части профессиональной реабилитации. Изучение качества трудовых рекомендаций МРЭК показывает, что врачи-эксперты часто допускают следующие ошибки при их оформлении:

1. Далеко не всегда оформляют трудовые рекомендации инвалидам 2-й группы, это обусловлено не только тяжестью патологии, но и невозможностью создать пациентам специальные условия труда.

2. Низкое качество оформления трудовых рекомендаций. При установлении 2-й группы инвалидности рекомендация оформляется по определенному стандарту: констатируется, что пациент может выполнять работы в специально созданных условиях или на дому, указывается примерный перечень работ (довольно часто он вообще отсутствует). Инвалидам 3-й группы полная и конкретная трудовая рекомендация оформляется редко. Часто трудовые рекомендации имеют существенные дефекты в оформлении, а именно: не указываются противопоказанные условия труда, перечень рекомендуемых для трудоустройства профессий, не рекомендуется обучение (переобучение).

В последние годы претерпели серьезные изменения законодательные и другие нормативные документы в сфере образования и трудовой занятости (в частности, стали более взвешенными подходы к получению профессионального образования за счет бюджетных средств, ограничены во времени сроки реализации различных разделов ИПР инвалида, ужесточились критерии допуска по результатам медицинских осмотров работников к работам во вредных и опасных условиях труда, расширился перечень административных процедур). В результате возросли требования к работникам системы здравоохранения (отделения профилактики, ВКК, педиатрические отделения (кабинеты), обслуживающие подростков), выдающим профессиональные рекомендации, профессиональному подбору, выявлению медицинских противопоказаний к занятости в профессии (получению профессионального образования). Возникающие споры часто влекут за собой решение вопросов в судебном порядке с последующей выплатой исковых сумм, затраченных на профессиональное обучение, либо

недополученных выплат из-за неверных трудовых рекомендаций ответчиком (то есть организациями здравоохранения либо должностными лицами организаций здравоохранения). Это привело к громадному числу обращений в адрес РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Минздрава, управлений здравоохранения (комитета по здравоохранению), МРЭК по вопросам экспертизы профессиональной пригодности и профессиональному консультированию лиц с нарушениями здоровья и инвалидов. Процедура профессиональной экспертизы очень кропотливая, требует большого числа запросов, переписки, анализа нормативной базы. Только за 2011 год в адрес РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации поступило 1300 обращений по данным вопросам.

Для решения проблемы необходимо:

1. Совершенствование технологии направления пациентов на МРЭК и повышение качества оформления медицинской документации.

2. Формирование банка данных рабочих мест для инвалидов с подробной характеристикой условий и режима труда, определенных в результате аттестации рабочих мест.

3. Совершенствование работы кабинетов медико-профессиональной реабилитации, укомплектованность их необходимыми специалистами, которые должны принимать решения совместно с врачами-экспертами.

4. Создание полноценной структуры (кабинета или отделения) с соответствующим штатным обеспечением в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации».

5. В связи с реализуемым переходом на МКФ использование действующей формы бланка ИПР инвалида становится невозможным, следовательно, необходимо предложить форму бланка, соответствующую законодательным нормам и положениям МКФ (с учетом пожеланий МРЭК регионов, смежных ведомств).

6. Разделы бланка ИПР инвалида должны быть дифференцированы для взрослых и детей из-за специфики выдаваемых рекомендаций.

VII. Совершенствование системы МСЭ

В 2011 г. проведена работа по совершенствованию нормативных документов по вопросам медицинской экспертизы и реабилитации:

1. Утверждена Инструкция о порядке выдачи и оформлении листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 09.07.2002 г. №52/97 (в редакции постановления Министерства

здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 29.08.2011 г. №89/84).

2. Установлена форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждена инструкция о порядке ее заполнения (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2011 г. №65 «Об установлении форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, утверждении инструкции о порядке ее заполнения и о признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 февраля 2009 г. №10»).

3. Утверждены приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь:

- «О совершенствовании службы медицинской реабилитации в Республике Беларусь» от 12 марта 2011 г. №227;

- «Об утверждении Инструкции о порядке организации медицинской реабилитации в Республике Беларусь» от 21.06.2011 г. №666;

4. Разработаны, утверждены и внедряются в работу организаций здравоохранения протоколы медицинской реабилитации детей (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.02.2011 г. №172):

- протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями нервной системы;

- протоколы медицинской реабилитации детей с кардиоревматологической патологией;

- протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями органов дыхания;

- протоколы медицинской реабилитации детей с ортопедотравматологической патологией;

- протоколы медицинской реабилитации детей с болезнями почек.

5. Разработаны, утверждены и внедряются в работу организаций здравоохранения:

- клинические протоколы медицинской реабилитации пациентов с последствиями политравмы: множественными и изолированными повреждениями верхних, нижних конечностей в сочетании с черепно-мозговой травмой (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.06.2011 г. №613);

- клинические протоколы ранней медицинской реабилитации пациентов после хирургического (комбинированного) лечения новообразований в стационарных условиях (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.08.2011 г. №789).

В целях дальнейшего совершенствования системы МСЭ целесообразно разработать новую модель определения инвалидности, то есть, помимо

традиционного определения трех групп инвалидности (отражающих тяжесть инвалидности), дополнительно оценивать (определять) у пациентов процент утраты общей трудоспособности.

Это связано с тем, что в современных условиях на первый план в системе организации медицинской экспертизы начинает выходить проблема *дифференцированных выплат* материального возмещения вследствие последствий болезней и травм, вреда здоровью, причиненного действиями других лиц, и в иных случаях. Данная модель определения инвалидности приобретает все большую практическую распространенность в европейских государствах (Германия, Франция), а также в странах постсоветского пространства (Россия, Литва, Армения и др.). Концепция современной изменяющейся модели инвалидности связана с двумя позициями.

Первая – это базовый уровень пенсионирования, который осуществляется за счет средств государственного бюджета. Данная модель существует в настоящее время в Республике Беларусь и предусматривает определение гражданам инвалидности (групп инвалидности) МРЭК и последующую выплату пенсий за счет общих консолидированных средств бюджета.

Вторая позиция – это материальные выплаты вследствие случаев, подлежащих материально-страховому возмещению (это случаи травм на производстве, выплаты вследствие профессиональных заболеваний, ущерб, нанесенный здоровью вследствие дорожно-транспортных происшествий, нанесение телесных повреждений потерпевшим в результате противоправных действий других лиц и др.).

С этой же позицией тесно связан и получивший в последнее десятилетие развитие аспект накопительного страхования, когда гражданин самостоятельно формирует свои пенсионные материальные накопления (параллельно государственным), а в случаях наступления случаев утраты здоровья вследствие заболеваний (любых, а не только травм), снижения способности к выполнению профессионального труда – получает материальные страховые выплаты в определенном размере.

Определение конкретной степени возмещения ущерба (вреда), причиненного здоровью человека, и является проблемным моментом в действующей модели определения инвалидности.

В настоящее время Правительством Российской Федерации (постановлением от 17 августа 2007 г. №522) определены правила определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. В обязанности специалистов медицинской экспертизы вменено определение степени утраты профессиональной трудоспособности (то есть возможно-

сти выполнения определенного объема и качества работы по конкретной профессии (специальности), по которой осуществляется основная трудовая деятельность) и общей трудоспособности (то есть необратимой утрате функций в виде ограничения жизнедеятельности (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к самообслуживанию) и трудоспособности человека независимо от его квалификации и профессии (специальности) (потеря врожденных и приобретенных способностей человека к действию, направленному на получение социально значимого результата в виде определенного продукта, изделия или услуги).

Развитие системы медицинской экспертизы, унификация законодательства в области медицинской экспертизы в рамках Содружества независимых государств (СНГ) и стран Европы требуют выработки единых стандартизированных подходов в экспертизе ущерба, нанесенного здоровью граждан, осуществляемого в Республике Беларусь специалистами МРЭК в соответствии с современными требованиями медицинской экспертизы.

Вместе с тем, при наличии достаточно хорошо разработанных в последнее десятилетие подходов к общей оценке тяжести инвалидности пациентов с последствиями заболеваний и травм отсутствуют комплексные количественные критерии определения процентов утраты общей трудоспособности в зависимости от степени выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности. При проведении экспертизы врачи-эксперты вынуждены частично обращаться к нормативным и инструктивным документам, разработанным в 70-е гг. XX века Министерством социальной защиты БССР, хотя подходы к экспертизе претерпели существенные изменения, связанные, прежде всего, с внедрением международной трехступенчатой модели оценки последствий заболеваний и травм, регламентированной «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

В последнее десятилетие в Республике Беларусь были предприняты попытки создания инструктивных документов, регламентирующих вопросы определения утраты профессиональной трудоспособности. Однако опыт практического применения инструктивных документов показал, что существует ряд сложностей при определении утраты трудоспособности у длительно неработающих лиц; граждан, не имеющих профессии (специальности) и трудового стажа; в том числе и в случаях, когда речь идет о детях-инвалидах, только приступающих (в 18-летнем возрасте) к трудовой деятельности. У ряда пациентов имеется и

сочетание нескольких нозологий, синдромов, в совокупности приводящих к большей степени утраты трудоспособности, чем при учете изолированного влияния отдельных синдромов.

В настоящее время сформировалась проблема определения утраты общей трудоспособности и при нозологических формах, которые обуславливают наиболее высокий процент инвалидизации населения в общей структуре инвалидности: болезни системы кровообращения, травмы, болезни нервной системы и др. Однако инструктивно-методические документы по данному вопросу не разработаны, как и не определена в принципе сама модель комплексного определения инвалидности (три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности).

Вышеуказанное и обуславливает актуальность проблемы разработки и внедрения системы определения процентов утраты общей трудоспособности, применения усовершенствованной модели определения инвалидности (три группы инвалидности и проценты утраты общей трудоспособности) в практике медицинской экспертизы.

Таким образом, проблема инвалидности должна находить свое решение в постоянном совершенствовании нормативно-правовых документов, регламентирующих признание человека неполно функционирующим гражданином в обществе. При этом должны сохраняться и приумножаться все отработанные методические подходы проведения медико-социальной экспертизы, которые позволят на качественном и высоком уровне оценивать состояние здоровья и имеющиеся ограничения жизнедеятельности каждого конкретного пациента.

CURRENT DISABILITY-RELATED PROBLEMS

V.B.Smychek, T.M.Leschinskaya,
A.V.Kopytok, T.N.Glinskaya, I.Ya.Chapko,
V.V.Golikova, E.V.Vlasova-Rozanskaja,
N.L.Lvova

Disability is an important medico-social problem requiring the continuous analysis and close attention by different experts. Main indicators of the initially registered disability in Belarus were disclosed and the reasons for their latest growth were described. Problems associated with planning of the individual rehabilitation programmes for the patients were discussed. The current state of medico-social assessment of disability in Belarus was described, and guidelines for its further development and improvement were suggested. The major concepts of the international documents related to the problems of disability were summarized.

Поступила 16.01.2012 г.