

Багній Мар'яна, Коваль Оксана, Яцків Тетяна

**СТАН МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ
В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ:
ГРОМАДСЬКИЙ АНАЛІЗ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Львів 2013

Багній М.С., Коваль О.Я., Яцків Т.Г.

Стан медико-соціальної експертизи в Україні та шляхи покращення її реалізації: громадський аналіз та рекомендації. / Аналітичний звіт та матеріали за проектом «Реалізація громадських ініціатив підтримки правової допомоги щодо проходження медико-соціальної експертизи та пов'язаних із нею питань, аналізу викликів інвалідизації, реабілітації, підготовки пропозицій та їх просування». – Львів, 2013.

Видання включає аналіз нормативно-правової бази, що регулює питання реалізації медико-соціальної експертизи в Україні, іноземного досвіду функціонування служб медико-соціальної експертизи та встановлення інвалідності в європейських країнах, стану реалізації медико-соціальної експертизи в нашій державі, інформацію та матеріали проведення громадської експертизи забезпечення МСЕ в Україні.

Видання підготовлене та видане Центром громадської адвокатури у рамках проекту «Реалізація громадських ініціатив підтримки правової допомоги щодо проходження медико-соціальної експертизи та пов'язаних із нею питань, аналізу викликів інвалідизації, реабілітації, підготовки пропозицій та їх просування», що реалізується за підтримки програми «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження».



© Багній М., Коваль О., Яцків Т., 2013
© ГО «Центр громадської адвокатури», 2013

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЯКІ РЕГУЛЮЮТЬ ПРОЦЕДУРУ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ ІНВАЛІДІВ	5
РОЗДІЛ 2. ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СЛУЖБ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ	16
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТИ ПРО ІНФОРМАЦІЮ ЩОДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ	31
РОЗДІЛ 4. ГРОМАДСЬКА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	43
4.1. Інформація про проведення громадської експертизи стану медико-соціальної експертизи в Україні	43
4.2. Резолюція круглого столу «Медико-соціальна експертиза в Україні: шляхи покращення» 12 грудня 2013 рік, м.Львів	46
4.3. Пропозиції щодо покращення законодавчих, інформаційних, організаційних умов здійснення медико-соціальної експертизи та залучення громадськості	50
4.4. Таблиця рекомендацій та пропозицій до нормативно-правових актів.....	72
Додатки	87

ПЕРЕДМОВА

Медико-соціальна експертиза лежить в площині важливих Прав Людини, які стосуються не тільки медицини, але і реабілітації та відновлення працездатності, соціального захисту, трудових можливостей, реалізації особистості, включення людей із інвалідністю у суспільне життя.

В Україні функціонування медико-соціальної експертизи пов'язане із багатьма проблемами, в тому числі повідомленнями корупційними діями, непрозорістю роботи, відсутністю громадського контролю, недосконалістю нормативного забезпечення, правопросвітницької роботи тощо.

У рамках проекту «Реалізація громадських ініціатив підтримки правової допомоги щодо проходження медико-соціальної експертизи та пов'язаних із нею питань, аналізу викликів інвалідизації, реабілітації, підготовки пропозицій та їх просування» громадські експерти та активісти, представники інститутів громадянського суспільства, що брали участь у публічних обговореннях та дискусіях, здійснили аналіз ряду умов, які стосуються реалізації процедур медико-соціальної експертизи. Також у рамках проекту надавалась безкоштовна правова допомога особам із інвалідністю, особам, які звертаються до комісії, їхнім родичам, готувались та розповсюджувались інформаційно-правові видання.

У цьому виданні пропонуються аналіз нормативно-правової бази, що регулює питання реалізації медико-соціальної експертизи в Україні, іноземного досвіду функціонування служб медико-соціальної експертизи та встановлення інвалідності в європейських країнах, стану реалізації медико-соціальної експертизи в нашій державі, інформацію та матеріали проведення громадської експертизи забезпечення МСЕ в Україні.

Громадські рекомендації включають пропозиції до різних «блоків» умов, які стосуються проведення експертизи, а саме законодавчих, організаційних, інформаційних умов та залучення громадськості до процесу покращення умов для реалізації медико-соціальної експертизи в Україні.

Розділ 1

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЯКІ РЕГУЛЮЮТЬ ПРОЦЕДУРУ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЮ ІНВАЛІДІВ

3 грудня 2009 року Кабінетом Міністрів України було прийнято Постанову № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи». Даною Постановою затверджено «Положення про медико-соціальну експертизу» та «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності».

Положення про медико-соціальну експертизу є основним документом, яким керується медико-соціальна комісія при організації своєї діяльності. Саме цим Положенням встановлена процедура проведення медико-соціальної експертизи хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інвалідам та особам, що звертаються для встановлення інвалідності з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації.

Також медико-соціальна експертиза дозволяє надати рекомендації щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи. Медико-соціальній експертизі підлягають особи, які втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та уроджених дефектів, що обмежує їх життєдіяльність, а також, особи, які за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків тощо (наприклад, особа що зазнала травми під час нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання). Медико-соціальна експертиза потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання проводиться після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного захворювання за встановленими формами, висновку спеціалізованого медичного закладу про професійний характер захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я або роботодавця чи проф-

спілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків, суду чи прокуратури.

Інвалідність і ступінь втрати здоров'я повнолітніх хворих встановлюються медико-соціальними експертними комісіями, а неповнолітніх – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Залежно від ступеня розладу функцій організму та обмеження життєдіяльності, особі, визнаній інвалідом, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності. Особам у віці до 18 років лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів встановлюється категорія «дитина-інвалід».

Експертиза повинна проводитись лише після повного та всебічного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, визначення діагнозів, одержання результатів відновного лікування, соціально-трудової реабілітації та інших даних, що підтверджують стійкий або необоротний характер захворювання.

В Положенні відображена структура медико-соціальних експертних комісій та їх підпорядкування. Отже, згідно законодавства, з медико-соціальних експертних комісій в установленому порядку утворюються центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій. Центр (бюро) очолює головний лікар, який призначається Міністром охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, керівником управління охорони здоров'я обласної (міської) держадміністрації. Комісії перебувають у віданні МОЗ і утворюються за таким територіальним принципом: Кримська республіканська; обласні; центральні міські у м. Києві та Севастополі (далі – центральні міські); міські, міжрайонні, районні.

Міські та районні комісії утворюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком 18 років і старше, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш як 100 тис. чоловік.

Утворення, реорганізація та ліквідація Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ, Кримської республіканської, обласних, центральних міських, міських, міжрайонних, районних медико-соціальних експертних комісій та призначення і звільнення їх керівників визначається Положенням про Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ та Положенням про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи, які затверджуються МОЗ.

Однак на даний час Типове Положення не розроблене. Відповідно до повідомлення Відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, проект Типового Положення про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи розроблено Українським державним науково-дослідним інститутом медико-соціальних проблем інвалідності і зараз погоджується структурними підрозділами Міністерства охорони здоров'я України. Як повідомляє Міністерство, затримка затвердження зазначеного нормативного документу пов'язана із черговим внесенням змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 року №1317 відповідно до доручення уряду, обумовленого ратифікацією Верховною радою України Конвенції про права інвалідів.

Відповідно до своїх повноважень медико-соціальні експертні комісії повинні проводити серед населення роз'яснювальну роботу з питань медико-соціальної експертизи та поширювати інформацію про порядок проведення медико-соціальної експертизи, порядок оскарження прийнятих комісіями рішень. Проте, цей обов'язок в подальшому в Положенні не конкретизується. На практиці єдиним засобом просвітницької роботи медико-соціальних експертних комісій є деякі інформаційні стенди в приміщеннях окремих медико-соціальних експертних комісій. Така роз'яснювальна робота обмежується лише тим, що певна інформація про проходження медико-соціальної експертизи (зазвичай це витяги з законодавства) розміщується на стендах в приміщеннях комісій. Але цього мінімуму для громадянина явно недостатньо. Оскільки інформація на стендах досить часто є неповною і застарілою.

Роз'яснювальної роботи в інших формах медико-соціальні експертні комісії не проводять. Проте проблема тут виникає комплексна, оскільки закон не передбачає форм здійснення роз'яснювальної роботи, відсутня також і співпраця із медіа тощо. Натомість власних ЗМІ (в тому числі ЗМІ відповідних органів виконавчої влади, органів охорони здоров'я) медико-соціальні експертні комісії не мають. Тому і виникають проблеми з проведенням роз'яснювальної роботи серед громадян.

Дана норма Положення має значно ширший зміст. А саме, роз'яснювальна робота серед населення повинна включати інформування населення про діяльність медико-соціальних експертних комісій, роботу, можливості оскарження. Крім того, громадяни повинні знати свої права та можливості при проходженні даної процедури. Також слід чітко розмежовувати для громадян, де компетенція медико-соціальних експертних комісій, а де лікарсько-консультаційних, які направляють

особу на проходження МСЕК та готують всі відповідні документи, оскільки, громадянам практично не відома така інформація, і часто бувають випадки, коли лікарсько-консультаційна комісія подала на МСЕК не правильно підготовані документи, або не всі необхідні для встановлення інвалідності документи і особі доводиться проходити додаткові огляди і виробляти додаткові документи. Звичайно винною в даному випадку є медико-соціальна експертна комісія, яка вимагає від громадянина додаткові відомості. Однак, відповідно до даного Положення відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.

Проводити таку роз'яснювальну та інформаційну роботу потрібно серед всього загалу, а не лише серед громадян, які вже прийшли до МСЕК для встановлення інвалідності або проходження чергового огляду. Таку інформацію слід поширювати перш за все в друкованих засобах масової інформації та на телебаченні (як на місцевому так і загальнонаціональному).

Що стосується *Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності*, воно визначає порядок, умови та критерії встановлення інвалідності медико-соціальними експертними комісіями. Відповідно до даного Положення лікарсько-консультаційна комісія лікувального профілактичного закладу охорони здоров'я направляє осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, на огляд комісії за формою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я. Комісія приймає документи осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за наявності у них стійкого чи необоротного характеру захворювання, а також у разі безперервної тимчасової непрацездатності не пізніше ніж через чотири місяці з дня її настання чи у зв'язку з одним і тим самим захворюванням протягом п'яти місяців з перервою за останніх 12 місяців, а у разі захворювання на туберкульоз – протягом 10 місяців з дня настання непрацездатності.

Положенням передбачена «новинка» у процедурі проходження медико-соціальної експертизи, а саме заочне встановлення інвалідності. Так, в законодавстві передбачено, що у разі подання письмової заяви особою, що звертається для встановлення інвалідності, у якій наявні захворювання, дефекти, необоротні морфологічні стани, порушення функцій органів та систем організму, за яких група інвалідності встановлюється безстроково, комісія може приймати рішення про встановлення інвалідності заочно на підставі направлення лікарсько-консультаційної комісії.

Право подати таку заяву закріплене також за законним представником особи. Однак у випадку заочного встановлення інвалідності також є обмеження, встановлення інвалідності заочно не проводиться за п'ятьма найбільш поширеними нозологічними формами захворювань, визначеними у переліку, що затверджується МОЗ, а також у разі, коли вона спричинена: – нещасним випадком на виробництві (трудове каліцтво чи інше ушкодження здоров'я); – професійним захворюванням; – захворюванням, одержаним під час проходження військової служби чи служби в органах внутрішніх справ, державної безпеки, інших військових формуваннях; – захворюванням, пов'язаним з впливом радіоактивного опромінення внаслідок Чорнобильської катастрофи; – захворюванням, одержаним в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, державній пожежній охороні, органах і підрозділах цивільного захисту, Держспецзв'язку. Крім того, за заявою особи, що звертається для встановлення інвалідності у разі тимчасового легального перебування громадян України за кордоном на території держав, з якими укладено міждержавні договори (угоди) про соціальне забезпечення, комісія може, приймати рішення про встановлення інвалідності заочно за результатами медичного обстеження в державі перебування.

Також Положенням передбачено, що комісія визначає ступінь втрати здоров'я, групу і час настання інвалідності та їх причинний зв'язок з Чорнобильською катастрофою на підставі експертного висновку, визначеного в установленому порядку МОЗ лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, міжвідомчої експертної ради чи постанови військово-лікарської комісії про причинний зв'язок захворювання з Чорнобильською катастрофою та за наявності: – посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції з відміткою про перереєстрацію або посвідчення потерпілого внаслідок Чорнобильської катастрофи для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; – посвідчення потерпілої дитини серії «Д» та вкладишу до нього для потерпілих дітей-інвалідів при досягненні ними 18 років.

Нормативним документом визначено критерії встановлення інвалідності для кожної групи, та розмежовано підгрупи А та Б першої групи інвалідності. До підгрупи А І групи інвалідності належать особи з виключно високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє до виникнення потреби у постійному сторонньому нагляді, догляді або допомозі інших осіб і фактичну нездатність до самообслуговування. Критеріями встановлення підгрупи А І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє повну нездатність до самообслуговування та повну

залежність від інших осіб (необхідність постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги).

До підгрупи Б І групи інвалідності належать особи з високим ступенем втрати здоров'я, який спричиняє значну залежність від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій і часткову нездатність до виконання окремих елементів самообслуговування. Критеріями встановлення підгрупи Б І групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє втрату можливості самостійного задоволення з допомогою технічних засобів і за умови відповідного облаштування житла більшості життєво необхідних фізіологічних та побутових потреб.

Ще одним документом, що стосується встановлення інвалідності, є *Інструкція про встановлення груп інвалідності* затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №561 від 05.09.2011 року. Відповідно до даної Інструкції регулюється механізм встановлення груп інвалідності. В Інструкції також зазначена необхідність інформування особи про процедуру проходження медико-соціальної експертизи, а саме фахівці медико-соціальних експертних комісій зобов'язані ознайомити особу (або її законного представника) з порядком, умовами та критеріями встановлення інвалідності, а також надавати роз'яснення з інших питань, що пов'язані з встановленням групи інвалідності, на вимогу особи або у разі її незгоди з рішенням МСЕК. Однак, в Положенні про медико-соціальну експертизу йшлося про інформування населення загалом, а в Інструкції передбачений обов'язок представників МСЕК інформувати особу, яка безпосередньо проходить процедуру медико-соціальної експертизи.

В Інструкції критеріями життєдіяльності людини визначені такі, як здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності. Для кожної із груп є перелік таких показників, та це є суб'єктивна оцінка членів комісії, жодного прив'язування до діагнозів.

Також Інструкцією встановлений перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду. Щодо даного переліку, то тут можуть виникати проблеми, оскільки він є вичерпним, а захворювань набагато більше, ніж перелічені в даній Інструкції. Саме так розуміють цю ситуацію представники організацій інвалідів. І в даному випадку є певні зловживання, оскільки за повідомленнями громадян трапляються випадки, якщо в особи

не виявлено порушень, які передбачені в переліку, то їй відмовляють в наданні статусу інваліда.

З проходженням медико-соціальної експертизи також тісно пов'язаний процес наступної реабілітації інваліда. Варто відзначити, що саме медико-соціальні експертні комісії відіграють дуже важливу роль в цьому процесі. Насамперед від їх активності залежить перебіг реабілітаційного процесу для інваліда. Звичайно, не слід забувати і про можливість самого інваліда, проте реабілітація – це процес, в якому повинні активно діяти як інваліди, так і представники медико-соціальних експертних комісій. Необхідно звернути увагу на те, що законодавча база є досить хорошою для належної реабілітації, проте існують певні труднощі щодо практичної реалізації законодавчих положень. Ще у 2005 році Верховною Радою України був прийнятий *Закон України «Про реабілітацію інвалідів»*. Однак, які положення містяться в даному акті і які переваги надає він особам неповносправним, ще й досі багато хто з цих осіб не знає. Загалом реабілітація інвалідів – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство. Реабілітація інвалідів включає в себе: медичну, професійну, соціальну реабілітацію.

Слід відзначити, що відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу на всі медико-соціальні експертні комісії покладається багато обов'язків, пов'язаних із реабілітацією. Медико-соціальна експертна комісія повинна видавати особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації. Проте, на практиці недостатньо уваги приділяється саме складанню індивідуальної програми реабілітації інваліда, при цьому аргументовано пояснити, чому склалася така практика, ніхто навіть не намагається. Для забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг Кабінетом Міністрів України була прийнята Державна типова програма реабілітації інвалідів. Програма виконується шляхом складення індивідуальних програм реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою

мою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого Програмою.

Реабілітаційні послуги повинні надаватися інвалідам, дітям-інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів. Крім того, держава повинна забезпечити розробку, виробництво, закупівлю технічних та інших засобів реабілітації, спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення для соціальної адаптації, повинна створювати умови для полегшення умов праці і побуту, спілкування інвалідів, дітей-інвалідів.

Однією з складових системи реабілітації інвалідів є індивідуальна програма реабілітації інваліда, яка розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів – медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), а для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів (ЛКК). Фактично, індивідуальна програма реабілітації інваліда – це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда та дитини-інваліда.

Індивідуальна програма реабілітації, є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Це дуже важливе положення, проте часто воно не застосовується на практиці, оскільки індивідуальна програма доволі часто не складається, нема відповідної правозастосовної практики, і нема бюджетного фінансування на виконання цих програм. Індивідуальна програма реабілітації має для інваліда, дитини-інваліда рекомендаційний характер. Це означає, що інвалід або законний представник дитини-інваліда має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо, в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Слід звернути увагу на те, що індивідуальна програма розробляється за участю інваліда чи законного представника дитини-інваліда, фахівцями МСЕК або ЛКК із залученням у разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я, органів соціального захисту, державної

служби зайнятості, органів Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального захисту інвалідів та інших органів, які провадять діяльність у сфері реабілітації інвалідів.

Фінансування реабілітаційних заходів індивідуальної програми здійснюється за рахунок коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах на цю мету, та інших джерел. Проте, як вже неодноразово зазначалося, коштів на таке фінансування фактично немає, тобто всі органи влади, інші установи, які залучені до процесу реабілітації, часто не можуть виконувати вказівки медико-соціальної експертної комісії через відсутність коштів.

Судова практика стає на захист прав громадян, якщо не виконується індивідуальна програма реабілітації. Зокрема у справі за позовом громадянки до управління праці та соціального захисту населення районної державної адміністрації про призначення, обчислення та виплату грошової компенсації при реалізації індивідуальної програми реабілітації інваліда в сумі 15985 грн. 9 коп., позовні вимоги мотивовані тим, що її визнано інвалідом першої групи та видано індивідуальну програму реабілітації інваліда. У вказаному документі зазначено, що вона потребує медичної реабілітації у вигляді реконструктивної хірургії правого кульшового суглобу. Відповідно до пункту 1 індивідуальної програми інваліда №257, 21.05.2009 року позивачці надано послугу з реконструктивної хірургії, а саме: проведено реконструктивну хірургію правого кульшового суглобу у Вінницькій клінічній лікарні ім.Пирогова. Позивачка вважає, що дана послуга, у відповідності до чинного законодавства, повинна надаватися їй безоплатно, однак враховуючи складність, стан здоров'я, вік та терміновість проведення операції, вказаний захід вона оплатила сама. Так, для здійснення заходу з медичної реабілітації (проведення операції з реконструктивної хірургії правого кульшового суглобу) позивачкою було придбано товари медичного призначення для проведення операції на суму 15958,9 грн., а саме: цементний ендопротез «Віомет» на суму 15100 грн., та інші товари медичного призначення на суму 858,9 грн. На звернення до управління праці та соціального захисту населення райдержадміністрації щодо отримання грошової компенсації, отримала відмову. Згідно ст.27 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» грошові компенсації інвалідам, на дітей-інвалідів при реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів виплачуються у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації інваліда і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів засіб або послуга реабілітації, які повинні

бути надані інваліду, дитині-інваліду безоплатно, не можуть бути надані чи якщо інвалід (законний представник дитини-інваліда) придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок. Враховуючи вищенаведене, суд вважає позовні вимоги позивача обґрунтованими, а позов таким, що підлягає задоволенню¹.

Таким чином, у цій справі громадянка домоглася не лише видачі їй індивідуальної програми реабілітації інваліда, а й її виконання, при чому в судовому порядку. Це яскравий приклад того, як треба боротися за свої права.

Можна виділити ряд проблем, що пов'язані з процесом реабілітації. Зокрема, Положення про медико-соціальну експертизу ускладнило інвалідам процедуру отримання необхідних технічних засобів реабілітації, оскільки тепер для отримання технічних засобів реабілітації інвалід повинен отримати відповідний висновок лікарської консультативної комісії; облік інвалідів ведуть органи управління охорони здоров'я за формою, що затверджена МОЗ, яка до цих пір не розроблена та не має фінансового забезпечення; всі інваліди після 2007 року можуть отримати технічний засіб реабілітації тільки при наявності індивідуальної реабілітаційної програми, і тому особи, що стали інвалідами до 2007 року, повинні знову пройти МСЕК для отримання індивідуальної реабілітаційної програми, що збільшує навантаження на лікувально-профілактичні установи, ЛКК тощо; інваліди-пенсіонери (похилого віку) для отримання технічних засобів реабілітації також мають пройти МСЕК для отримання індивідуальної реабілітаційної програми; посада реабілітолога є тільки в МСЕК, але його функції настільки багатогранні та насичені, що годі очікувати дійових результатів, тому і не дивно, що МСЕК весь час робить спроби перекинути на лікарів та на ЛКК хоч частково функції реабілітолога (наприклад – Протокольне рішення Ради у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України від 06.05.2008 № 1 – щодо складання індивідуальної програми реабілітації ЛКК).

Також слід наголосити на створенні централізованого банку даних з проблем інвалідності (автоматизованої системи для визначення потреб інвалідів та дітей-інвалідів у засобах і послугах реабілітації), основними завданнями якого є створення єдиної комплексної інформаційно-аналітичної системи обліку інвалідів та дітей-інвалідів; проведення аналізу та ведення обліку даних про реабілітаційні заходи, засоби і послуги реабілітації, які надаються інвалідам та дітям-інвалідам, а також визначення потреби у таких засобах і послугах; ведення реєстру реабілітаційних уста-

¹ Єдиний державний реєстр судових рішень <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/11598069>

нов, недержавних установ та суб'єктів господарювання, що розробляють, виготовляють, реалізують, ремонтують технічні та інші засоби реабілітації, будинків-інтернатів, санаторіїв, загальноосвітніх та вищих навчальних закладів, територіальних центрів, установ та організацій громадських організацій інвалідів, підприємств, які забезпечують працевлаштування інвалідів. Операторами банку даних є органи виконавчої влади, що забезпечують його функціонування та ведення в межах своїх повноважень. Метою створення такого банку даних є узагальнення даних про характер і причини інвалідності, освітній і професійний рівень інвалідів, дітей-інвалідів, склад сім'ї, рівень доходів, потребу і забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, протезно-ортопедичними виробами, виробами медичного призначення, послугами реабілітації, спеціальним автотранспортом, санаторно-курортним лікуванням тощо.

Таким чином, основними нормативно-правовими актами які регулюють питання медико-соціальної експертизи та діяльності комісії є Конституція України, Конвенція ООН про права інвалідів, Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Закон України від 21.03.1991 № 875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів», Постанова КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи», Постанова КМУ від 23.05.2007 р. N 757 «Про затвердження положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда», Постанова КМУ від 08.12.2006 р. N 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів», Наказ МОЗ від 08.10.2007 N 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання», Наказ МОЗ від 30.07.2012 № 577 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях», Наказ МОЗ від 05.06.2012 № 420 «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків», Наказ МОЗ 05.09.2011 № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності», державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року

Отож, нормативна база є забезпечена, водночас з часом виявлено ряд проблем, що потребують вирішення на законодавчому рівні. Їх вирішення сприятиме покращенню реалізації медико-соціальної експертизи та діяльності комісії.

Розділ 2

ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД ФУНКЦІОНУВАННЯ СЛУЖБ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ

У всіх державах світу та в будь-якій соціальній групі завжди є інваліди. Їх кількість постійно зростає. Інвалідність – це міжнародна проблема та предмет постійної уваги й турботи для кожної держави, адже інвалідність є одним із найважливіших показників здоров'я населення, що має не тільки медичне, а й соціально-економічне значення. Вона дуже пов'язана із захворюваністю населення і, по суті, є її результатом. Причини та наслідки інвалідності в різних країнах мають певні відмінності, що зумовлено соціально-економічними умовами та різницею в підходах державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів.

Визначенням причин, груп інвалідності та заходів із медичної, соціальної, професійної реабілітації займаються спеціальні державні установи – медико-соціальні експертні комісії (далі – МСЕК). Досвід розвинутих країн з організації діяльності медико-соціальних експертних комісій показує, що у більшості випадків експертиза проводиться фахівцями відповідного лікарського профілю (відповідно до виду патології). Основна мета експертизи полягає у забезпеченні реабілітації індивіда. Процес реабілітації починається відразу з моменту настання захворювання і здійснюється в стаціонарі спеціалізованою бригадою, до складу якої входять лікарі відповідної спеціальності, фахівці з ерго-, лого-, фізіотерапії, психологи й обов'язково соціальні працівники. Ці спеціалісти індивідуально визначають обсяг порушень і потребу в спеціалізованих пристосуваннях, видах допомоги в домашніх і сімейних умовах кожного хворого. Фінансування програм із медичної реабілітації інвалідів здійснюється адресно, залежно від рівня виразності функціональних порушень, тривалості необхідної реабілітації тощо.

В результаті опрацювання нормативно-правових джерел та наукової літератури з питань зарубіжного досвіду щодо державного регулювання медико-соціальних проблем інвалідів, ми встановили, що в більшості європейських країн служби медико-соціальної експертизи підпорядковуються об'єднаному Міністерству охорони здоров'я та соціальної політики (праці).

Суб'єкти державного управління центрального рівня, яким підпорядковані служби медико-соціальної експертизи

Країна	Відомча підпорядкованість служби медико-соціальної експертизи
Німеччина	Федеральне міністерство здоров'я і соціальної безпеки
Фінляндія, Швеція	Міністерство соціальних зв'язків і здоров'я
Норвегія	Міністерство здоров'я і соціальних зв'язків
Японія	Міністерство охорони здоров'я, праці і соціальної політики
Росія	Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку
Великобританія, Франція	Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення
Україна, Білорусія	Міністерство охорони здоров'я
Литва	Міністерство праці і соціального захисту
Австрія	Міністерство соціальних справ

При цьому необхідно зазначити, що сьогодні в країнах Європи відсутні загальні дані статистики про кількість пацієнтів з тими чи іншими видами функціональних порушень, про що свідчать заяви Європейської ради та інших організацій, що займаються стратегічним плануванням розвитку системи охорони здоров'я. Так, наприклад, у США програми медичної реабілітації для постраждалих унаслідок виробничих травм та для людей похилого віку фінансуються системою "Medicare". Водночас інші випадки медичної реабілітації фінансуються за рахунок страхових коштів і коштів різних благодійних фондів. За таких умов пошук джерел фінансування на етапі перебування пацієнта в стаціонарі, згідно із національним законодавством, покладається на законних представників пацієнта або соціальних працівників. Державне регулювання медико-соціальних проблем інвалідів ґрунтується на таких національних законах, як "Американці з перешкодами" (1990 р.), "Акт про американських інвалідів" (2000 р.). В Австрії заходи з нейрореабілітації, на відміну від реабілітації при інших захворюваннях, фінансуються за рахунок коштів суб'єктів системи охорони здоров'я і здійснюються від доби залежно від важкості стану пацієнта, місця його перебування та виду наданої допомоги. У майбутньому пацієнт забезпечується адресами регіональних реабілітаційних центрів, розташованих у регіоні його проживання, для подальшого проходження реабілітації.

Таким чином, заходи з організації медико-соціальної експертизи обмежень життєдіяльності і заходи з реабілітації інвалідів проводяться

в одному закладі за участю однієї бригади спеціалістів, що значно скорочує термін отримання цієї соціальної послуги, значно підвищує якість надання медико-експертної допомоги та забезпечує належний контроль за ефективністю здійснення індивідуальних реабілітаційних програм.

Досвід вирішення медико-соціальних проблем інвалідів у Росії становить для України особливий інтерес. Концепція інвалідності, суспільно-економічні умови, організація управління системою охорони здоров'я, минулий досвід соціального захисту інвалідів у єдиній державі СРСР залишаються й сьогодні дуже подібними для України і Росії.

Визнання громадянина інвалідом в **Російській Федерації** здійснюється при проведенні медико-соціальної експертизи, виходячи з комплексної оцінки стану організму громадянина на основі аналізу його клініко-функціональних, соціально-побутових, професійно-трудова та психологічних даних з використанням класифікацій та критеріїв, затверджених Міністерством праці та соціального захисту Російської Федерації.

Визнання особи інвалідом здійснюється федеральними державними установами медико-соціальної експертизи: Федеральним бюро медико-соціальної експертизи, головними бюро медико-соціальної експертизи, а також бюро медико-соціальної експертизи у містах і районах, які є філіями головних бюро.

Умовами визнання громадянина інвалідом є:

а) порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами;

б) обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата громадянином здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю);

в) потреба в заходах соціального захисту, включаючи реабілітацію.

Однак, наявність однієї з зазначених умов не є достатньою підставою для визнання громадянина інвалідом.

Залежно від ступеня обмеження життєдіяльності, обумовленого стійким розладом функцій організму, що виник в результаті захворювань, наслідків травм чи дефектів, громадянину, визнаному інвалідом, встановлюється I, II або III група інвалідності, а громадянину у віці до 18 років – категорія «дитина-інвалід».

Інвалідність першої групи встановлюється на 2 роки, другої та третьої груп – на 1 рік.

Також громадянам може бути встановлена група інвалідності без зазначення строку перегляду, та громадянам, що не досягли 18 років –

категорія «дитина-інвалід» до досягнення ними 18 річного віку у випадках:

- не пізніше 2 років після первинного визнання інвалідом (встановлення категорії «дитина-інвалід») громадянина, що має захворювання, дефекти, незворотні морфологічні зміни, порушення функцій органів і систем організму за переліком згідно з додатком;

- не пізніше 4 років після первинного визнання громадянина інвалідом (встановлення категорії «дитина-інвалід») у разі виявлення неможливості усунення або зменшення в ході здійснення реабілітаційних заходів ступеня обмеження життєдіяльності громадянина, викликаного стійкими незворотними морфологічними змінами, дефектами та порушеннями функцій органів і систем організму (за винятками передбаченими законодавством);

- не пізніше 6 років після первинного встановлення категорії «дитина-інвалід» у разі рецидивуючого або ускладненого перебігу злоякісного новоутворення у дітей, у тому числі при будь-якій формі гострого або хронічного лейкозу, а також у разі приєднання інших захворювань, що ускладнюють перебіг злоякісного новоутворення.

Встановлення групи інвалідності без зазначення строку перегляду (категорії «дитина-інвалід» до досягнення громадянином віку 18 років) може бути здійснено при первинному визнанні громадянина інвалідом (встановленні категорії «дитина-інвалід») за наявності вищезазначених підстав та за відсутності позитивних результатів реабілітаційних заходів, проведених громадянину до його направлення на медико-соціальну експертизу. При цьому необхідно, щоб в направленні на медико-соціальну експертизу, виданому громадянину організацією, що надає йому лікувально-профілактичну допомогу і направила його на медико-соціальну експертизу, або в медичних документах, містилися дані про відсутність позитивних результатів таких реабілітаційних заходів.

Громадянин направляється на медико-соціальну експертизу організацією, що надає лікувально-профілактичну допомогу, незалежно від її організаційно-правової форми, органом, що здійснює пенсійне забезпечення, або органом соціального захисту населення.

Організація, що надає лікувально-профілактичну допомогу, направляє громадянина на медико-соціальну експертизу після проведення необхідних діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами.

Орган, який здійснює пенсійне забезпечення, а також орган соціального захисту населення має право направляти на медико-соціальну

експертизу громадянина, що має ознаки обмеження життєдіяльності та потребує соціального захисту, за наявності у нього медичних документів, що підтверджують порушення функцій організму внаслідок захворювань, наслідків травм чи дефектів.

Організації, які надають лікувально-профілактичну допомогу, органи, які здійснюють пенсійне забезпечення, а також органи соціального захисту населення несуть відповідальність за достовірність і повноту відомостей, зазначених у направленні на медико-соціальну експертизу, у порядку, встановленому законодавством Російської Федерації.

У разі якщо організація, що надає лікувально-профілактичну допомогу, орган, що здійснює пенсійне забезпечення, або орган соціального захисту населення відмовили громадянину у направленні на медико-соціальну експертизу, йому видається довідка, на підставі якої громадянин (або його законний представник) має право звернутися до бюро самостійно.

Медико-соціальна експертиза проводиться в бюро за місцем проживання громадянина, у головному бюро медико-соціальна експертиза проводиться у разі оскарження ним рішення бюро, а також за направленням бюро у випадках, що вимагають спеціальних видів обстеження. Що стосується Федерального бюро, то медико-соціальна експертиза громадянина проводиться у разі оскарження ним рішення головного бюро, а також за направленням головного бюро у випадках, які потребують особливо складних спеціальних видів обстеження.

Медико-соціальна експертиза проводиться за заявою громадянина (його законного представника). Така заява подається до бюро в письмовій формі з додатком направлення на медико-соціальну експертизу, виданого організацією, що надає лікувально-профілактичну допомогу (органом, що здійснює пенсійне забезпечення чи органом соціального захисту населення), і медичних документів, що підтверджують порушення здоров'я.

Медико-соціальна експертиза проводиться фахівцями бюро шляхом обстеження громадянина, вивчення поданих ним документів, аналізу соціально-побутових, професійно-трудова, психологічних та інших даних громадянина. При проведенні медико-соціальної експертизи громадянина ведеться протокол.

Також під час проведення медико-соціальної експертизи на запрошення керівника бюро можуть брати участь, з правом дорадчого голосу, представники державних позабюджетних фондів, Федеральної служби з праці та зайнятості, а також фахівці відповідного профілю.

Рішення про визнання громадянина інвалідом або про відмову у визнанні його інвалідом приймається простою більшістю голосів фахів-

ців, які проводили медико-соціальну експертизу, на основі обговорення результатів його медико-соціальної експертизи. Воно оголошується, у присутності всіх фахівців, що проводили медико-соціальну експертизу, які в разі необхідності дають по ньому роз'яснення.

За результатами медико-соціальної експертизи громадянина складається акт, який підписується керівником відповідного бюро і фахівцями, що приймали рішення, а потім завіряється печаткою. Висновки консультантів, що залучаються до проведення медико-соціальної експертизи, перелік документів та основні відомості, що послужили підставою для прийняття рішення, заносяться в акт медико-соціальної експертизи громадянина або долучаються до нього. Термін зберігання даного акту 10 років.

У випадках, що вимагають спеціальних видів обстеження громадянина з метою встановлення структури і ступеня обмеження життєдіяльності, реабілітаційного потенціалу, а також отримання інших додаткових відомостей, може складатися програма додаткового обстеження, яка затверджується керівником відповідного бюро. Зазначена програма доводиться до відома громадянина, що проходить медико-соціальну експертизу, в доступній для нього формі.

Громадянину, визнаному інвалідом, видається довідка, що підтверджує факт встановлення інвалідності, із зазначенням групи інвалідності, а також індивідуальна програма реабілітації.

Громадянин або його законний представник може оскаржити рішення бюро до головного бюро у місячний строк на підставі письмової заяви, що подається в бюро, яке проводило медико-соціальну експертизу, або в головне бюро. Бюро, яке проводило медико-соціальну експертизу громадянина, в 3-денний термін з дня отримання заяви направляє його з усіма наявними документами в головне бюро.

Головне бюро не пізніше 1 місяця з дня надходження заяви громадянина проводить його медико-соціальну експертизу і на підставі отриманих результатів виносить відповідне рішення.

У разі оскарження громадянином рішення головного бюро, головний експерт з медико-соціальної експертизи по відповідному суб'єкту Російської Федерації за згодою громадянина може доручити проведення його медико-соціальної експертизи іншому складу фахівців головного бюро.

Рішення бюро, головного бюро, Федерального бюро можуть бути оскаржені до суду в порядку, встановленому законодавством Російської Федерації. В **Латвії** розрізняють прогнозовану інвалідність та інвалідність. Прогнозованою інвалідністю є викликане наслідками захворю-

вання або травмами обмеження фізичних чи психічних здібностей, коли після тривалого (максимально 52 тижні) лікування передбачено встановлення інвалідності. У разі прогнозованої інвалідності група інвалідності заздалегідь не визначається.

Інвалідність поділяється таким чином:

- Важка інвалідність, встановлюється перша і друга група інвалідності,
- Помірно виражена інвалідність, встановлюється третя група інвалідності.

Першу (I) групу інвалідності встановлюють, якщо в особи дуже виражене обмеження фізичних чи психічних здібностей, особа потребує постійного догляду або спостереження, інтеграція в суспільство без необхідної постійної сторонньої допомоги неможлива, здатність до роботи і самообслуговування вкрай обмежена.

Другу (II) групу інвалідності встановлюють, якщо у особи дуже виражене обмеження фізичних чи психічних здібностей, інтеграція в суспільство без необхідної допомоги, яка відповідає потребам особи утруднена, здатність до роботи і самообслуговування обмежена.

Третю (III) групу інвалідності встановлюють, якщо у особи помірно виражене обмеження фізичних чи психічних здібностей, інтеграція в суспільство без відповідної допомоги утруднена, здатність до роботи і самообслуговування обмежена.

Дітям у віці до 18 років інвалідність встановлюється без поділу на групи.

Проводить експертизу і встановлює прогнозовану інвалідність та інвалідність установа прямого державного управління «Державна лікарська комісія експертизи здоров'я та працездатності».

Лікарська комісія здійснює експертизу інвалідності громадянам Латвії, негромадянам Латвії, громадянам країн Європейської економічної зони та Швейцарської Конфедерації та членам їх сімей, які легально перебувають в Латвійській Республіці, а також іноземцям, які отримали дозвіл на проживання, і дітям у віці до 18 років, за місцем проживання та профілем хвороби відповідної особи.

Експертизу прогнозованої інвалідності та інвалідності проводять лікарі-експерти державної комісії, які отримали сертифікат лікаря-експерта. Лікарі-експерти є незалежними при проведенні експертизи.

Під час експертизи інвалідності лікарська комісія здійснює такі завдання:

- 1) оцінює документи – результати функціональних досліджень та аналізів, дані клінічного анамнезу, опис соціального функціонування особи;

- 2) оцінює і визначає ступінь фізичних чи розумових обмежень здібностей особи;

- 3) встановлює причину інвалідності;

- 4) визначає ступінь втрати працездатності у відсотках;

- 5) оцінює здатність особи інтегруватися в суспільство;

- 6) надає рекомендації, які відповідають стану здоров'я людини, щодо необхідності отримати послуги професійної реабілітації, перекваліфікуватися або освоїти іншу професію;

- 7) видає посвідчення інвалідності;

- 8) визначає медичні показання для інвалідів на отримання допомоги з компенсації витрат на транспорт, а також медичні показання, що дають право користуватися спеціально обладнаним автомобілем.

Після досягнення особами пенсійного віку лікарська комісія обстежує тільки у тому випадку, якщо відповідне обмеження психічних або фізичних здібностей особи не викликано віковою зміною в організмі.

Підставою для проведення експертизи інвалідності є, після проведення всіх заходів лікування та реабілітації і констатації стабільного рівня обмеження функцій організму, видане сімейним або лікуючим лікарем направлення на лікарську комісію експертизи здоров'я і працездатності, яке особа подає у лікарську комісію, пред'являючи документ, що підтверджує особу.

Інвалідність встановлюється з дня подання заяви, коли лікарська комісія приймає рішення про визначення інвалідності. Якщо інвалідність встановлюється на певний час, документи, необхідні для повторного проведення експертизи, потрібно подати у лікарську комісію не пізніше, ніж за п'ять робочих днів до закінчення встановленого строку інвалідності.

Якщо прийнято рішення про встановлення інвалідності, лікарська комісія в день прийняття рішення видає довідку про інвалідність і посвідчення інвалідності (з фотокарткою). Якщо інвалідність не встановлюється, лікарська комісія в день прийняття рішення видає довідку з акта експертизи. Лікарська комісія, встановлюючи втрату працездатності у відсотках і медичні індикації для отримання допомоги на компенсацію транспортних витрат інвалідам з утрудненим пересуванням, відповідні документи видає в день прийняття рішення.

На основі оцінки функціональних обмежень особи посадова особа державної комісії видає адміністративний акт, яким встановлює інвалідність, якщо ступінь функціональних обмежень відповідає критеріям встановлення інвалідності – на певний термін (від шести місяців до п'яти років, а особам, які не досягнули 18-річного віку, також до дня досягнення 18-річного віку) або без повторного терміну огляду (пожиттєво); про-

гнозовану інвалідність, якщо ступінь функціонального обмеження особи відповідає критеріям встановлення прогнозованої інвалідності та передбачається, що без отримання лікарських послуг, реабілітації та соціальних послуг ступінь обмеження підвищиться і буде відповідати критеріям інвалідності – на встановлений термін (від шести місяців до одного року). Також в акті зазначається втрата працездатності у відсотках на встановлений термін (від шести місяців до п'яти років) або без повторного терміну огляду (пожиттєво) в передбачених законодавчими актами випадках, причину інвалідності, причину втрати працездатності особам, яким не встановлена інвалідність, в передбачених законодавством випадках.

У випадках складних експертиз прогнозованої інвалідності або інвалідності, перед виданням адміністративного акту, а також, у випадках, коли адміністративний акт оскаржується, державна комісія вправі запросити консультантів або направити особу в лікувальний заклад на додаткове обстеження, уточнення діагнозу та для оцінки функціональних обмежень, за рахунок державного бюджету.

Виданий посадовою особою державної комісії адміністративний акт або фактичні дії посадової особи можна оскаржити керівнику державної комісії. Рішення керівника державної комісії можна оскаржити в суді. Оскарження рішення не зупиняє його дії. Відповідно до законодавства **Польщі** інвалідність (неповносправність) означає постійну або тимчасову нездатність до виконання соціальної ролі у зв'язку з постійними чи тимчасовими порушеннями функцій організму, в результаті чого виникає нездатність до праці.

Юридичним підтвердженням неповносправності, в результаті чого людину зараховують до неповносправних осіб є довідка про ступінь інвалідності та довідка про інвалідність.

У разі прийняття рішення та видачу довідки про ступінь інвалідності слід пам'ятати що ступінь інвалідності може бути відповідно до норм законодавства значним, помірним та легким.

Значний ступінь інвалідності. До осіб із значним ступенем інвалідності відносяться люди з порушенням функцій організму, а саме:

- нездатні до роботи
- здатні до роботи але тільки в спеціальному захищеному оточенні

Особи як з першої так і з другої групи також повинні потребувати постійного або довгострокового догляду і допомоги інших осіб з метою виконання соціальних ролей, у зв'язку з неможливістю жити самостійно. Зарахування до осіб із значним ступенем неповносправності є можливим, якщо в особи одночасно існують обмеження щодо зайнятості та потреба в постійному або довгостроковому догляді і допомозі.

Помірний ступінь інвалідності. До даного ступеня інвалідності можуть бути зараховані три групи осіб з порушенням функцій організму:

- нездатні до роботи
- здатні до роботи але тільки в спеціальному захищеному оточенні
- потребують тимчасової або часткової допомоги інших осіб для виконання соціальних ролей.

Легкий ступінь інвалідності. До даного ступеня інвалідності включають такі групи людей:

- особи з порушеними функціями організму, що призводить до значного зниження здатності виконувати роботу, в порівнянні із здатністю виконувати дану роботу особою з аналогічною професійною кваліфікацією, яка є повністю психічно і фізично здоровою
- особи з фізичними порушеннями, які мають обмеження у виконанні соціальних ролей, які можна компенсувати за допомогою ортопедичного обладнання та допоміжних технічних засобів.

Щодо осіб, які не досягли 16 річного віку видається єдине рішення про підтвердження інвалідності без визначення ступеня інвалідності.

Діти до 16 років відносяться до категорії неповносправних, якщо мають фізичні або психічні порушення очікуваної тривалості понад 12 місяців, у зв'язку з вродженим дефектом, тривалою хворобою або ушкодженням організму, що викликає необхідність забезпечення для них цілового догляду або допомоги для задоволення основних потреб таким чином, що перевищує необхідну підтримку для людини певного віку.

Люди з обмеженими можливостями можуть отримати офіційне визнання своєї інвалідності шляхом подання клопотання щодо прийняття рішення про ступінь інвалідності.

Такий документ видають **Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności** (Повітові комітети у справах прийняття рішення щодо неповносправності). Це перша інстанція у справах прийняття рішення про неповносправність особи. Засновані комітети в 1997 році відповідно до Закону про професійну, соціальну реабілітацію та зайнятість інвалідів. Органами другої інстанції для звернення є провінційні комітети у справах прийняття рішення щодо неповносправності. Апеляція на рішення може бути подана протягом 14 днів з дати його винесення. Це має бути зроблено через **Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności** (Повітові комітети у справах прийняття рішення щодо неповносправності), в якому рішення було видано. Окремої форми для подання апеляції немає. Крім того, особа може оскаржити повністю рішення або його окреме положення.

Рішення видається на прохання зацікавленої особи, її законного представника або осередку соціальної допомоги. В отриманому рішенні міститься інформація про причину непрацездатності заявника, ступінь інвалідності (значний, помірний або легкий), про показання щодо реабілітації, лікування та використання ортопедичних засобів, зайнятість у Департаменті професійної реабілітації, участь у трудотерапії, а також показання які стосуються спеціальних прав, до прикладу таких як право використовувати спеціальні транспортні засоби для інвалідів, що міститься в Законі про дорожній рух.

Рішення про ступінь інвалідності є необхідним, якщо особа хоче працювати. Зокрема, це рішення є підставою для надання різних субсидій та коштів, які отримує працівник-інвалід.

Визначення ступеня інвалідності також може бути зроблено шляхом звернення до медичних експертів **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** (Закладу соціального страхування) або **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** (Фонду сільськогосподарського соціального страхування). Таке рішення є необхідним у випадку призначення пенсії по інвалідності, оскільки рішення **Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności** (Повітові комітети у справах прийняття рішення щодо неповносправності) є недостатнім для отримання соціальних виплат.

Рішення про ступінь інвалідності, яке видане **Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności** (Повітові комітети у справах прийняття рішення щодо неповносправності) є документом, який інвалід використовує, коли він хоче користуватися привілеями і перевагами, які йому належать за винятком отримання допомоги з непрацездатності.

Рішення видані медичними експертами установ соціального страхування (**ZUS i ASIF**) необхідні для подачі заявки на отримання пенсії у зв'язку з непрацездатністю, також може бути, часто підставою для використання деяких інших привілеїв і переваг, передбачених для інвалідів.

При оцінці стану здоров'я осіб старше 16 років повинні бути прийняті до уваги:

- 1) медична довідка, що містить опис стану здоров'я, діагностики основного захворювання та супутніх захворювань, разом з фактичними результатами діагностичних тестів;
- 2) оцінки стану здоров'я від лікаря, голови комісії;
- 3) вік, стать, освіта, професія, і їх кваліфікація;
- 4) можливість повного або часткового відновлення здатності виконувати поточну або іншу роботу – через лікування, реабілітацію або перепідготовку;

- 5) обмеження незалежного існування та участі у суспільному житті;
- 6) можливість поліпшення незалежного існування відповідної особи на лікуванні, реабілітації, ортопедичних приладах, засобах, технічних, сестринських послуг чи іншої діяльності.

Рішення про ступінь інвалідності часто поєднується з заявами установ щодо надання документів про повну або часткову «непрацездатність». Величезний відсоток людей з обмеженими можливостями можуть працювати професійно, але в деяких випадках необхідно адаптувати робоче місце. Всупереч думкам, що іноді з'являються коли особі надають так звану «Першу групу на інвалідному візку», яка насправді перекладається як термін «значний ступінь інвалідності», не означає заборону на працю. Чи людина з інвалідністю може або не може працювати на конкретній посаді і на конкретному підприємстві, визначає кожного разу професійний лікар. Також професійний лікар приймає рішення про час роботи неповносправної особи та види діяльності, які вона не може виконувати.

Спеціальні права працівників-інвалідів:

1. Щодня робочий час працівників, які мають значний або помірний ступінь інвалідності становить 7 годин, а щотижневий час роботи становить 35 годин. Медичний професійний лікар або лікар, що опікується інвалідом може, на прохання інваліда, надати дозвіл на застосування цих положень роботодавцем.

2. Неповносправний працівник має право на додаткові перерви в роботі тривалістю 15 хвилин, які додаються до статутних п'ятнадцяти хвилин перерви, що надаються для всіх робітників, які працюють більш ніж шість годин на день.

3. Працівники, які мають значний або помірний ступінь інвалідності мають право на щорічну додаткову відпустку тривалістю 10 робочих днів у календарному році.

4. Працівники, які мають значний або помірний ступінь інвалідності мають право на звільнення від роботи з збереженням права на компенсацію у разі перебування на реабілітації (до 21 днів) і, при необхідності, проводити спеціальні процедури, а також у разі незбіжності отримання ортопедичних засобів або їх ремонту. В **Німеччині** розглядом клопотань про встановлення або зміну ступеня інвалідності (Grad der Behinderung – GdB) займається установа з догляду та опіки інвалідів **Versorgungsamt**.

Установа з догляду та опіки інвалідів перевіряє всі лікарські свідоцтва, виписки з історій хвороб, результати обстежень та аналізів, що додаються до клопотання, і визначає ступінь інвалідності і відповідні

позначки. При цьому Установа з догляду та опіки інвалідів керується «Вказівками щодо визначення ступеня інвалідності» – «Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit» (далі «Керівні вказівки»). У самих «Керівних вказівках» є таблиці, в яких для кожної відомої хвороби тривалістю не менше півроку дана відповідна їй ступінь інвалідності, що змінюється залежно від стадії захворювання (легка, середня або важка) в межах від 0 до 100, і які потрібно використовувати при подачі заяви в Установу з догляду та опіки інвалідів або при опротестуванні її рішення. Прості вікові зміни захворюваннями не вважаються і при визначенні інвалідності не враховуються.

Після обробки документів Установа з догляду та опіки інвалідів відсилає їх до закладу охорони здоров'я (Gesundheitsamt), де вони в порядку черговості передаються на розгляд комісії незалежних експертів. У необхідних випадках хворий запрошується на цю комісію, де і приймається рішення задовольнити заяву або відхилити її. На підставі цього рішення установа з догляду та опіки інвалідів видає відповідну довідку, якщо констатує ступінь інвалідності становить мінімум 20%.

Констатація не проводиться, якщо скорочення працездатності вже було зафіксовано в рішенні про пенсії або у відповідному рішенні управлінського або судового характеру, наприклад, у рішенні професійного товариства або в колишньому рішенні установи з догляду та опіки інвалідів. Інвалідність виражається в інвалідних градусах (відсотках) і є відображенням непереборних функціональних порушень, які засновані на аномальному фізичному, духовному та душевному стані. Відхилення стану як непереборні аномалії розглядаються у разі, якщо вони тривають більше 6 місяців. Також враховується аномальний стан, який істотно відхиляється від типового для даного віку.

Зовнішні впливи порушень функцій організму градується або кваліфікуються по щаблях, причому кожна наступна настає через десять одиниць. Якщо є в наявності різноманітні або різні порушення або обтяження, то тоді виводиться загальний їх вплив, як складова окремих порушень в їх взаємодії. Вона є вирішальною, але автоматичного, арифметичного підсумовування окремих градусів інвалідності не відбувається. Професія, якою володіє заявник, не є визначальною для визначення ступеня інвалідності. Важкими вважаються особи зі ступенем інвалідності не менше 50 %.

Ступінь інвалідності (відсотки втрати функцій організму) визначається за шкалою в межах від 0 до 100. Установа з догляду та опіки інвалідів оперує поняттям сумарного ступеня інвалідності, яке враховує сумарний вплив окремих хвороб на функціональні обмеження хворого.

Спільна дія декількох захворювань враховується тільки в наступних випадках:

- якщо захворювання є незалежними один від одного і порушують різні функції організму, наприклад, інсулінозалежний діабет в поєднанні з частковою втратою слуху і хворобою судин ніг;
- якщо одне захворювання значно посилює негативну дію іншого, наприклад, втрата парного органу: другої кінцівки, нирки, ока;
- ступінь інвалідності найменш важкого з наявних захворювань має бути не менше 20.

Спільна дія декількох захворювань не приймається до уваги, якщо дії декількох захворювань перетинаються, наприклад, важка серцева недостатність і незначна травма ноги, або якщо дія одного захворювання практично не посилює дію іншого, наприклад, параліч і окостеніння колінного суглоба.

В обох випадках перше захворювання настільки сильно вразило відповідну функцію організму, що супутні захворювання не можуть її погіршити.

При встановленні ступеня інвалідності можуть бути присвоєні особливі відмітки:

«G» – означає, що істотно обмеженими у можливості пересування поза житлом визнаються особи, які внаслідок труднощів в ходьбі, в тому числі через внутрішні хвороби, або внаслідок нападів чи порушень орієнтування не в змозі без значних труднощів чи без небезпеки для себе або оточуючих долати відстані, які зазвичай доступні при пішій ходьбі;

«B» – означає, що постійний супровід необхідно тим важким інвалідам, яким при користуванні громадським транспортом внаслідок їх захворювань показана регулярна допомога для уникнення небезпеки для них самих та оточуючих;

«aG» – означає, що важкими інвалідами з незвичайними обмеженнями при ходьбі є особи, які через важкість своїх хвороб можуть тривало рухатися поза своїм автомобілем лише зі сторонньою допомогою або з великими зусиллями;

«RF» – означає, що особами, які мають право на звільнення від плати за радіо і телебачення є такі категорії інвалідів: сліпі або особи з значною втратою зору з інвалідністю не менше 60, виключно через захворювання органів зору; глухі або особи з такою втратою слуху, при якій навіть слухові апарати не забезпечують достатнє розуміння; інваліди з інвалідністю не менше 80, які внаслідок своїх хвороб постійно не можуть брати участь у громадських заходах;

«1 К1.» – означає, що право на проїзд у вагонах 1 класу з квитком для 2 класу мають особи, фізичний стан яких, встановлений за найсуворішими мірками і базується на визнаних негативних наслідках і вимагає розміщення у вагоні 1 класу;

«Н» – означає, що інваліди, в тому числі інваліди з значною втраченою зору, які в ряді часто або регулярно повторюваних ситуацій тривало і щодня потребують сторонньої допомоги для забезпечення свого існування, або для яких у таких же ситуаціях необхідна допомога у вигляді спостереження або вказівки, або для яких допомога повинна бути надана періодично, але потрібна постійна готовність до її надання;

«В1» – означає, що особи, у яких гострота зору в оці, яке бачить краще становить не більше 1/50.

У заяві на встановлення інвалідності повинні бути зазначені фізичні, психічні і душевні захворювання, які має заявник. Необхідно також вказати прізвища домашнього лікаря і лікарів-фахівців, які здійснюють лікування, у разі перебування в стаціонарі надати і ці відомості. На основі цих висновків лікарів і встановлюється ступінь інвалідності, причому прояв функціональних порушень (захворювань) «оцінюється» за 100-бальною шкалою. Посвідчення інвалідності видається тим особам, чия ступінь інвалідності становить, як мінімум, 50 «балів».

Існує два види посвідчень – так зване «зелене» і «помаранчеве». Посвідчення зеленого кольору видається тим, хто не має права на безкоштовний проїзд, воно не містить відповідних позначень видів інвалідності, виражених буквами.

Якщо ж особі відмовлено у встановленні інвалідності, то існує дві можливості: почекати не менше півроку і повторити спробу, але вже з новими додатковими обстеженнями і аналізами, що свідчать про погіршення здоров'я за цей період, або надіслати мотивоване заперечення за адресою, вказаною в відмовному рішенні. При повторній відмові залишається тільки один шлях – скарга в соціальний суд (Sozialgericht).

Таким чином, у практиці європейських країн існують різні цікаві підходи до організації функціонування органів та установ, які встановлюють наявність інвалідності, її ступінь.

Розділ 3 АНАЛІЗ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТИ ПРО ІНФОРМАЦІЮ ЩОДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

21 березня 2013 року ГО «Центром громадської адвокатури» було надіслано запити про надання інформації до обласних центрів медико-соціальної експертизи України. Запит було подано відповідно до вимог Закону України «Про доступ до публічної інформації».

В запиті просили наступну інформацію, якою володіє обласний центр МСЕ:

1. Кількість громадян у 2011-2012 роках, які пройшли медико-соціальної експертизу за направленнями районних, міжрайонних, міських комісій.

2. Кількість громадян у 2011-2012 роках, які вперше отримали групу інвалідності: серед них 1-шу групу інвалідності (підгрупи А та В), 2-гу та 3-тю групи інвалідності.

3. Скільки осіб було повторно оглянуто в результаті оскарження рішень районних, міжрайонних, міських комісій.

4. Кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань.

5. Кількість інвалідів, яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань.

6. Скільки протягом 2011-2012 років було випадків необґрунтованого прийняття рішень міськими, міжрайонними, районними комісіями та направлення хворих лікарсько-консультативними комісіями на огляд до комісій для встановлення інвалідності

7. На якому поверсі знаходиться приміщення медико-соціальної експертної комісії, чи обладнано всіма необхідними засобами для інвалідів (наприклад пандусом, ліфтом, табличками з позначками шрифтом Брайля, кнопкою виклику тощо).

Центром було отримано відповіді від обласних центрів МСЕ, 11 з яких є повними. Однак решта Центрів МСЕ не надали відповіді на дані питання, посилаючись на різні причини. До прикладу, Чернігівській обласний центр МСЕ у своїй відповіді зазначив, що інформація, яку просили надати є конфіденційною інформацією у відповідності до ст.6 Закону України «Про доступ до публічної інформації» та наказу МОЗ України від 30.12.2009 року №27рс зі змінами. Однак, Наказ МОЗ Укра-

їни від 30.12.2009 року №27рс, на який посилається відповідач втратив чинність на підставі Наказу МОЗ України від 16.08.2011 № 517 «Про переліки відомостей, що містять службову та конфіденційну інформацію в МОЗ України».

Також, інші обласні Центри МСЕ посилались на те, що інформація є загальнодоступною і її можна знайти на сайті відповідних державних органів, однак надаючи таку відповідь на запит вони порушували норми чинного законодавства.

Загалом здійснивши загальний аналіз відповідей на запити про інформацію, очевидним є те, що такій структурі як МСЕК бракує відкритості та прозорості, оскільки не всі питання є висвітлені в повній мірі, також половина запитів залишилася без відповіді. Також, як видно з відповідей доступ до самого приміщення МСЕК потребує покращення, оскільки в більшості з них наявні лише кнопки виклику медичного персоналу, що створює значні незручності для осіб з обмеженими фізичними можливостями, які до них звертаються. Крім того, є й такі МСЕК, які знаходяться на верхніх поверхах будівлі, в якій не має ліфта, тоді постає логічне запитання, як людина на візку може туди добратися.

Також як видно з відповідей, статистика встановлення інвалідності у 2012 році зменшилась в порівнянні з переднім роком.

Кількість громадян у 2011-2012 роках, які пройшли медико-соціальну експертизу за направленнями районних, міжрайонних, міських комісій.

У Херсонській області оглянуто при первинних та повторних оглядах у 2011 році всього 22, 9 тис. осіб, у 2012 році – 20,4 тис. осіб.

У Житомирській області кількість громадян, які пройшли медико-соціальну експертизу: 2011 рік – 32 254 особи, 2012 рік – 30 629 осіб.

У Запорізькій області медико-соціальним експертними комісіями було оглянуто в 2011 році – 34 619 осіб, у 2012 році – 33 998 осіб.

У Сумській області протягом 2011 року було оглянуто 19 594 особи, у тому числі вперше – 4 619 осіб, у 2012 році – 19 342 особи, у тому числі вперше – 4 420 осіб.

У Харківській області у 2011 році було оглянуто 54 422 особи, у тому числі первинних – 11 724 особи, повторно – 39 608 осіб. У 2012 році було оглянуто 47 335 осіб, у тому числі первинних – 11 404 особи, повторно – 32 609 осіб.

У Дніпропетровській області кількість осіб, які пройшли медико-соціальну експертизу в 2011 році – 68 565 осіб, 2012 році – 66 101 особа.

У Миколаївській області оглянуто в 2012 році вперше 5 787 осіб, встановлена група інвалідності 4 661 особи.

В Кіровоградській області в 2011 році оглянуто 17 137 осіб, з них первинно – 5 154 осіб, повторно – 11 983 особи, у 2012 році – 11 983 особи, з них первинно – 5 502 осіб, повторно – 11 690 осіб.

У Волинській області кількість громадян, які пройшли медико-соціальну експертну комісію у 2011 році 27 820 чол., у 2012 році – 25 155 чол.

У Рівненській області у 2011 році первинно оглянуто – 6 015 осіб, повторно – 14 254 особи, у 2012 році первинно оглянуто – 5 239 осіб, повторно – 13 579 осіб.

В Центральній міській МСЕК м.Севастополя оглянуто в 2011 році 4 824 особи, у 2012 році 4 481 особа.

Отже, за 2011 рік найбільша кількість осіб, які пройшли медико-соціальну експертизу за направленням районних, міжрайонних та міських комісій у Дніпропетровській області, а саме протягом 2011 року там було оглянуто 68 565 осіб, в свою чергу найменша кількість громадян, які пройшли огляд у 2011 році в Кіровоградській області (17 137 осіб) та м.Севастополі (4 824 особи), оскільки Центральна міська МСЕК м.Севастополя обслуговує лише місто Севастополь і тому кількість населення там значно нижча ніж по областях.

Що стосується 2012 року то найбільша кількість осіб, яких було оглянуто за направленнями районних, міжрайонних та міських комісій знаходиться також в Дніпропетровській області, а саме 66 101 особа, а найменша кількість осіб у 2012 році знаходиться в Миколаївській області (5 787 осіб) та м.Севастополі (4 481 особа).

Кількість громадян у 2011-2012 роках, які вперше отримали групу інвалідності: серед них 1-шу групу інвалідності (підгрупи А та В), 2-гу та 3-тю групи інвалідності.

У *Херсонській області* у 2011 році вперше визнано інвалідами 3 611 осіб, у 2012 році – 3 768 осіб:

- з них у 2011 році інвалідами I групи 336 осіб (підгрупи А – 24 особи, підгрупи Б – 312 осіб), II групи – 1 209 осіб, III групи – 2 066 осіб;

- з них у 2012 році інвалідами I групи 382 особи (підгрупи А – 148 осіб, підгрупи Б – 234 особи), II групи – 1 186 осіб, III групи – 2 200 осіб.

У *Житомирській області* у 2011 році вперше отримали групу інвалідності 5 582 особи, у 2012 році – 4 828 осіб:

- у 2011 році визнано інвалідами I групи – 678 осіб (з них підгрупа А – 399 осіб, підгрупа Б – 279 осіб), II група – 2 007 осіб, III група – 2 897 осіб;

- у 2012 році визнано інвалідами I групи – 600 осіб (з них підгрупа А – 364 особи, підгрупа Б – 236 осіб), II група – 1 825 осіб, III група – 2 403 особи.

В *Запорізькій області* у 2011 році первинно встановлено I групу інвалідності 1 057 особам (13,5%), II групу інвалідності – 2 690 особам (34,3%), та III групу інвалідності 4 099 особам (52,2%). У 2012 році первинно встановлено I групу інвалідності 990 особам (13,2%) (з них підгрупа А – 297 осіб, підгрупа Б – 693 особи), II групу інвалідності – 2 446 особам (32,9%), та III групу інвалідності 4 023 особам (53,9%)

В *Сумській області* протягом 2011 року фахівцями медико-соціальних експертних комісій було оглянуто вперше 4 619 осіб, у 2012 року – 4 420 осіб:

- у 2011 році вперше визнано інвалідами 3 806 осіб, у тому числі інвалідами I групи – 577 осіб (підгрупа А – 127 осіб, підгрупа Б – 450 осіб), II група – 1 268 осіб, III група – 1 961 особа;

- у 2012 році вперше визнано інвалідами 3 668 осіб, у тому числі інвалідами I групи – 554 особи (підгрупа А – 138 осіб, підгрупа Б – 416 осіб), II група – 1 303 осіб, III група – 1 811 особа.

В *Харківській області*:

- у 2011 році кількість вперше визнаних інвалідами серед дорослого населення – 9 224 особи, з них I група інвалідності – 790 осіб (8,6%) (з них підгрупа А – 387 осіб (49,0%), підгрупа Б – 403 особи (51,0%)), II група інвалідності – 4 086 осіб (44,3%), та III група інвалідності – 4 348 осіб (47,1%); серед працездатного населення – 7 489 осіб (81,2%), з них I група інвалідності – 411 осіб (5,5%) (з них підгрупа А – 208 осіб (50,6%), підгрупа Б – 203 особи (49,4%)), II група інвалідності – 3 146 осіб (42,0%), та III група інвалідності – 3 932 особи (52,5%);

- у 2012 році кількість вперше визнаних інвалідами серед дорослого населення – 8 994 особи, з них I група інвалідності – 775 осіб (8,6%) (з них підгрупа А – 297 осіб (38,3%), підгрупа Б – 478 осіб (61,7%)), II група інвалідності – 3 820 осіб (42,5%), та III група інвалідності – 4 399 осіб (48,9%); серед працездатного населення – 7 496 осіб (83,3%), з них I група інвалідності – 421 особа (5,6%) (з них підгрупа А – 192 особи (45,6%), підгрупа Б – 229 осіб (54,4%)), II група інвалідності – 3 027 осіб (40,4%), та III група інвалідності – 4 048 осіб (54,0%).

В *Дніпропетровській області* кількість громадян, які вперше отримали групу інвалідності у 2011 році – 11 605 осіб з них I група А – 53

особи, I група Б – 1 198 осіб, II група – 4 524 особи та III група – 5 686 осіб, у 2012 році кількість громадян, які вперше отримали інвалідність – 11 665 осіб, з них I група А – 417 осіб, I група Б – 867 осіб, II група – 4 345 осіб та III група – 5 835 осіб.

У *Миколаївській області* вперше визнані інвалідами серед дорослого населення у 2012 році: – I групи 663 особи (з них підгрупа А – 281 особа, підгрупа Б – 382 особи); – II групи 1 578 осіб; – III групи – 2 420 осіб.

У *Кіровоградській області* у 2011 році первинно оглянуто 5 154 особи, у 2012 році – 5 502 особи:

- у 2011 році вперше визнано інвалідами I групи – 448 осіб (із них підгрупи А – 139 осіб, підгрупи Б – 309 осіб), II групи – 1 263 особи, III групи – 2 082 особи;

- у 2012 році вперше визнано інвалідами I групи – 566 осіб (із них підгрупи А – 253 особи, підгрупи Б – 313 осіб), II групи – 1 364 особи, III групи – 2 401 особа.

У *Волинській області* кількість громадян, яким вперше встановлено групу інвалідності

- у 2011 році – 3 680 осіб, з них I групу інвалідності отримали 440 осіб (підгрупа А – 166 осіб, підгрупа Б – 274 особи), II групу – 1 407 осіб, III групу – 1 833 особи;

- у 2012 році – 3 717 осіб, з них I групу інвалідності отримали 446 осіб (підгрупа А – 201 особа, підгрупа Б – 245 осіб), II групу – 1 378 осіб, III групу – 1 893 особи.

У *Рівненській області*

- у 2011 році всього первинно визнано інвалідами – 4 897 осіб (підгрупа А – 321 особа, підгрупа Б – 228 осіб), II група – 1 825 осіб, III група – 2 424 особи;

- у 2012 році всього первинно визнано інвалідами – 4 554 особи (підгрупа А – 306 осіб, підгрупа Б – 285 осіб), II група – 1 650 осіб, III група – 2 313 осіб.

Севастопольська центральна міська медико-соціальна експертна комісія надала відповідь про те, що:

- у 2011 році вперше встановлена група інвалідності – 1 720 особам, з них I група встановлена – 237 особам (підгрупа А – 9 особам, підгрупа Б – 228 особам, з врахуванням, того що розподіл на підгрупи почався після виходу інструкції №561 від 05.09.2011 року), II група – 939 особам, III група – 544 особам;

- у 2012 році вперше встановлена група інвалідності – 1 579 особам, з них I група встановлена – 277 особам (підгрупа А – 77 особам, підгрупа Б – 200 особам), II група – 822 особам, III група – 480 особам.

З даних відповідей видно, що кількість встановлених підгруп А та Б першої групи інвалідності у 2011 році була значно нижчою ніж у 2012 році. Так, у 2012 році найбільша кількість осіб, яких визнано інвалідами першої групи проживає в Дніпропетровській області, а саме 1 284 особи, які визнані інвалідами першої групи. З них І група А – 417 осіб, І група Б – 867 осіб. У 2011 році по цій же області 1 251 особа була визнана інвалідом першої групи, серед яких інвалідів першої групи А лише 53 особи. Це дає підстави припускати, що коли були прийняті відповідні зміни лише 53 особи звернулися до Центру МСЕК з питанням встановлення їм першої групи інвалідності підгрупи А. На початку встановлення підгруп виникла проблема з інвалідами, яким вже була призначена інвалідність, а саме підгрупу Б встановлювали практично всім, а ті особи, які претендували на підгрупу А повинні були проходити додатковий огляд в Центрі МСЕК.

Скільки осіб було повторно оглянуто в результаті оскарження рішень районних, міжрайонних, міських комісій.

У Херсонській області по оскарженню рішень обласною МСЕК у 2011 році оглянуто 112 осіб, у 2012 році – 94 особи.

У Житомирській області у 2011 році повторно оглянуто по оскарженню – 428 осіб, по контролю – 706 осіб, із них змінено рішень по оскарженню – 64, по контролю – 24. В 2012 році повторно оглянуто по оскарженню – 607 осіб, по контролю – 639 осіб, із них змінено рішень по оскарженню – 57, по контролю – 22.

В Запорізькій області в порядку оскарження рішень міжрайонних, спеціалізованих МСЕК обласними медико-соціальними експертними комісіями у 2011 році оглянуто 95 осіб, у 2012 році – 96 осіб. Проведено відмін: в 2011 році – 11 випадків або 11,6 %, в 2012 році – 19 випадків або 19,8 %.

В Харківській області в результаті оскарження рішень було оглянуто в 2011 році – 304 особи, у 2012 році – 370 осіб.

В Дніпропетровській області кількість оглянутих осіб по оскарженню: у 2011 році – 593 громадянина, у 2012 році – 386 громадян.

В Миколаївській області у 2012 році обласна медико-соціальна експертна комісія оглянула по оскарженню 306 осіб, 50 осіб було направлено по оскарженню в Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності м. Дніпропетровська.

В Кіровоградській області у 2011 році повторно оглянуто обласними МСЕК по оскарженню рішень первинних МСЕК 63 особи, а у 2012 році – 52 особи.

У Волинській області кількість осіб повторно оглянутих обласною медико-соціальною експертною комісією в результаті оскарження рішень міжрайонних, міської та спеціалізованих медико-соціальних експертних комісій: 2011 рік – 492 особи, 2012 рік – 469 осіб.

У Рівненській області по оскарженню рішень МСЕК у 2011 році оглянуто 130 осіб, у 2012 році – 130 осіб.

Центральна міська МСЕК міста Севастополя надала відповідь, що оскаржили рішення у 2011 році – 40 інвалідів, у двох випадках рішення відмінено після повторного огляду хворого, у 2012 році – 21 інвалід оскаржив рішення, і також відбулася відміна рішення після проведення додаткового обстеження в стаціонарі.

Як бачимо кількість осіб, які були повторно оглянуті в результаті оскарження рішень районних, міжрайонних та міських комісій є досить не значною. Візьмемо до уваги те, що до прикладу у Волинській області у 2011 році кількість громадян які пройшли медико-соціальну експертну комісію становить 27 820 осіб, то по оскарженню було оглянуто лише 492 особи, у 2012 році такий показник становить 469 осіб при загальній кількості, які пройшли медико-соціальну експертизу у 25 155 осіб.

З відповідей на інформаційні запити видно, що відсоток звернень громадян щодо оскарження рішень МСЕК по ієрархії є досить низьким. Що стосується судового оскарження рішень МСЕК то такий відсоток є ще нижчим, про що свідчить мала судова практика щодо таких спорів. Крім того, за спостереженнями юристів Центру виявилось, що громадяни віддають перевагу адміністративному оскарженню рішень перед судовим.

Кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань, та кількість інвалідів, яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань.

У Херсонській області у 2011 році визначено медичні показання для одержання автотранспорту 53 інвалідам, у 22 інвалідів не виявлено медичних показань для одержання автотранспорту. У 2012 році визначено медичні показання для одержання автотранспорту 62 інвалідам, у 11 інвалідів не виявлено медичних показань для одержання автотранспорту.

В Житомирській області кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань у 2011 році – 191 особа, у 2012 році – 202 особи.

В Запорізькій області в 2012 році 152 особи були обстежені по визначенню медичних показань для одержання спец автотранспорту, із них 115 особам встановлені медичні показання для одержання спеці автотранспорту.

В Сумській області протягом 2011 року проведено 10 засідань по встановленню показань на отримання автотранспорту, на яких оглянуто 75 осіб, всім їм показано транспорт. Протягом 2012 року проведено 9 засідань по встановленню показань на отримання автотранспорту, на яких оглянуто 69 осіб, всім їм показано транспорт.

В Харківській області кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань у 2011 році – 150 осіб, а кількість інвалідів, яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту – 18 осіб. Кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань у 2012 році – 215 осіб, а кількість інвалідів, яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту – 27 осіб.

В Дніпропетровській області кількість обстежених громадян по визначенню медичних показань для одержання спец автотранспорту:

- у 2011 році – 194 громадян, з них особи, яким встановлені медичні показання для одержання спец транспорту – 147 громадян;

- у 2012 році – 229 громадян, з них особи, яким встановлені медичні показання для одержання спеці транспорту – 170 громадян.

У Миколаївській області обласна медико-соціальна експертна комісія оглянула інвалідів для визначення медичних показань на отримання спеціального автотранспорту, з них 79 особам винесено позитивне рішення.

В Кіровоградській області у 2011 році встановлено показання для автотранспорту 62 громадянам, відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту – 5 громадянам. У 2012 році встановлено показання для автотранспорту 53 громадянам, відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту – 1 громадянину.

У Волинській області кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань у 2011 році – 145 осіб, а кількість інвалідів яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту у 2011 році – 36 осіб. Кількість інвалідів, які отримали право на одержання спеціального автотранспорту відповідно до медичних показань у 2012 році – 134 особи, а кількість інвалідів яким відмовлено в одержанні спеціального автотранспорту у 2012 році – 43 особи.

У Рівненській області у 2011 році визначено медичних показань для забезпечення спец автотранспортом для 99 осіб, кількість осіб у яких не було медичних показань для забезпечення спец автотранспортом 43 особи. У 2012 році визначено медичних показань для забезпечення спец автотранспортом для 126 осіб, кількість осіб у яких не було медичних показань для забезпечення спец автотранспортом 37 осіб.

Центральна міська МСЕК міста Севастополя надала відповідь, що у 2011 році для встановлення медичних показань для одержання спец автотранспорту оглянуто 24 особи, в 3 інвалідів не було необхідних показань. У 2012 році було оглянуто по даному питанні 29 осіб, необхідних показань не було у 6 осіб.

Отже, найбільше осіб, які отримали право на одержання автотранспорту у 2011 році проживають на території Житомирської області, що стосується 2012 року то найбільша кількість таких осіб в Харківській області (215 осіб). У Сумській області протягом 2011 -2012 року не було відмов щодо надання права на одержання автотранспорту відповідно до медичних показань, всім особам що зверталися з таким питанням надавалася позитивна відповідь.

Скільки протягом 2011-2012 років було випадків необґрунтованого прийняття рішень міськими, міжрайонними, районними комісіями та направлення хворих лікарсько-консультативними комісіями на огляд до комісій для встановлення інвалідності.

У Херсонській області протягом 2011-2012 років випадків необґрунтованого прийняття рішень міськими, міжрайонними та спеціалізованими МСЕК не було. Із числа первинно оглянутих у 2011 році питома вага необґрунтовано направлених лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів на огляд у МСЕК дорівнює 2,6%, а у 2012 році 2,9%.

В Житомирській області розходження між ЛКК і МСЕК у 2011 році – 3,8%, а у 2012 році – 6,1%.

В Запорізькій області в 2011 році лікувально-профілактичними закладами області необґрунтовано направлено на МСЕК 250 чоловік або 2,8% від загальної кількості направлених на МСЕК з метою встановлення групи інвалідності, а у 2012 році – 236 осіб або 2,8%.

В Харківській області по результатам первинних оглядів випадків, необґрунтованого направлення хворих лікарсько-консультативними комісіями на огляд комісій для встановлення інвалідності було в 2011 році – 304 особи, у 2012 році – 320 осіб. Необґрунтоване прийняття рішень медико-соціальними експертними комісіями: по оскарженню – в

2011 році – 62; в 2012 році – 73; по контролю – в 2011 році – 54, в 2012 році – 92.

В Дніпропетровській області кількість змінених рішень нижчестоящих МСЕК у 2011 році – 128, у 2012 році – 50.

У Миколаївській області лікувально-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я необгрунтовано направлено на комісії обласного центру медико-соціальної експертизи 304 особи (5,9%).

В Кіровоградській області розходження у рішеннях первинних та обласних МСЕК у 2011 році: по оскарженню – 10 випадків, по контролю – 61 випадок. У 2012 році: по оскарженню – 7 випадків, по контролю – 18 випадків. Необгрунтовано направлено лікарсько-консультативними комісіями на огляд до МСЕК у 2011 році – 104 особи, у 2012 – 121 особа.

У Волинській області кількість випадків необгрунтованого прийняття рішень міською, міжрайонними, спеціалізованими медико-соціальними експертними комісіями та необгрунтованого направлення хворих лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів області на огляд до медико-соціальних експертних комісій для встановлення інвалідності:

- кількість необгрунтовано прийнятих міською, міжрайонними та спеціалізованими медико-соціальними експертними комісіями рішень: 2011 рік – 75, 2012 рік – 65;

- кількість необгрунтовано направлених на медико-соціальні експертні комісії осіб лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів області: 2011 рік – 159 осіб, 2012 рік – 152 особи.

У Рівненській області необгрунтовано направлено хворих ЛКК на МСЕК у 2011 році – 202 особи, у 2012 році – 147 осіб; відмінено рішень міжрайонним, спеціалізованим, міській МСЕК всього: 2011 рік – 59, 2012 рік – 44.

Відповідь на дане питання надали не всі обласні Центри МСЕК, так Сумський обласний центр МСЕ повідомив, що статистична державна звітність, яка формується медико-соціальною експертною службою не передбачає інформацію щодо необгрунтованих направлень хворих лікарсько-профілактичними закладами на медико-соціальні експертні комісії для встановлення групи інвалідності та прийняття рішень МСЕК, тому не зберігається.

На якому поверсі знаходиться приміщення медико-соціальної експертної комісії, чи обладнано всіма необхідними засобами для інвалідів (наприклад пандусом, ліфтом, табличками з позначками шрифтом Брайля, кнопкою виклику тощо).

КЗ «Херсонський обласний Центр медико-соціальної експертизи» ХОР розташований у двоповерховій будівлі, яку обладнано пандусом. Інваліди, що не можуть дістатися другого поверху (де розташована одна з міських МСЕК), звертаються до медичного реєстратора міської МСЕК №1, який викликає всіх необхідних для огляду інваліда спеціалістів, про що на першому поверсі будівлі розміщено відповідне оголошення.

Житомирський обласний Центр медико-соціальної експертизи розташований на двох поверхах трьохповерхового будинку. Пандусом, ліфтом, табличками з шрифтом Брайля не обладнаний. Є кнопка виклику в робочому стані.

Запорізький обласний Центр медико-соціальної експертизи знаходиться на орендних площах, на першому поверсі та обладнаний пандусом.

Сумський обласний центр медико-соціальної експертизи розміщений на першому поверсі житлового будинку. В структурі обласного Центру МСЕ функціонує 12 медико-соціальних експертних комісій, дві з яких розміщені на другому поверсі орендованих та особистих приміщень, десять – на першому. З метою безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до МСЕК обладнанні пандусами (обласна, районні в м.Суми та чотири міжрайонні МСЕК) та кнопка виклику медичного персоналу.

В Харківській області 23 МСЕК розміщуються на базі лікувально-профілактичних закладів в приміщеннях на першому поверсі будинків поліклінік, входи яких облаштовані бетонними пандусами з кутом підйому не більше 20-25 градусів. В Орджонікідзевській та Фрунзенській МСЕК на вході в під'їзди і в приміщення МСЕК є лише по одній сходинці. У Дзержинській та в Ізюмській МСЕК на вході з вулиці в приміщення комісій мається лише поріжок висотою 7 см. В офтальмологічній МСЕК на вході в комісію висить табличка з позначками шрифтом Брайля.

В Дніпропетровській області приміщення обласного МСЕК обладнано кнопкою виклику.

Комісії Миколаївського обласного центру медико-соціальної експертизи знаходяться на першому поверсі, всі обладнані пандусами та кнопками виклику.

В Кіровоградській області адміністрація Кіровоградського обласного бюро МСЕ та дві обласних МСЕК знаходяться в окремому при-

міщенні на першому поверсі та оснащені пандусом. Інші 9 МСЕК Кіровоградського обласного бюро МСЕ знаходяться на території лікувально-профілактичних закладів Кіровоградської області, які в свою чергу обладнані всіма необхідними засобами для надання медико-соціальної експертної допомоги населенню.

У Волинській області із 9-ти МСЕК 7 МСЕК розташовані на 1-му поверсі будівель, обладнані пандусами та кнопками виклику, по одній МСЕК, відповідно на 2-му та 3-му поверхах будівлі без ліфта.

У Рівненській області вісім комісій розташовані на першому поверсі та п'ять МСЕКів на другому поверсі. МСЕКи облаштовані пандусами, ліфтом, кнопкою виклику тощо.

Центральна міська МСЕК міста Севастополя надала повідомила, що всі приміщення МСЕК розміщені на першому поверсі будівлі, облаштовані пандусами та доступні.

Як видно з відповідей практично всі Обласні Центри МСЕК облаштовані необхідними на їх думку засобами для безперешкодного доступу інвалідів до їхніх приміщень. Однак це не зовсім так, оскільки кнопка виклику не є достатнім засобом для інваліда візочника, який хоче самостійно дістатися до приміщень МСЕК. Також лише Харківська обласна МСЕК повідомила, що в офтальмологічній МСЕК на вході в комісію висить табличка з позначками шрифтом Брайля, інші Центри МСЕК не зазначили про такі засоби доступу.

У зв'язку з цим не можна зробити висновки, що приміщення МСЕК є загальнодоступними для всіх осіб, як для осіб з фізичними вадами так і для осіб з психічними вадами. Доступність осіб з обмеженими можливостями до приміщень медико-соціальної експертизи потребує змін та покращення та додаткового фінансування з державного бюджету.

Розділ 4 ГРОМАДСЬКА ЕКСПЕРТИЗА ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

4.1. Інформація про проведення громадської експертизи стану медико-соціальної експертизи в Україні

Громадською організацією «Центр громадської адвокатури» ініційовано проведення громадської експертизи стану медико-соціальної експертизи в Україні.

Громадська організація скористалась можливостями, передбаченими для інститутів громадянського суспільства відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 05.11. 2008 р. № 976, прийнятої КМУ відповідно до пункту 4 статті 5 Указу Президента України від 15 вересня 2005 р. № 1276 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики».

Громадська експертиза діяльності органів виконавчої влади – це складова механізму демократичного управління державою, який передбачає проведення інститутами громадянського суспільства оцінки діяльності органів виконавчої влади, ефективності прийняття і виконання такими органами рішень, підготовку пропозицій щодо розв'язання суспільно значущих проблем для їх врахування органами виконавчої влади у своїй роботі.

Постанова КМУ передбачає, зокрема, ряд обов'язків органу державної виконавчої влади, в яких і проявляється «сприяння»: видання наказу (розпорядження) про проведення експертизи і заходів, пов'язаних з підготовкою матеріалів, у разі потреби зобов'язаний створити робочу групу, у тому числі із участю представника організації, розмістити інформацію про експертизу на власному веб-сайті, надати необхідну інформацію, яка необхідна для експертизи, розглянути пропозиції у висновку на найближчому засіданні колегії за участю організації, за результатами розробити і затвердити заходи, спрямовані на їх реалізацію, надати письмову відповідь про результати розгляду пропозицій, розмістити інформацію на власному веб-сайті, надіслати в письмовій та електронній формі Секретаріату КМУ інформацію про результати експертизи, що має розміщатись на урядовому веб-сайті «Громадянське суспільство і влада».

Громадська організація подала відповідний запит про сприяння у проведенні громадської експертизи Міністерства охорони здоров'я щодо діяльності у сфері медико-соціальної експертизи.

Попри те, що громадська організація стикнулася із певними перешкодами реалізації громадської експертизи (тривалий час розгляду запиту, розгляд запиту про громадську експертизу діяльності органу публічної влади як запиту про інформацію), 28.11.2013 року Міністерством охорони здоров'я був виданий Наказ №259-адм «Про проведення громадської експертизи», відповідно до якого передбачено забезпечити підготовку та подання матеріалів для проведення громадської експертизи діяльності Міністерства охорони здоров'я України у сфері медико-соціальної експертизи до громадської організації «Центр громадської адвокатури» за запитом організації.

Також громадською організацією проведено круглий стіл «Медико-соціальна експертиза в Україні: шляхи покращення», який відбувся 12 грудня 2013 року у м.Львові. Участь у ньому взяли представники громадських організацій, які працюють з інвалідами, громадські об'єднання інвалідів, активісти та громадські діячі, експерти.

За результатами громадської експертизи Центром громадської адвокатури підготовлені пропозиції до Міністерства охорони здоров'я.

Вони стосуються чотирьох блоків питань, а саме організаційних умов, інформаційних умов, законодавчого регулювання та залучення громадськості.

Відповідно до Постанови КМУ від 5.11.2008 року №976 «Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади» пропозиції, підготовлені інститутом громадянського суспільства за результатами проведеної громадської експертизи, враховуються органом виконавчої влади під час підготовки програм соціально-економічного розвитку, державних цільових та регіональних програм, формування бюджетів відповідного рівня, вирішення питань поточної діяльності.

Орган виконавчої влади після надходження експертних пропозицій:

- 1) розміщує їх у тижневий строк на власному веб-сайті;
- 2) розглядає їх на найближчому засіданні колегії за участю представників інституту громадянського суспільства, що проводив громадську експертизу. У разі коли колегію не утворено, експертні пропозиції розглядає керівник органу виконавчої влади у двотижневий строк за участю представників інституту громадянського суспільства, що проводив громадську експертизу;

2-1) розробляє і затверджує за результатами розгляду експертних пропозицій заходи, спрямовані на їх реалізацію;

3) подає у десятиденний строк інституту громадянського суспільства, що проводив громадську експертизу, письмову відповідь про результати розгляду експертних пропозицій та заходи, спрямовані на їх реалізацію, з одночасним розміщенням відповідної інформації у засобах масової інформації та/або на власному веб-сайті;

4) надсилає в письмовій та електронній формі Секретаріату Кабінету Міністрів України для розміщення на урядовому веб-сайті «Громадянське суспільство і влада»:

- інформацію про найменування, прізвище, ім'я, по батькові керівника, поштову адресу, контактні дані інституту громадянського суспільства, що проводив громадську експертизу, предмет та строки її проведення;

- експертні пропозиції, подані інститутом громадянського суспільства за результатами проведеної громадської експертизи;

- затвержені органом виконавчої влади заходи для реалізації експертних пропозицій;

- відповідь органу виконавчої влади інституту громадянського суспільства про результати розгляду експертних пропозицій та заходи для їх реалізації.

4.2. Резолюція

КРУГЛИЙ СТІЛ «Медико-соціальна експертиза в Україні: шляхи покращення» 12 грудня 2013 рік, м. Львів

Учасники круглого столу «Медико-соціальна експертиза в Україні: шляхи покращення», який відбувся 12 грудня 2013 року у м. Львові, – представники громадських організацій, які працюють з інвалідами, громадських об'єднань інвалідів, активісти та громадські діячі, експерти, відзначили наступне.

Медико-соціальна експертиза лежить в площині важливих прав людини, які стосуються медицини, реабілітації та відновлення працездатності, соціального захисту, трудових можливостей, реалізації особистості, включення людей із інвалідністю у суспільне життя. Однак в Україні функціонування медико-соціальної експертизи пов'язане із багатьма проблемами, в тому числі непрозорістю процедур, відсутністю громадського контролю, недосконалістю нормативного забезпечення, недостатністю правопросвітницької роботи, корупційними факторами тощо.

Проблема із реалізацією медико-соціальної експертизи визнана також на державному рівні. Органи державної влади шукають механізми вирішення проблем, а також зацікавлені у моніторингу питань реалізації експертизи, підготовки пропозицій покращення ситуації. Рішенням Колегії МОЗ України від 02.11.2012 р. № 1 «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України» визнано, що стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України є недосконалим та потребує подальшого реформування і системного інтегрованого підходу. Також передбачено ряд доручень різним суб'єктам щодо пошуку та розробки шляхів вирішення проблем, і у зв'язку з цим долучення до цього процесу результатів громадського моніторингу та роботи громадських експертів є актуальним та потрібним.

Під час обговорення учасниками були сформовані пропозиції щодо законодавчих, організаційних та інформаційних умов здійснення медико-соціальної експертизи, а також залучення громадськості.

Пропозиції щодо законодавчих умов

1. Передбачення процедур оформлення та надання заявнику рішень медико-соціальних комісій, а не довідок та виписки з акту огляду комісією.

2. Визначення правових підстав для виконання своїх функцій центральною медико-соціальною експертною комісією МОЗ, в тому числі повторного огляду осіб, які оскаржують рішення МСЕК нижчих рівнів, перевірки якості розробки ними індивідуальних програм реабілітації, здійснення атестації лікарів, що входять до складу комісій.

3. Передбачення процедур, за заявою особи, виправлення описок у довідках, які видаються інвалідам за результатами експертизи без необхідності звернення до суду у разі неповного зазначення відомостей про особу, описок у прізвищах, іменах, по батькові.

4. Передбачення можливості у разі відмови ЛКК звертатись заявникам самостійно до медико-соціальних експертних комісій.

5. Вирішення проблем із визначенням професій, де особа може чи не може працювати.

6. Визначення, за яких умов особа отримує безтермінову групу інвалідності.

7. Визначення, що медико-соціальні експертні комісії є розпорядниками публічної інформації та надають інформацію за запитом у відповідності до Закону України «Про доступ до публічної інформації».

8. Дозволити видавати акт огляду комісії на руки особі, яку визнано інвалідом, або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності.

9. Мінімізація описок у довідках, які видаються інвалідам, забезпечення належних перевірок та моніторингу роботи.

10. Розширити перелік порушень функцій організму людини, які передбачені в Інструкції про встановлення груп інвалідності, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2004 року № 183.

Інформаційні умови

1. Покращення правової обізнаності громадян шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи медико-соціальними експертними комісіями, неурядовими організаціями та засобами масової інформації.
2. Підвищення ролі засобів масової інформації у висвітленні проблем, які стосуються взаємовідносин громадян і медико-соціальних експертних комісій.
3. Підвищення ролі суду у захисті прав громадян у взаємовідносинах громадян і медико-соціальних експертних комісій, формування судових прецедентів захисту порушених прав та забезпечення можливості незалежної експертизи.
4. Посилювати діяльність правоохоронних органів у виявленні фактів порушень.
5. Посилити публічність (відкритість) діяльності медико-соціальних експертних комісій шляхом оприлюднення інформації про їх діяльність на офіційних веб-сайтах органів державної влади, яким підпорядковуються медико-соціальні експертні комісії, на інформаційних стендах, у місцевих та загальнодержавних засобах масової інформації.
6. Забезпечити наявність інформаційних стендів із інформацією для громадян.

Залучення громадськості

1. Залучати експертів з питань реабілітації із громадських неурядових організацій для формування програм реабілітації та максимального врахування потреб осіб із обмеженими можливостями.
2. Проводити не менш як щороку громадське обговорення, організоване МОЗ, за участю представників громадських організацій інвалідів, інших зацікавлених інститутів громадянського суспільства, експертів щодо питань медико-соціальної експертизи та реабілітації.
3. Налагодження співпраці із громадськими правозахисними приймальнями, громадськими приймальнями організацій інвалідів щодо стану дотримання прав осіб із обмеженими можливостями в цій сфері.
4. Налагодження співпраці із громадськими організаціями інвалідів, які мають власні медіа, для покращення інформування цільової групи.
5. Налагодження співпраці із правозахисними громадськими організаціями в наданні правової допомоги цільовим групам.

Організаційні умови для здійснення медико-соціальної експертизи

1. Посилити доступність закладів, де функціонують медико-соціальні експертні комісії, для вільного доступу до них осіб з обмеженими фізичними можливостями («універсальний дизайн»).
2. Передбачити і проводити навчання для представників комісій з питань реалізації медико-соціальної експертизи.
3. Посилити контроль за складанням медико-соціальними експертними комісіями індивідуальних програм реабілітації інваліда.
4. Сприяти неурядовим організаціям, юристам у здобутті необхідних фахових знань у галузі медичного права з метою надання належного рівня правових консультацій громадянам, які звертаються до медико-соціальних експертних комісій.
5. Сприяти прозорості процедури проходження медико-соціальної експертизи громадянами.
6. Приділення належної уваги до складення індивідуальних програм реабілітації інвалідів, для чого потрібне дослідження стану формування таких програм, причин їхньої неефективності.
7. Оптимізувати фінансування витрат з державного бюджету, пов'язаних з реабілітацією інвалідів.

4.3. Пропозиції щодо покращення законодавчих, інформаційних, організаційних умов здійснення медико-соціальної експертизи та залучення громадськості

Пропозиції щодо законодавчих умов

1. Передбачення процедур оформлення та надання заявнику рішень медико-соціальних комісій, а не довідок та виписки з акту огляду комісією, надання мотивації прийнятого рішення.

Відповідно до п. 24 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, комісія видає особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації і надсилає у триденний строк виписку з акта огляду комісії органів, в якому інвалід перебуває на обліку як отримувач пенсії чи державної соціальної допомоги (щомісячного довічного грошового утримання), що призначається замість пенсії, та разом з індивідуальною програмою реабілітації – органів, що здійснює загальнообов'язкове державне соціальне страхування, виписку з акта огляду комісії про результати визначення ступеня втрати професійної працездатності у відсотках та потреби у наданні додаткових видів допомоги.

В довідці вказується тільки те, чи особа є інвалідом чи ні. В порядку, який стосується оскарження «рішень, дій, бездіяльності органів державної влади та їх посадових осіб», виникає питання саме про «рішення», а не «довідку». Також відсутність викладу мотивації є суттєвою проблемою. В результаті при розгляді позовів суди зобов'язують медико-соціальні експертні комісії надати відповідь, зобов'язати вчинити певні дії, розглянути і надати письмове рішення по суті спору (присвоєння певної групи інвалідності) тощо.

Таким чином, у п. 24 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 потрібно внести зміни, які стосуються передбачення процедур оформлення та надання заявнику рішень медико-соціальних комісій, надання мотивації прийнятого рішення.

2. Визначення правових підстав для виконання своїх функцій Центральною медико-соціальною експертною комісією Міністерства охорони здоров'я (далі по тексту – МОЗ), в тому числі повторного огляду осіб, які оскаржують рішення МСЕК нижчих рівнів,

перевірки якості розробки ними індивідуальних програм реабілітації, здійснення атестації лікарів, що входять до складу комісій.

Утворення, реорганізація та ліквідація Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ, Кримської республіканської, обласних, центральних міських, міських, міжрайонних, районних медико-соціальних експертних комісій та призначення і звільнення їх керівників визначається Положенням про Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ та Положенням про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи, які затверджуються МОЗ.

Однак на даний час Типове Положення не розроблене. Відповідно до повідомлення Відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України проект Типового Положення про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи розроблено Українським державним науково-дослідним інститутом медико-соціальних проблем інвалідності і зараз погоджується структурними підрозділами МОЗ. Як повідомляє Міністерство на запит ГО «Центр громадської адвокатури» №16.10-31 від 19.03.13р. затримка затвердження зазначеного нормативного документу пов'язана із черговим внесенням змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 року №1317 відповідно до доручення уряду, обумовленого ратифікацією Верховною радою України Конвенції про права інвалідів.²

Таким чином, необхідним є прийняття Положення про Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ та Положення про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) медико-соціальної експертизи.

3. Передбачення процедур за заявою особи виправлення описок у довідках, які видаються інвалідам за результатами експертизи без необхідності звернення до суду у разі неповного зазначення відомостей про особу, описок у прізвищах, іменах, по батькові.

За наявності певних описок у довідках медико-соціальної експертної комісії, громадянам доводиться ініціювати судовий процес в окремому провадженні щодо їхнього виправлення та підтвердження певного юридичного факту. Оскільки, довідки медико-соціальних комісій (далі по тексту – МСЕК) та інформація, яка міститься в них, впливають на

² Лист Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.13р. №16.10-13 на запит Центру громадської адвокатури від 11.03.2013р. №229/03/13.

призначення різних видів соціальних допомог та інші питання соціального захисту, проходження судової процедури стає неминучим.

Суди задовольняють позови, проте на судовий процес через неточності, допущені комісіями, доводиться громадянам витратити ресурси (час розгляду справи, відвідування судових засідань, витрати на складання процесуальних документів).

У зв'язку із цим пункт 13 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 доповнити абзацом, де передбачити право МСЕК вносити за заявою особи, щодо якої видано довідку, зміни, які стосуються описок щодо особистих даних інваліда: прізвища, ім'я, по батькові, дати народження; характеру огляду (первинний або повторний), номеру акту огляду МСЕК на підставі якого видається довідка.

4. Передбачення можливості у разі відмови лікарсько-консультативної комісії (далі по тексту – ЛКК) звертатись заявникам самостійно до медико-соціальних експертних комісій.

П. 3 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що медико-соціальна експертиза проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

Медико-соціальна експертиза потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання проводиться після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного, висновку спеціалізованого медичного закладу (науково-дослідного інституту професійної патології чи його відділення) про професійний характер захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я або роботодавця чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків, суду чи прокуратури.

П. 17 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що медико-соціальна експертиза проводиться після повно-

го медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб інваліда, визначення клініко-функціонального діагнозу, професійного, трудового прогнозу, одержання результатів відповідного лікування, реабілітації за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.

П. 18 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.

Тільки за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я та після проведення повного обстеження, громадянин може звернутися до медико-соціальної експертизи для встановлення інвалідності.

Проте, у Російській Федерації громадянин може бути направлений на медико-соціальну експертизу організацією, що надає лікувально-профілактичну допомогу, органом, що здійснює пенсійне забезпечення та органом соціального захисту населення. У разі якщо ці установи відмовили громадянину у направленні на медико-соціальну експертизу, йому видається довідка, на підставі якої громадянин (або його законний представник) має право звернутися до бюро медико-соціальної експертизи самостійно. Також в Польщі існує практика особистого звернення (без жодного направлення) до відповідних органів з клопотанням про прийняття рішення щодо встановлення інвалідності. Подібна ситуація щодо звернення для встановлення інвалідності існує також і в Німеччині.

У зв'язку з цим до п.3 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 доповнити змінами такого характеру: у разі відмови лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я у направленні на МСЕК особі видаються всі медичні документи і вона має право звернутися до МСЕК самостійно.

5. Вирішення проблем із визначенням професій, де особа може чи не може працювати (через визначення у рішенні переліку професій, де особа із обмеженими можливостями не може працювати, а не навпаки).

Відповідно до п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №157/о “Акт №__ огляду медико-соціальною експертною комісією” затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров’я України від 30.07.13р. №577, яка визначає порядок заповнення акту огляду, у підпункті 30.1 пункту 30 зазначається показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професії, які доступні інваліду за станом здоров’я.

У формулярі не можливо розписати всі професії, де особа може працювати.

Проблема працевлаштування осіб із обмеженими можливостями залишається не вирішеною. В Україні близько 2,5 млн. осіб з обмеженими можливостями, і лише 261 тис. осіб, а саме 10% з них працюють.

Очевидним є те, що головною метою МСЕ є не тільки надати особі інвалідність, а й подальша її реабілітація, щоб особи з обмеженими можливостями могли на рівні з іншими працювати і були соціально затребуваними. І велику роль в даному питанні відіграє працевлаштування інваліда, що дає йому змогу розвиватися в професійному плані та відчувати себе повноцінною людиною, незважаючи на фізичні недоліки.

Отож, п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №157/о “Акт №__ огляду медико-соціальною експертною комісією” затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров’я України від 30.07.13р. №577 викласти у наступній редакції: “у підпункті 30.1 пункту 30 зазначається показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професії, які не доступні інваліду за станом здоров’я”.

6. Визначення, за яких умов особа отримує безтермінову групу інвалідності.

П. 22 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, передбачає, що особам, що звертаються для встановлення інвалідності, група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду у разі наявності вроджених вад розумового чи фізичного розвитку, анатомічних дефектів, стійких необоротних морфологічних змін та розладу функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливого прогнозу відновлення працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у місці проживання інваліда, а також інвалідам, у яких строк перегляду настає після досягнення пенсійного віку.

З вищезазначеного переліку лише остання підстава беззаперечно застосовується медико-соціальними експертними комісіями для встановлення інвалідності по-життєво. Це породжує невдоволення багатьох інвалідів, які не знаючи вищезазначених правових положень щодо порядку та підстав проходження переогляду, змушені впродовж багатьох років проходити переогляд ще раз і ще раз.

Отож, в п. 22 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 прописати вичерпний перелік підстав коли група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду.

7. Визначення, що медико-соціальні експертні комісії є розпорядниками публічної інформації та надають інформацію за запитами у відповідності до Закону України «Про доступ до публічної інформації».

Навіть після прийняття Закону України «Про доступ до публічної інформації» ситуація із прозорістю у діяльності МСЕК не покращилась. Дуже часто МСЕК себе взагалі не розглядають суб’єктом, на якого поширюється дія норм цього Закону.

Центром громадської адвокатури були надіслані запити до обласних Центрів МСЕ про отримання інформації відповідно до Закону України “Про доступ до публічної інформації”. Однак не всі Центри МСЕ дотрималися вимог закону і не надали відповіді на запити. Внаслідок цього, Центр громадської адвокатури оскаржував в суді їх бездіяльність.

Так, Дніпропетровський окружний адміністративний суд 21 березня 2012 року прийняв постанову по справі № 2а/0470/2992/12, якою задовольнив адміністративний позов ГО «Центр громадської адвокатури» до Комунального закладу «Обласний центр Медико-соціальної експертизи» про визнання протиправною бездіяльності відповідача та зобов’язання надати відповідь. Суд зазначив, що інформація, яка була предметом інформаційного запиту позивача, є такою, що створена в процесі виконання суб’єктом владних повноважень своїх обов’язків, передбачених чинним законодавством, оскільки згідно «Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року №757 індивідуальні програми для інвалідів розробляються медико-соціальною комісією та лікарсько-консультативною комісією.

Запорізький окружний адміністративний суд 12 березня 2012 року прийняв ухвалу по справі № 0870/2195/12³, якою відмовив у відкритті провадження в адміністративній справі за позовом Громадської організації «Центр громадської адвокатури» до Комунального медичного закладу «Обласний центр медико-соціальної експертизи» Запорізької обласної ради про визнання бездіяльності протиправною та зобов'язання надати відповідь. В ухвалі суд зазначив, що Комунальний медичний заклад «Обласний центр медико-соціальної експертизи» Запорізької обласної ради не є суб'єктом владних повноважень.

Як бачимо, тут знову присутня проблема розуміння статусу та природи медико-соціальних експертних комісій, який повинен бути чітко вказаний у законодавстві. Також очевидним є виконання МСЕК вимог Закону України «Про доступ до публічної інформації», в частині інформування через веб-сайти та іншими способами, в тому числі використання для інформування інформаційних стендів, літератури тощо.

Таким чином, для уникнення проблем із доступом до публічної інформації та прозорості діяльності медико-соціальних комісій необхідним є внесення змін до загальних положень Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 доповнити пунктом 10 і викласти в такій редакції “медико-соціальні експертні комісії є суб'єктом владних повноважень і розпорядниками публічної інформації”.

8. Дозволити видавати акт огляду комісії на руки особі, яку визнано інвалідом, або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності.

Відповідно до п. 24 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, видача особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, виписки з акта огляду комісії на руки забороняється. Даний пункт був внесений Постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2012 р. № 485 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317”.

Однак дана норма є незрозумілою, в результаті чого порушує права осіб з обмеженими можливостями. В акті зазначаються дані про стан

³ Ухвала Запорізького окружного адміністративного суду від 12.03.2012р. по справі № 0870/2195/12 знаходиться у Єдиному державному реєстрі судових рішень <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/22096879>

здоров'я особи, особисті дані (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, стать), місце проживання, житлово-побутові умови, склад сім'ї, мета огляду, відомості про соціальний стан хворого, його освіта, основна професія, ким працює, середньомісячна зарплата та розмір пенсії, зазначається місце роботи, вид, час та характер пересування хворого від дому до місця роботи, результати експертного огляду хворого, дані об'єктивного обстеження, зазначається основний та супутній діагноз хворого, показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професій, які доступні інваліду за станом здоров'я, зазначається потреба в навчанні, перекваліфікації, забезпечення засобами пересування, потреба у направленні на відновне санітарно-курортне лікування, причина інвалідності та інше. Відповідно до ст. 39 Закону України “Про основи медичного законодавства” Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Отже, необхідним є внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, а саме виключення абзацу 3 пункту 24, яка передбачає: “видача особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, виписки з акта огляду комісії на руки забороняється”.

9. Розширити перелік порушень функцій організму людини, які передбачені в Інструкції про встановлення груп інвалідності, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2004 року № 183.

Інструкцією про встановлення груп інвалідності затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561 встановлений перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду. Щодо даного переліку, то тут можуть виникати проблеми, оскільки він є вичерпним, а захворювань набагато більше, ніж перелічені в даній Інструкції.

Крім того, в Інструкції про встановлення груп інвалідності, затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561, прописати вичерпний перелік підстав, коли група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду.

10. Переглянути підходи до комплексу реабілітаційних заходів для осіб з обмеженими можливостями залежно від захворювань, зробити їх більш пристосованими для потреб інвалідів.

Необхідним є встановлення зв'язку комплексу реабілітаційних заходів залежно від захворювання та перегляду програми залежно від новітніх технологій.

Таким чином, необхідним є переглянути за участю експертів, представників громадських неурядових організацій, реабілітаційних установ, іноземного досвіду, новітніх технологій Державну типову програму реабілітації інвалідів (затверджена Постановою від 8 грудня 2006 р. №1686).

11. Посилити доступ до інформації про діяльність медико-соціальних комісій через веб-сайти, інформаційні стенди.

Підвищення прозорості діяльності медико-соціальних комісій, посилення інформування про повноваження, порядок реалізації медико-соціальної експертизи, порядок оскарження рішень, дій, бездіяльності потребує визначення у законодавчих актах відповідного об'язку.

Таким чином, підпункт 3 пункту 11 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 потрібно доповнити положенням наступного змісту «Інформація про повноваження медико-соціальних експертних комісій, порядок реалізації медико-соціальної експертизи, порядок оскарження рішень, дій, бездіяльності комісій розміщається у разі наявності на веб-сайтах комісій, веб-сайтах Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласної (міської) держадміністрації».

У приміщеннях, де знаходяться медико-соціальні експертні комісії, лікарсько-консультативні комісії розміщуються інформаційні стенди із інформацією про повноваження комісій, порядок реалізації медико-соціальної експертизи, місцезнаходження комісій, контактні телефони, порядок оскарження рішень, дій, бездіяльності комісій, контакти гарячої лінії Міністерства охорони здоров'я щодо медико-соціальної експертизи».

Інформаційні умови для реалізації медико-соціальної експертизи

1. Покращення правової обізнаності громадян шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи медико-соціальними експертними комісіями, неурядовими організаціями та засобами масової інформації.

Правову обізнаність слід покращувати шляхом проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи для громадян медико-соціальними експертними комісіями, неурядовими організаціями та засобами масової інформації і посилити публічність (відкритість) діяльності медико-соціальних експертних комісій шляхом оприлюднення інформації про їх діяльність на офіційних веб-сайтах органів державної влади, яким підпорядковуються медико-соціальні експертні комісії, на інформаційних стендах, у місцевих та загальнодержавних засобах масової інформації.

Медико-соціальні експертні комісії практично не інформують громадськість про свою діяльність, про порядок проходження медико-соціальної експертизи, не здійснюють роз'яснювальної роботи серед населення. Виникають навіть випадки, коли особа не знає з чого починати та куди звертатися для того щоб була призначена група інвалідності. Ця інформація є відсутня як в інтернет ресурсах, так і в інших засобах масової інформації. Дані обов'язки передбачені «Положенням про медико-соціальну експертизу», затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, де зазначено, що медико-соціальні експертні комісії повинні інформувати органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, профспілкові органи та громадськість про рівень інвалідності, її причини, заходи медико-соціальної реабілітації. Також на медико-соціальні експертні комісії покладається обов'язок проводити серед населення роз'яснювальну роботу з питань медико-соціальної експертизи. Проте, цей обов'язок в подальшому не конкретизується в Положенні. Єдиним засобом просвітницької роботи медико-соціальних експертних комісій є деякі інформаційні стенди в приміщеннях окремих медико-соціальних експертних комісій, на яких міститься певний мінімум інформації, необхідний для особи, що збирається проходити медико-соціальну експертизу. Оскільки інформація на стендах зазвичай є недостатньою і застарілою.

Дана норма Положення має значно ширший зміст. А саме, роз'яснювальна робота серед населення повинна включати інформування населення про діяльність медико-соціальних експертних комісій, про їх склад, роботу, можливості оскарження. Крім того громадяни повинні зна-

ти свої права та можливості при проходженні даної процедури. Також слід чітко розмежовувати для громадян де компетенція медико-соціальних експертних комісій, а де лікарсько-консультаційних, які направляють особу на проходження МСЕК та готують всі відповідні документи, оскільки, як виявилось громадянам практично не відома така інформація, і часто бувають випадки коли лікарсько-консультаційна комісія подала на МСЕК не правильно підготовані документи, або не всі необхідні для встановлення інвалідності документи і особі доводиться проходити додаткові огляди і виробляти додаткові документи. Звичайно винною в даному випадку є медико-соціальна експертна комісія, яка вимагає від громадянина додаткові відомості. Однак, відповідно до даного Положення відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.

Проводити таку роз'яснювальну та інформаційну роботу потрібно серед всього загалу, а не лише серед громадян, які вже прийшли до МСЕК для встановлення інвалідності або проходження чергового огляду.

Таким чином, комплекс покращення правової обізнаності громадян у сфері медико-соціальної експертизи повинен включати:

Інформування про повноваження, місце розташування, інші контакти, порядок дій, документи, які необхідно подавати щодо медико-соціальної експертизи, порядок оскарження рішення, дій, бездіяльності комісій на доступних офіційних веб-сайтах МСЕ або ж органів державної влади, яким вони підпорядковані.

2. Підвищення ролі засобів масової інформації у висвітленні проблем, які стосуються взаємовідносин громадян і медико-соціальних експертних комісій.

Варто відзначити, що всі вище перелічені питання не висвітлюються у засобах масової інформації, відсутні коментарі, журналістські розслідування тощо. Тобто існує інформаційний вакуум щодо поширення відомостей про проблеми, пов'язані з діяльністю медико-соціальних експертних комісій та процесом реабілітації.

Питання в тому – чому має місце така ситуація, чому засоби масової інформації не зацікавлені у піднятті проблем, які накопичилися в цій сфері.

Вузькоспеціалізовані видання (наприклад, всеукраїнський часопис для інвалідів «Благовіст») періодично публікують статті з даних проблем. Проте інші ЗМІ, в тому числі веб-ресурси, практично не висвітлюють дану проблематику. Хоча, як бачимо, проблем у цій сфері є більш,

ніж достатньо, і за умови висвітлення їх у пресі, надання їм публічності, розголосу, зосередження уваги на певній проблемі, вирішення багатьох не забарилося б.

Можливо преса не знає про ці проблеми, а, можливо, просто не цікаво їх висвітлювати. Однак після комунікації з представниками медіа, було встановлено, що інтерес до опису цих проблем є, проте немає обізнаності з проблемними питаннями, які в принципі виникають під час проходження медико-соціальної експертизи та подальшої реабілітації інвалідів.

Варто відзначити, що про всі ці проблеми знають представники медико-соціальних експертних комісій, представники органів влади (сфера охорони здоров'я), представники інвалідських організацій. Водночас вони теж не відзначаються активністю в поширенні цих відомостей через засоби масової інформації.

Тобто спостерігається загальна пасивність в поширенні інформації про медико-соціальну експертизу, про проблеми, які існують на практиці та пов'язані з нею.

Таку пасивність слід долати, оскільки суспільство залишається непоінформованим про те, що відбувається у сфері діяльності медико-соціальних експертних комісій.

Таким чином, підвищення інформування про діяльність МСЕК, стан інвалідності та реабілітації можливий через підготовку та поширення інформаційних повідомлень. Такі можуть подаватися у засоби масової інформації у місцевості знаходження МСЕК, розміщатись на безкоштовних інформаційних ресурсах (у тому числі громадських).

3. Підвищення ролі суду у захисті прав громадян у взаємовідносинах громадян і медико-соціальних експертних комісій, підтримка успішних справ захисту порушених прав та забезпечення можливості незалежної експертизи. Врахування результатів моніторингу судової практики та її підходів до вирішення проблем застосування законодавства.

Аналіз судової практики на сьогодні враховується при визначенні проблем застосування законодавства в тій чи іншій сфері.

Аналіз судових рішень, предметів позовів та ситуацій, які змушують громадян та їхніх представників звертатись до судового захисту, дозволяє виявити проблеми у законодавчому регулюванні, практиці

застосування законодавства, вказати на певні пов'язані з ними типові перешкоди у реалізації та захисті їхніх прав та інтересів.

Зацікавленими у цьому є і громадські неурядові організації, які власними зусиллями та за підтримки грантодавців здійснюють таке узагальнення та оприлюднюють результати, висновки моніторингу.⁴

Таким чином, необхідним є здійснювати системне узагальнення судової практики та враховувати у покращенні законодавчих умов та застосування законодавства її результати.

4. Забезпечити наявність інформаційних стендів із інформацією для громадян.

Найбільш поширеним засобом просвітницької роботи медико-соціальних експертних комісій є деякі інформаційні стенди в приміщеннях окремих медико-соціальних експертних комісій, на яких міститься певний мінімум інформації, необхідний для особи, що збирається проходити медико-соціальну експертизу. Цього мінімуму для громадян є недостатньо.

Таким чином, інформування (мінімальне) у приміщеннях МСЕК та ЛКК повинно включати:

- Розміщення у приміщеннях, де знаходяться медико-соціальні комісії, інформаційних стендів із інформацією про повноваження, порядок дій комісій, документи, які потрібно подавати на експертизу, порядок оскарження рішення, дій, бездіяльності комісій.

- Розміщення у приміщеннях, в яких знаходяться ЛКК, інформаційних стендів із інформацією про повноваження, порядок дій комісій, документи, які потрібно подавати на експертизу, порядок оскарження рішення, дій, бездіяльності ЛКК та МСЕК.

- Також доцільною була б підготовка інформаційних матеріалів для безкоштовного поширення серед цільової групи у приміщеннях, де знаходяться МСЕК та ЛКК.

5. Створити безкоштовну “гарячу телефонну лінію” для усіх телефонних мереж стосовно діяльності МСЕК та здійснення медико-соціальної експертизи.

Створення гарячої телефонної лінії сприятиме швидкому реагуванню щодо проблем та порушень прав осіб із обмеженими можливостями у сфері медико-соціальної експертизи та реабілітації. Також вона сприятиме збору проблем реалізації експертизи у різних регіонах, типових

⁴ Узагальнення судової практики: реалізація прав осіб з обмеженими можливостями при проходженні медико-соціальної експертизи <http://www.eqa.in.ua/index.php?itemid=1258>

проблем її реалізації для швидкого вирішення та системного моніторингу.

Залучення громадськості

1. Залучати експертів з питань реабілітації із громадських неурядових організацій для формування програм реабілітації та максимального врахування потреб осіб із обмеженими можливостями. Сприяти розробці регіональних програм соціальних послуг для осіб із обмеженими можливостями, надавачами яких є інститути громадянського суспільства.

На сьогодні працюють в Україні громадські неурядові організації інвалідів, які надають соціальні та реабілітаційні послуги особам із обмеженими можливостями.

Вони, окрім того, об'єднують цю цільову групу та досліджують її потреби у отриманні соціальних послуг та реабілітації.

Очевидним є те, що вони мають певний досвід та знання, напрацьовані результати досліджень та матеріали, які дозволяють більш ефективно визначати комплекс реабілітаційних заходів.

Окрім того, програми соціальних послуг та покращення статусу осіб із обмеженими можливостями, які приймаються на регіональному рівні, приймаються переважно за відсутності консультацій із громадськістю і представниками медико-соціальних комісій. В результаті відсутнє досягнення ефективності таких програм, тому що первинно потреби цільової групи закладені такі, що не відповідають реальній ситуації.

В зв'язку із цим, необхідним є залучення у питаннях реабілітації представників громадських неурядових організацій інвалідів. Залучення представників медико-соціальних комісій до консультацій з підготовки проектів регіональних програм соціальних послуг особам із обмеженими можливостями з метою максимального врахування потреб такої цільової групи.

2. Проводити не менш як щороку громадське обговорення, організоване МОЗ, за участю представників громадських організацій інвалідів, інших зацікавлених інститутів громадянського суспільства, експертів щодо питань медико-соціальної експертизи та реабілітації. Налагодження співпраці із громадськими правозахисними приймальнями, громадськими приймальнями організацій інвалідів щодо стану дотримання прав осіб із обмеженими можливостями в цій сфері.

Відчутним є брак інформації для участі інститутів громадянського суспільства, експертів, фахівців щодо діяльності МОЗ, його територіальних підрозділів, самих МСЕК у сфері реалізації медико-соціальної експертизи.

Також консультації проводяться переважно тільки у формі електронних консультацій щодо підготовлених проектів змін до чинних нормативно-правових актів у сфері експертизи, розміщення для консультацій цих проектів актів.

Органи державної влади шукають механізми вирішення проблем, а також зацікавлені у моніторингу питань реалізації експертизи, підготовки пропозицій покращення ситуації. Рішенням Колегії МОЗ України від 02.11.2012 р. № 1 «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України» визнано, що стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України є недосконалим та потребує подальшого реформування і системного інтегрованого підходу. Також, передбачено ряд доручень різним суб'єктам щодо пошуку та розробки шляхів вирішення проблем, і у зв'язку з цим долучення до цього процесу результатів громадського моніторингу та роботи громадських експертів є актуальним та потрібним.

Зі свого боку, громадські неурядові організації самостійно проводять публічні заходи і обговорення, спрямовані на вироблення пропозицій щодо покращення ситуації в цій сфері.⁵ На таких заходах присутні і представники регіональних медико-соціальних комісій.

Об'єднання зусиль та обговорення проблем за участю фахівців органів державної влади та експертів, інститутів громадянського суспільства сприятиме відкритій та конструктивній дискусії, що сприятиме обговоренню стану та пропозицій.

Таким чином, пропонується проводити не менш як щороку громадське обговорення, організоване МОЗ, за участю представників громадських організацій інвалідів, правозахисних організацій, інших зацікавлених інститутів громадянського суспільства, експертів щодо питань медико-соціальної експертизи та реабілітації.

3. Налагодження співпраці із громадськими організаціями інвалідів, які мають власні медіа, для покращення інформування цільової групи.

Громадські неурядові організації інвалідів можуть стати хорошими партнерами у поширенні інформації про діяльність медико-соціальних

⁵ Круглий стіл «Медико-соціальна експертиза в Україні: шляхи покращення» <http://www.cga.in.ua/index.php?itemid=1277>

комісій та порядок здійснення експертизи, донесенні такої інформації до осіб із обмеженими можливостями.

Таким чином, важливим є налагодити співпрацю із засобами масової інформації, які готуються і поширюються громадськими організаціями інвалідів, через системне поширення інформації про експертизу.

4. Налагодження співпраці із правозахисними громадськими організаціями в наданні правової допомоги цільовим групам, а також правовими центрами первинної безкоштовної правової допомоги.

Громадські неурядові організації із правозахисним спрямуванням підтримують приймальні, що надають правову допомогу різним соціально вразливим групам, у тому числі особам із інвалідністю.

Налагодження співпраці із такими організаціями сприятиме обміну інформацією, також у таких організаціях є чимало корисних інформаційно-правових матеріалів, працюють юристи, які надають консультації та правовий супровід.

Також відповідно до Закону України «Про безкоштовну правову допомогу» органи місцевого самоврядування із залученням юридичних осіб приватного права (у тому числі інститутів громадянського суспільства) чи інших суб'єктів у галузі права, чи через створення спеціалізованої установи можуть забезпечувати надання безкоштовної первинної правової допомоги населенню.

Отож, корисним є з'ясування у регіоні наявності інститутів громадянського суспільства, спеціалізованих установ, інших суб'єктів, які надають первинну безкоштовну правову допомогу населенню для налагодження співпраці в інформуванні та консультуванні осіб, які звертаються до комісій та мають труднощі в застосуванні законодавства про медико-соціальну експертизу.

Організаційні умови для здійснення медико-соціальної експертизи

1. Посилити доступність закладів, де функціонують медико-соціальні експертні комісії, для вільного доступу до них осіб з обмеженими фізичними можливостями («універсальний дизайн»).

Медико-соціальні експертні комісії проводять огляд (повторний огляд) осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, за місцем їх проживання або лікування, у тому числі за місцем тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездомних громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, за направленням відповідного лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я після пред'явлення паспорта чи іншого документа, що засвідчує особу.

У разі коли особа, що звертається для встановлення інвалідності, не може з'явитися до комісії за станом здоров'я згідно з висновком лікарсько-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу, огляд проводиться вдома, у тому числі за місцем проживання у стаціонарних установах для інвалідів та людей похилого віку, установах тимчасового проживання у закладах соціального захисту для бездомних громадян та центрах соціальної адаптації осіб, звільнених з місць позбавлення волі, або в стаціонарі, де вона перебуває на лікуванні. В окремих випадках, зокрема, коли особа, що звертається для встановлення інвалідності, проживає у віддаленій, важкодоступній місцевості, члени комісії можуть приймати рішення за її згодою заочно на підставі поданих документів.

Варто зазначити, що на практиці нерідко виникають проблеми із застосуванням вищезазначеного положення. Зокрема, першою проблемою є відсутність фінансування з боку держави на проведення виїзних оглядів, а саме не виділяються кошти на паливе для автомобільного транспорту, відсутність такого транспорту загалом тощо.

Іншою проблемою є відсутність належного доступу для інвалідів (інвалідів-візочників, інвалідів з іншими фізичними вадами) до приміщень, в яких діють медико-соціальні експертні комісії. Зокрема, зазвичай вони знаходяться на другому-третьому поверсі лікарень (інших медичних закладів), в яких немає ліфтів або є ліфт, в який інвалідський візок не поміститься, а круті сходи є зовсім не пристосовані для підняття по них інвалідів.

Зрештою, як добратися до кабінету МСЕК в приміщенні лікарні стає ще більшою проблемою, ніж добратися до самої лікарні по місту чи з іншого населеного пункту. Крім того, зазвичай в лікарнях відсутній

спеціальний персонал, який би допомагав інвалідам добратися до відповідного кабінету. Варто згадати і про всі пороги, двері та інші місця входу в лікарні, які є зовсім не пристосованими для доступу інвалідів до лікарень.

До прикладу Житомирській обласний Центр медико-соціальної експертизи розташований на двох поверхах трьохповерхового будинку. Пандусом, ліфтом, табличками з шрифтом Брайля не обладнаний. Є кнопка виклику в робочому стані. Така сама ситуація, в Дніпропетровському обласному МСЕК та ряді інших. Однак, наявність кнопки виклику на вході до будівель в яких знаходиться МСЕК не є належним доступом осіб з обмеженими можливостями до даних приміщень.

Крім того у Волинській області із 9-ти МСЕК 7 МСЕК розташовані на 1-му поверсі будівель, обладнані пандусами та кнопками виклику, по одній МСЕК, відповідно на 2-му та 3-му поверхах будівлі без ліфта. В даному випадку виникає цілком логічне запитання про те, як людині з обмеженими можливостями (наприклад особі на візку) дістатися на 2-ий та 3-ій поверх.

На даний час існує поняття «універсального дизайну» (універсальне проектування) який застосовується при проектуванні приміщень, та явно відрізняється від «проектування для інвалідів». Це концепція, яка виходить за рамки питання доступності та пристосованості будівель, охоплюючи також соціальні, культурні, економічні питання, і максимально сприятиме об'єднанню людей, що мають і не мають певні функціональні обмеження. Універсальне проектування охоплює будь-яку ділянку будівлі, доступ до якої може мати кожна людина. Наприклад, стандартні, але ширші двері виявляються зручними, як для людини в інвалідній колясці, так і для особи що несе в руках валізи; відсутність сходиночок або порогів біля входу зробить будівлю, пристосованою як для людини з порушенням опорно-рухового апарату, так і для людей з дитячою коляскою або транспортним візком.⁶

У 1997 році групою до складу якої входили архітектори, дизайнери товарів, інженери та дослідники дизайну оточуючого середовища були розроблені принципи універсального дизайну, а саме: рівноправне використання, гнучкість у користуванні, просте та зручне використання, сприйняття інформації незалежно від сенсорних можливостей користувачів, припустимість помилок, низький рівень фізичних зусиль та принцип наявності необхідного розміру і простору при підході, під'їзді та

⁶ Доступність до об'єктів житлового та громадського призначення для людей з інвалідністю. ВГСПО «Національна асамблея інвалідів України», 2012

різноманітних маніпуляціях незважаючи на антропометричні характеристики, стан та мобільність користувача.

Таким чином, приміщення, в яких знаходяться медико-соціальні експертні комісії, повинні бути доступними для осіб з обмеженими можливостями, а при проектуванні нових будівель для центрів МСЕ потрібно враховувати норми та принципи «універсального дизайну».

2. Передбачити і проводити навчання для представників комісій з питань реалізації медико-соціальної експертизи.

Чимало проблем у реалізації медико-соціальної експертизи лежить у площині вдосконалення роботи комісій. До прикладу, мінімізація опісок у довідках, які видаються інвалідам. Безперечно, що певні перевірки, моніторинг роботи, попередження можуть сприяти покращенню.

Проведення навчання для представників комісій з питань реалізації медико-соціальної експертизи є необхідним для того, щоб роз'яснити представникам комісій порядок, передбачений чинним законодавством, з'ясувати проблеми застосування законодавства та уникнути проблем у відносинах із цільовою групою.

3. Приділення належної уваги до складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів, для чого потрібне дослідження стану формування таких програм, причин їхньої неефективності.

З проходженням медико-соціальної експертизи також тісно пов'язаний процес наступної реабілітації інваліда. Варто відзначити, що саме медико-соціальні експертні комісії відіграють дуже важливу роль в цьому процесі. Насамперед від їх професійності залежить перебіг реабілітаційного процесу для інваліда. Звичайно, не слід забувати і про можливість самого інваліда, проте реабілітація – це процес, в якому повинні активно діяти як інваліди, так і представники медико-соціальних експертних комісій.

Необхідно звернути увагу на те, що існують певні труднощі щодо практичної реалізації законодавчих положень. Ще у 2005 році Верховною Радою України був прийнятий Закон України «Про реабілітацію інвалідів». Однак, які положення містяться в даному акті і які переваги надає він особам неповносправним, ще й досі багато хто з цих осіб не знає. Загалом реабілітація інвалідів – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх

життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство. Реабілітація інвалідів включає в себе: медичну, професійну, соціальну реабілітацію.

Слід відзначити, що відповідно до Положення медико-соціальної експертизи на всі медико-соціальні експертні комісії покладається багато обов'язків, пов'язаних із реабілітацією. Медико-соціальна експертна комісія повинна видавати особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, довідку та індивідуальну програму реабілітації.

Проте на практиці їх складення буває формальним. Для забезпечення системного підходу до організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг Кабінетом Міністрів України була прийнята Державна типова програма реабілітації інвалідів. Програма виконується шляхом складення індивідуальних програм реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого Програмою.

Реабілітаційні послуги повинні надаватися інвалідам, дітям-інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів. Крім того, держава повинна забезпечити розробку, виробництво, закупівлю технічних та інших засобів реабілітації, спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення для соціальної адаптації, повинна створювати умови для полегшення умов праці і побуту, спілкування інвалідів, дітей-інвалідів.

Фактично, індивідуальна програма реабілітації інваліда – це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда та дитини-інваліда.

Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Індивідуальна про-

грама реабілітації має для інваліда, дитини-інваліда рекомендаційний характер. Це означає, що інвалід або законний представник дитини-інваліда має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Слід звернути увагу на те, що індивідуальна програма розробляється за участю інваліда чи законного представника дитини-інваліда фахівцями МСЕК або ЛКК із залученням у разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я, органів соціального захисту, державної служби зайнятості, органів Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, Фонду соціального захисту інвалідів та інших органів, які провадять діяльність у сфері реабілітації інвалідів.

Фінансування реабілітаційних заходів індивідуальної програми здійснюється за рахунок коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах на цю мету, та інших джерел. Проте, як вже неодноразово зазначалося, коштів на таке фінансування фактично немає, тобто всі органи влади, інші установи, які залучені до процесу реабілітації, часто не можуть виконувати вказівки медико-соціальної експертної комісії через відсутність коштів.

Хоча судова практика стає на захист прав громадян, якщо не виконується індивідуальна програма реабілітації.

Належно складено програма реабілітації дозволяє отримати фінансування на її реалізацію.

Таким чином, необхідним є посилити контроль та моніторинг за формуванням програм реабілітації медико-соціальними комісіями, комплексу заходів, що відповідає потребам конкретної особи із обмеженими можливостями.

4. Оптимізувати фінансування з державного бюджету витрат, пов'язаних з реабілітацією інвалідів.

Очевидним є те, що органи державної влади, органи місцевого самоврядування не особливо зацікавлені у виставленні пріоритетів саме у реабілітації осіб із обмеженими можливостями. Пов'язане це питання

із тим, що не достатнім є фінансування із бюджету заходів, спрямованих на покращення реалізації медико-соціальної експертизи, а особливо реабілітаційних заходів.

Певні кошти передбачені в бюджеті на заходи реабілітації інвалідів, створення відповідних реабілітаційних центрів. З одного боку суми є невеликими, проте за свідченнями представників громадських організацій інвалідів неповносправні не відчують покращення щодо здійснення індивідуальної реабілітації впродовж останніх років. Видається, що закладені в бюджеті кошти йдуть на підтримку функціонування реабілітаційних центрів. Водночас окремим рядком також фінансується забезпечення окремих категорій населення України технічними та іншими засобами реабілітації. Проте, якщо розділити цю суму на кількість адміністративно-територіальних одиниць України то сума виявляється невеликою.

<p>3</p>	<p>Положення про медико-соціальної експертизу затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 Пункт 13</p> <p>“Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ: здійснює організаційно-методичне керівництво обласними, Київським та Севастопольським міськими центрами (бюро) медико-соціальної експертизи; розробляє комплексні заходи щодо профілактики і зниження рівня інвалідності, а також удосконалення порядку проведення реабілітації інвалідів; проводить перевірку обґрунтованості рішень, прийнятих обласними, Київською та Севастопольською центральними міськими комісіями, і в разі необхідності скасовує їх; узагальнює та аналізує випадки необґрунтованого прийняття рішень міськими, міжрайонними, районними комісіями та наглядання хворих лікарсько-консультативними комісіями на</p>	<p>Передбачення процедур за заявою особи виправлення описок у довідках, які видаються інвалідам за результатами експертизи без необхідності звернення до суду у разі неповного зазначення вікомостей про особу, описок у прізвищах, іменах, по батькові. “Пункт 13 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 доповнити абзацом, де передбачити право МСЕК вносити за заявою особи, щодо якої видано довідку, зміни, які стосуються описок щодо особистих даних інваліда: прізвища, ім'я, по батькові, дати народження; характеру огляду (первинний або повторний), номеру акту огляду МСЕК на підставі якого видається довідка”.</p>	<p>За наявності певних описок у довідках медико-соціальної експертної комісії громадянам доводиться ініціювати судовий процес в окремому провадженні щодо їхнього виправлення та підтвердження певного юридичного факту. Оскільки довідки медико-соціальних комісій (далі по тексту – МСЕК) та інформація, яка міститься в них, впливають на призначення різних видів соціальних допомог та інші питання соціального захисту, проходження судової процедури стає неминучим. Судди задовольняють позови, проте на судовий процес чезрез неточності, допущені комісіями, доводиться громадянам витратити ресурси (час розгляду справи, відвідування судових засідань, витрати на складання процесуальних документів).</p>
----------	--	---	---

	<p>огляд до комісії для встановлення інвалідності, веде у розрізі лікарів облік відповідних випадків та щороку подає МОЗ пропозиції щодо покращення ситуації у цій сфері; повторно оглядає осіб, які оскаржили рішення обласних, Київської та Севастопольської центральних міських комісій, перевіряє якість розроблених ними індивідуальних програм реабілітації, здійснює контроль за повнотою і якістю виконання програми;</p> <p>проводить у складних випадках огляд хворих та інвалідів за нагляданнями обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) медико-соціальної експертизи;</p> <p>надає консультативну допомогу фахівцям з питань проведення медико-соціальної експертизи та обласним, Київській та Севастопольській центральним міським комісіям;</p> <p>направляє в особливо складних випадках осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, для проведення медико-соціального експертного обстеження до клініки</p>		
--	---	--	--

<p>Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів (м. Вінниця); впроваджує у практику роботи комісії наукові принципи і методи, розроблені науково-дослідними інститутами, готує пропозиції щодо вдосконалення медико-соціальної експертизи, узагальнює і поширює передовий досвід роботи;</p> <p>бере участь в акредитації обласних, Київського та Севастопольського міських центрів (бюро) медико-соціальної експертизи та агеації лікарів, які входять до складу комісії, вживає заходів до підвищення їх кваліфікації; проводить разом з профспілковими та громадськими організаціями інвалідів конференції, наради, семінари з питань профілактики інвалідності, реабілітації та адаптації інвалідів;</p> <p>бере участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності”</p>		
---	--	--

<p>4 Положення про медико-соціальну експертизу затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317</p> <p>Пункт 3 “Медико-соціальна експертиза проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності”.</p>	<p>Передбачення можливості у разі відмови лікарсько-консультативної комісії (далі по тексті – ЛКК) звертатись за наявним самостійно до медико-соціальних експертних комісій.</p> <p>“До п.3 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 доповнити змінами такого характеру: у разі відмови лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я у направленні на МСЕК особи видаються всі медичні документи і вона має право звернутися до МСЕК самостійно”.</p>	<p>П. 3 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що медико-соціальна експертиза проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.</p> <p>Медико-соціальна експертиза потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання проводиться після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного, висновку спеціалізованого медичного закладу (науково-дослідного інституту професійної патології чи його відділення) про професійний характер захворювання, направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я або роботодавця чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків, суду чи прокуратури.</p> <p>П. 17 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що медико-соціальна експертиза проводиться після повного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, оцінювання соціальних потреб інваліда, визначення клініко-функці-</p>
--	--	--

		<p>онального діагнозу, професійного, трудового прогнозу, одержання результатів відповідного лікування, реабілітації за наявності даних, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності.</p> <p>П. 18 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 передбачає, що відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.</p> <p>Тільки за направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я та після проведення повного обстеження, громадянин може звернутися до медико-соціальної експертизи для встановлення інвалідності.</p> <p>Проте, у Російській Федерації громадянин може бути направлений на медико-соціальну експертизу організацією, що надає лікувально-профілактичну допомогу, органом, що здійснює пенсійне забезпечення та органом соціального захисту населення. У разі якщо ці установи відмовили громадянину у направленні на медико-соціальну експертизу, йому видається довідка, на підставі якої громадянин (або його законний представник) має право звернутися до бюро медико-соціальної експертизи самостійно. Також в Польщі існує практика особистого звернення (без жодного направлення) до відповідних органів з клопотанням про прийняття рішення щодо встановлення інвалідності. Подібна ситуація щодо звернення для встановлення інвалідності існує також і в Німеччині.</p>
--	--	---

<p>5</p> <p>Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №157/о “Акт №__ огляду медико-соціальною експертною комісією” затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.13р. №577</p> <p>Пункт 31</p> <p>“У підпункті 30.1 пункту 30 зазначаються показання та протиорієнтовні види праці, робіт чи професії, які доступні інваліду за станом здоров'я”.</p>	<p>Вирішення проблем із визначенням професій, де особа може чи не може працювати (через визначення у рішенні переліку професій, де особа із обмеженими можливостями не може працювати, а не навпаки).</p> <p>“П. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №157/о “Акт №__ огляду медико-соціальною експертною комісією” затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.13р. №577 викласти у наступній редакції: “у підпункті 30.1 пункту 30 зазначається показання та протиорієнтовні види праці, робіт чи професії, які не доступні інваліду за станом здоров'я”.</p>	<p>Відповідно до п. 31 Інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації №157/о “Акт №__ огляду медико-соціальною експертною комісією” затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.13р. №577, яка визначає порядок заповнення акту огляду, у підпункті 30.1 пункту 30 зазначається показання та протиорієнтовні види праці, робіт чи професії, які доступні інваліду за станом здоров'я.</p> <p>У формулярі не можливо розписати всі професії, де особа може працювати.</p> <p>Проблема працевлаштування осіб із обмеженими можливостями залишається не вирішеною. В Україні близько 2,5 млн. осіб з обмеженими можливостями, і лише 261 тис. осіб, а саме 10% з них працюють.</p> <p>Очевидним є те, що головною метою МСЕ є не тільки надати особі інвалідність, а й подальша її реабілітація, щоб особи з обмеженими можливостями могли на рівні з іншими працювати і були соціально забезпечуваними. І велику роль в даному питанні відіграє працевлаштування інваліда, що дає йому змогу розвиватися в професійному плані та відчувати себе повноцінною людиною, незважаючи на фізичні недоліки.</p>
---	--	--

<p>6</p> <p>Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317</p> <p>Пункт 22</p> <p>“Особам, що звертаються для встановлення інвалідності, групування інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду у разі наявності вроджених вад розумового чи фізичного розвитку, анатомічних дефектів, стійких необоротних морфологічних змін та розладу функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливого прогнозу відновлення працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у місці проживання інваліда, а також строку переогляду настання пенсійного віку”.</p>	<p>Визначення, за яких умов особа отримує безтермінову групу інвалідності.</p> <p>“П. 22 про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 прописати вичерпний перелік підстав коли група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду”.</p>	<p>П. 22 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, передбачає, що особам, що звертаються для встановлення інвалідності, група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду у разі наявності вроджених вад розумового чи фізичного розвитку, анатомічних дефектів, стійких необоротних морфологічних змін та розладу функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливого прогнозу відновлення працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у місці проживання інваліда, а також інвалідам, у яких строк переогляду настає після досягнення пенсійного віку.</p> <p>З вищезазначеного переліку лише остання підстава беззаперечно застосовується медико-соціальними експертними комісіями для встановлення інвалідності по життєво. Це породжує невдоволення багатьох інвалідів, які не знаючі вищезазначених правових положень щодо порядку та підстав проходження переогляду, змушені впродовж багатьох років проходити переогляд ще раз і ще раз.</p>
--	--	--

<p>7</p> <p>Положення про медико-соціальну експертизу затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317</p>	<p>Визначення, що медико-соціальні експертні комісії є розпорядниками публічної інформації та надають інформацію за запитами у відповідності до Закону України «Про доступ до публічної інформації».</p> <p>Необхідним є внесення змін до Загальних положень Положення про медико-соціальну експертизу затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 до пункту 10 і викласти в такій редакції: “медико-соціальні експертні комісії є суб’єктом владних повноважень і розпорядниками публічної інформації”.</p>	<p>Навіть після прийняття Закону України «Про доступ до публічної інформації» ситуація із прозорістю у діяльності МСЕК не покращилась. Дуже часто МСЕК себе взагалі не розглядають суб’єктом, на якого поширюється дія норм цього Закону.</p> <p>Центром громадської адвокатури були надіслані запити до обласних Центрів МСЕ про отримання інформації відповідно до Закону України “Про доступ до публічної інформації”. Однак не всі Центри МСЕ дотрималися вимог закону і не надали відповіді на запити. Внаслідок цього, Центр громадської адвокатури оскаржував в суді їх бездіяльність.</p> <p>Так, Дніпропетровський окружний адміністративний суд 21 березня 2012 року прийняв постанову по справі № 2а/0470/2992/12, якою задовольнив адміністративний позов ГО «Центр громадської адвокатури» до Комунального закладу «Обласний центр Медико-соціальної експертизи» про визнання протиправно бездіяльності відповідача та зобов’язання надати відповідь. Суд значив, що інформація, яка була предметом інформаційного запити позивача, є такою, що створена в процесі виконання суб’єктом владних повноважень своїх обов’язків, передбачених чинним законодавством, оскільки згідно «Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року №757 індивідуальні програми для інвалідів розробляються медико-соціальною комісією та лікарсько-консультативною комісією.</p>
---	---	--

		<p>Запорізький окружний адміністративний суд 12 березня 2012 року прийняв ухвалу по справі № 0870/2195/12⁷, якою відмовив у відкритті провадження в адміністративній справі за позовом Громадської організації «Центр громадської адвокатури» до Комунального медичного закладу «Обласний центр медико-соціальної експертизи» Запорізької обласної ради про визнання бездіяльності протиправною та зобов'язання надати відповідь. В ухвалі суд зазначив, що Комунальний медичний заклад «Обласний центр медико-соціальної експертизи» Запорізької обласної ради не є суб'єктом владних повноважень. Як бачимо, тут знову присутня проблема розуміння статусу та природи медико-соціальних експертних комісій, який повинен бути чітко вказаний у законодавстві. Також очевидним є виконання МСЕК вимог Закону України «Про доступ до публічної інформації», в тому числі в частині інформування через веб-сайти та іншими способами, в тому числі використання для інформування інформаційних стендів, літератури тощо.</p>
--	--	--

⁷ Ухвала Запорізького окружного адміністративного суду від 12.03.2012р. по справі № 0870/2195/12 знаходиться у Сдиному державному реєстрі судових рішень <http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/22096879>

<p>8</p>	<p>Дозволити видавати акт огляду комісії на руки особі, яку визнано інвалідом, або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності.</p> <p>Необхідним є внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, а саме виключення абзацу 3 пункту 24, яка передбачас: “видача особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, виписки з акта огляду комісії на руки забороняється”.</p>	<p>Дозволити видавати акт огляду комісії на руки особі, яку визнано інвалідом, або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності.</p> <p>Необхідним є внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, а саме виключення абзацу 3 пункту 24, яка передбачас: “видача особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, виписки з акта огляду комісії на руки забороняється”.</p>	<p>Відповідно до п. 24 Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317, видача особі, яку визнано інвалідом або стосовно якої встановлено факт втрати професійної працездатності, виписки з акта огляду комісії на руки забороняється. Даний пункт був внесений Постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 2012 р. № 485 “ Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317”.</p> <p>Однак дана норма є незрозумілою, в результаті чого порушує права осіб з обмеженими можливостями. В акті вносяться дані про стан здоров'я особи, особисті дані (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, стать), місце проживання, житлово-побутові умови, склад сім'ї, мета огляду, відомості про соціальний стан хворого, його освіта, основна професія, ким працює, середньомісячна зарплата та розмір пенсії, зазначається місце роботи, вид, час та характер пересування хворого від дому та місця роботи, результати експертного огляду хворого, дані об'єктивного обстеження, зазначається основний та супутний діагноз хворого, показання та протипоказання до умов праці, а також орієнтовні види праці, робіт чи професій, які допустимі інваліду за станом здоров'я, зазначається потреба в навчанні, перекваліфікації, забезпечення засобами пересування, потреба у направленні на відновне санітарно-курортне лікування, причина інвалідності та інше. Відповідно до ст. 39 Закону України “Про основи медичного законодавства” Пациєнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.</p>
-----------------	---	---	--

9	Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджене Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561	Розширити перелік порушень функцій організму людини, які передбачені в Інструкції про встановлення груп інвалідності, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 07.04.2004 року № 183. Крім того, в Інструкцію про встановлення груп інвалідності, затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561, прописати вичерпний перелік підстав, коли група інвалідності встановлюється без зазначення строку повторного огляду.	Інструкцією про встановлення груп інвалідності затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 р. N 561 встановлений перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку переогляду. Щодо даного переліку, то тут можуть виникати проблеми, оскільки він є вичерпним, а захворювань набагато більше, ніж перелічені в даній Інструкції.
10	Державна типова програма реабілітації інвалідів, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. №1686.	Переглянути підходи до комплексу реабілітаційних заходів для осіб з обмеженими можливостями залежно від захворювань, зробити їх більш пристосованими для потреб інвалідів.	Необхідним є встановлення зв'язку комплексу реабілітаційних заходів залежно від захворювання та перегляду програми залежно від новітніх технологій.

		Необхідним є переглянути за участю експертів, представників громадських неурядових організацій, реабілітаційних установ, іноземного досвіду, новітніх технологій Державну типову програму реабілітації інвалідів (затверджена Постановою КМУ від 8 грудня 2006 р. №1686).	
11	Положення про медико-соціальної експертизу затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 Підпункт 3 пункту 11 “проводять серед населення роз'яснювальну роботу з питань медико-соціальної експертизи”	Посилити доступ до інформації про діяльність медико-соціальних комісій через веб-сайти, інформаційні стенди. Підпункт 3 пункту 11 Положення про медико-соціальної експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 потрібно доповнити положенням наступного змісту «Інформація про повноваження медико-соціальних експертних комісій, порядок реалізації медико-соціальної	Підвищення прозорості діяльності медико-соціальних комісій, посилення інформування про повноваження, порядок реалізації медико-соціальної експертизи, порядок оскарження рішень, дій, бездіяльності потребує визначення у законодавчих актах відповідного обов'язку.

Нормативно-правова база діяльності МСЕК.

Діяльність та повноваження медико-соціальних експертних комісій (далі - МСЕК), центрів і бюро МСЕК, встановлення інвалідності, розподіл на групи інвалідності, роль МСЕК в реабілітації інвалідів в Україні визначено Законами України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" та "Про реабілітацію інвалідів в Україні".

Відповідно до статті 3 Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів" та статті 7 Закону України "Про реабілітацію інвалідів в Україні" постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 №1317 "Питання медико-соціальної експертизи" затверджено Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, надалиши останнім вищого рівня нормативно-правового регулювання.

Постановою уряду чітко визначено механізми утворення територіальних центрів (бюро) МСЕК та МСЕК, Центральної МСЕК МОЗ України, організація і склад МСЕК, обов'язки і права комісій та порядок огляду (повторного) огляду осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, порядок умови та критерії встановлення інвалідності та порядок оскарження прийнятих МСЕК рішень.

Механізм встановлення груп інвалідності регулює Інструкція про встановлення груп інвалідності (затверджено наказом МОЗ України від 05.09.2011, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 р. за №1295/20033)

Законом також закріплена одна із важливих функцій МСЕК - складання індивідуальної програми реабілітації інваліда, яка визначає реабілітаційні заходи і терміни їх реалізації, встановлює потребу в різних видах або етапах реабілітації інвалідів - медичні, професійні, соціальні та інші.

Питання розробки індивідуальної програми реабілітації інваліда, механізми виконання затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року № 757. Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 623 від 08.10.2007 р., зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 19.10.2007 р. за № 1197/14464 затверджено форми індивідуальної програми реабілітації інваліда та Порядок їх складання. Вони розроблені відповідно до Державної типової програми реабілітації в якій визначено перелік послуг, що надаються інвалідам з ураженням опорно-рухового апарату та центральної периферичної нервової системи, перелік послуг, що надаються інвалідам з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, з ураженням органу слуху, органів зору, внутрішніх органів, та перелік послуг що надаються інвалідам з онкологічними захворюваннями (повний перелік нормативних актів МСЕК та мережа служби в додатку).

Зміни в нормативних актах служби .

Реформування в галузі охорони здоров'я, започатковані керівництвом держави, потребували і потребують нових підходів у наданні медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню. Базуються

вони, насамперед на адаптації нормативно-правової бази що регулює зазначені питання до Конвенції ООН про права інвалідів, ратифікованою Верховною Радою України і яка стала частиною нашого законодавства.

З цією метою у минулому році розпочато внесення змін до нормативних документів, які регулюють діяльність служби МСЕК.

Внесено зміни до Положення про МСЕК (затвердженого постановою Кабінету Міністрів України 03.12.2009 № 1317 у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 31.05.2012 №485);

Основні з них:

- надано право МСЕК допускати за письмовою заявою особи, що звертається для встановлення інвалідності, довірену особу на засідання комісії;
- за наявності заперечень представників фондів соціального страхування МСЕК направляє особу, що звернулася для встановлення інвалідності на додаткове медичне обстеження, яке проводиться без урахування висновку попередньої ЛКК. Остаточне рішення приймається за результатами додаткового медичного обстеження, обсяги якого визначаються комісією;
- у разі тимчасового легального перебування громадян України за кордоном на території держав, з якими укладено міждержавні угоди про соціальне забезпечення, МСЕК може за заявою особи, що звертається для встановлення інвалідності, приймати рішення заочно за результатами медичного обстеження в державі перебування;
- у разі подання письмової заяви особою у якій наявні захворювання, дефекти, незворотні морфологічні стани за яких група інвалідності встановлюється безстроково, комісія може приймати рішення заочно;
- відповідно до постанови встановлення інвалідності заочно не проводиться за п'ятьма найбільш поширеними нозологічними формами захворювань, визначеними в переліку МОЗ. На виконання постанови уряду МОЗ України видало наказ № 1065 від 17.12.2012 року "Про затвердження Переліку п'яти найбільш поширених класів (нозологічних форм захворювань, при яких інвалідність заочно не встановлюється)";
- уточнено питання як комісія здійснює огляд тимчасово непрацездатної особи:

так п. 7 Положення у новій редакції передбачено, що МСЕК проводить огляд тимчасово непрацездатної особи, що звернулася для проведення експертизи, протягом п'яти робочих днів з дня надходження направлення ЛКК та приймає рішення про наявність чи відсутність інвалідності.

За наявності підстав для заочного проведення експертизи комісія проводить експертизу протягом трьох робочих днів з дня надходження направлення ЛКК.

Відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, для поліпшення координації роботи з регіональними центрами медико-соціальної експертизи та надання консультативної, організаційно-методичної допомоги МСЕК, наказом МОЗ від 07.08.2012 року № 111-о створено Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ України та затверджено Положення державного закладу Центральної медико-соціальної експертної

комісії Міністерства охорони здоров'я України з урахуванням внесених змін (постанова Кабінету Міністрів України від 31.05.2012 року № 485). На сьогодні затверджено п'ятирічний розклад, комісія приступила до роботи.

З метою приведення у відповідність до Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату праездатності", підготовлено та видано наказ МОЗ від 05.06.2012 року № 420 «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної праездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків», зареєстровано в Міністерстві юстиції 16.08.2012р. за № 1387/21699. Удосконалено критерії експертизи професійної праездатності потерпілого. Основним принципом експертизи став сукупний аналіз критеріїв: клініко-функціональних (характер і важкість травми, професійного захворювання, клінічний і реабілітаційний прогноз, професійні здібності, клініко-трудова прогноза); характеру професійної діяльності(кваліфікації, якості і обсягу праці, здатності до її виконання); виду і ступеня обмеження життєдіяльності потерпілого.

Для удосконалення статистичної звітності з питань інвалідності затверджено нові форми первинної облікової документації, наказ МОЗ України від 30.07.2012 року № 577 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях», зареєстровано в Міністерстві юстиції 05.09.2012 р. за № 1504/21816.

Підготовлено два проекти постанов Кабінету Міністрів України "Про внесення змін до Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України 19.05.2007№ 757(документ пройшов громадське обговорення, готується для погодження із зацікавленими міністерствами та відомствами.) та проект постанови "Про внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності постанови Кабінету Міністрів України від 03.12.2009р. №1317 Питання медико-соціальної експертизи"(проект розміщено на офіційному на веб-сайті МОЗ для громадського обговорення).

У стані розробки проекти наказів МОЗ України "Про внесення змін і доповнень до наказу МОЗ України від 15.11.2005 № 606" Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням(отруєнням)трудова каліцтвом" та наказу "Про внесення змін і доповнень до наказу МОЗ України від23.01.1995 №13" Про затвердження Переліку медичних показань на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням".

Контроль за дотриманням законодавства про медико-соціальну експертизу МОЗ України.

Міністерством охорони здоров'я України здійснюється відповідно до пункту 6.36 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13.04.2011 № 467/2011 та пункту 24 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03 грудня 2009 № 1317.

Планові перевірки обласних (міських) центрів медико-соціальної експертизи проводяться відповідно до Плану основних організаційних заходів МОЗ України, а позапланові - відповідно до доручення Адміністрації Президента України, Кабінету Міністрів України, комітетів Верховної Ради України, Генеральної прокуратури України. В окремих випадках створюються комісії для перевірки звернень хворих та інвалідів.

У 2011 році відповідно до наказу МОЗ України від 4.11.2011 року №164 -КМ спеціально створеною комісією перевірено роботу Львівського обласного центру медико-соціальної експертизи. За результатами перевірки проведено апаратну нараду МОЗ від 25.11.2011 р. «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України на прикладі Львівської області» та прийнято рішення перевірити роботу усіх територіальних центрів медико-соціальної експертизи України.

На виконання рішення апаратної наради та відповідно до наказу МОЗ від 08.12.2011 №357-Адм «Про проведення комісійних перевірок» у грудні 2011 року - лютому 2012 року перевірено 27 обласних (міських) центрів (біуро) медико-соціальної експертизи.

За результатами перевірок проведено апаратну нараду МОЗ 06.08.2012 на тему «Про нові підходи до визначення інвалідності у населення України, у тому числі постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, та стан виконання протокольних доручень апаратної наради від 25 листопада 2011 року щодо надання медико-соціальної експертної допомоги населенню України та організації системи медико-соціальної реабілітації» на апаратній нараді заслухали результати перевірок та визначили основні шляхи удосконалення діяльності медико-соціальної експертизи.

Другого листопада 2012 року проведено розширену Колегію МОЗ України «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України», рішенням якої передбачено посилити контроль за діяльністю лікарсько-консультативних та медико-соціальних експертних комісій. Зазначене рішення було введено у дію наказом МОЗ України від 07.12.2012 № 999. Колегія зобов'язала територіальні управління охорони здоров'я посилити контроль за діяльністю ЛКК та МСНК. Структурними підрозділами охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій були прийняті відповідні накази.

На виконання окремого доручення Першого заступника Міністра О.Качура від 06.02.2013 № 02.04-26/58 територіальні структурні підрозділи охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій звітували

МОЗ України про стан виконання рішення зазначеної колегії, результати проведених перевірок та прийняті відповідні заходи щодо дотримання законодавства з метою удосконалення роботи медико-соціальних експертних комісій. За результатами перевірки в регіонах на колегіях, апаратних нарадах заслухано діяльність служби МСЕК, розроблено конкретні заходи щодо покращення роботи служби МСЕК та ЛКК: головним лікарям ЦРЛ доручено особисто контролювати роботу голів ЛКК, головних спеціалістів з питань скерування хворих на МСЕК та стану інвалідності населення, особливо працездатного віку. Розроблено спільно з головними спеціалістами заходи з профілактики основних захворювань, які формують структуру інвалідності в кожному районі регіону, контроль за діяльністю органів медико-соціальної експертизи покладено на заступників начальників управлінь охорони здоров'я ОДА, а у деяких областях здійснюють особисто начальники УОЗ ОДА (Івано-Франківська).

З метою запобігання безвідставних направлень на МСЕК, активно впроваджується практика спільних консультативних оглядів до оформлення медичних документів на МСЕК. Актуальні питання співпраці розглянуто на спільних нарадах обласних МСЕК та ЛКК.

Для підвищення фахового рівня лікарів МСЕК повторно проведено виїзні курси кафедри МСЕК та реабілітації Дніпропетровської медичної академії "Актуальні питання організації медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та інвалідів" (Донецький, Львівський обласні центри МСЕК та інші).

З метою недопущення порушень Закону України "Про засади запобігання та протидії корупції", попередження злочинів у сфері службової діяльності працівниками МСЕК видано накази по обласних центрах МСЕК, відповідно до нього на кожній МСЕК проведено збори колективу щодо забезпечення суворого дотримання чинного законодавства України, трудової та виконавської дисципліни.

Відомості про розробку концептуальних засад реформування медичної реабілітації в рамках виконання рішення Колегії МОЗ України від 02.11.2012 № 1 "Про стан надання медико-соціальної та реабілітаційної допомоги населенню України".

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 лютого 2013 року № 76-р «Деякі питання використання у 2013 році державних капітальних видатків» та Державної програми активізації розвитку економіки на 2013-2014 роки, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2013 № 187, передбачено створення Українського науково-практичного медичного центру неврології та реабілітації МОЗ України за адресою м. Київ, вул. Герцена, 44 (перепрофілювання об'єкту незавершеного будівництва «Лікувально-діагностичний комплекс» із стаціонаром на 190 ліжок для Українського філіалу ВІДЦ загальної та судової психіатрії ім. В.П.Сербського у м. Києві). Зазначений центр планується як головний республіканський реабілітаційний

центр у майбутній мережі, що буде створена в Україні. Наказом МОЗ України від 07 травня 2013 № 361 функції замовника з будівництва Українського науково-практичного медичного центру неврології та реабілітації покладено на ДП «Інженерно-технічний центр» МОЗ України, який розпочав підготовчу роботу щодо проектних та будівельних робіт.

Одночасно зазначеними урядовими рішеннями передбачено також створення Міжнародного реабілітаційного центру "InterMedicalEcoCity" для лікування дітей з дитячим церебральним паралічем на Арабській стріліці у Генічеському районі, Херсонської області.

Вирішення питань зі створення реабілітаційних центрів буде здійснюватися на засадах пілотних іновативно-інвестиційних проектів, у тому числі із залученням механізмів приватно-державного партнерства, залучення коштів вітчизняних та іноземних інвесторів. Для пошуку конкретних механізмів залучення позабюджетних та кредитних коштів на доручення Віце-прем'єр-міністра України К.І.Грищенка від 03.06.2013 № 18197/1/1-13 та Протоколу наради від 26.04.2013 (доручення Кабінету Міністрів України від 29.04.13 № 18197/0/1-13) «Про залучення коштів Кувейтського фонду арабського економічного розвитку для реалізації проекту з будівництва медичного реабілітаційного містечка "InterMedicalEcoCity"» з 12 до 25 травня цього року в Україні перебувала технічна місія зазначеного фонду. За результатами роботи технічної місії до МОЗ України передано для опрацювання проект Угоди про позику, що планується надати Кувейтським фондом арабського економічного розвитку.

На виконання рішення вище зазначеної Колегії наказом МОЗ України від 21 січня 2013 року № 42 затверджено склад робочої групи з питань реформування системи медичної реабілітації, 19.02.2013 проведена селекторна нарада та засідання робочої групи, на якій обговорено проект Концепції Державної цільової програми «Медична реабілітація». Проект зазначеного документа розміщено на веб-сайті МОЗ для обговорення.

Підготовлено проект таблицю оснащення фізіотерапевтичних і реабілітаційних відділень та кабінетів лікувальної фізкультури (ЛФК) для закладів охорони здоров'я, який для обговорення опубліковано на сайті Всеукраїнської асоціації фізіотерапевтів і курортологів

Для підвищення інформаційно-аналітичного забезпечення діяльності МСЕК із соціального захисту інвалідів усі обласні центри МСЕК проводять протягом року по 2-3 засідання круглих столів на обласних радіо і телебаченні з роз'ясненнями актуальних проблем інвалідності та реабілітації інвалідів (роз'яснення законодавства, можливостей реабілітації в регіоні - професійної, медичної, трудової, тощо). Згідно графіків проводяться консультативні прийоми населення з питань медико-соціальної експертизи на кожній МСЕК та на виїзних засіданнях МСЕК у лікувально-профілактичній закладі. В приймальнях МСЕК існують інформаційні стенди. УкрДержНДЦ МСНП (м.Дніпропетровськ) створена щомісячна телевізійна програма на обласному телебаченні з проблемних питань інвалідності.

Заступником головного лікаря Центральної МСЕК МОЗ України в газеті для пенсіонерів "Пенсіонний кур'єр" опубліковано інформаційно-роз'яснювальні матеріали стосовно внесених змін до нормативної бази служби медико-соціальної експертизи. Начальник відділу МСЕК Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги у 2012 році прийняв участь на радіо "ЕРА" у програмі щодо соціального захисту інвалідів з роз'ясненнями нормативних актів що стосуються діяльності МСЕК.

Занитувана статистична інформація за даними Звітності Форма № 14 "Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації" затвердженої наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 387 за погодженням з Держкомстатом України.

2011 рік

Вперше направлено до МСЕК України - 235107 осіб, в тому числі для визначення груп інвалідності або продовження листка непрацездатності - 202425 осіб.

З них визнано інвалідами - 176161 особа :
I групи: усього -20322 особи, з них підгрупи I А - 7882 особи, підгрупи I Б - 12440 осіб
II групи - 66965 осіб;
III групи - 88874 особи.

Кількість переоглянутих МСЕК України (для встановлення інвалідності) 521995 осіб.

З них визнано інвалідами - 509166 осіб :
I групи: усього - 59555 осіб,
з них підгрупи I А - 29414 особи, підгрупи I Б - 30141 особа;
II групи - 149361 особа;
III групи - 300250 осіб.

2012 рік

Вперше направлено до МСЕК України - 225801 особа, в тому числі для визначення груп інвалідності або продовження листка непрацездатності - 195567 осіб.

З них визнано інвалідами - 171826 осіб :
I групи: усього -20630 осіб, з них підгрупи I А - 8952 особи, підгрупи I Б - 11678 осіб
II групи - 62872 особи;
III групи - 88324 особи.

Кількість переоглянутих МСЕК України (для встановлення інвалідності) - 483105 осіб.

З них визнано інвалідами - 471121 особа :

I групи: усього - 18362 особи, з них підгрупи I А - 18362 особи, підгрупи I Б - 24694 особи;
II групи - 137067 осіб;
III групи - 290998 осіб.

До Міністерства охорони здоров'я стосовно спірних питань медико-соціальної експертизи звернулось у 2011 році - 2496 осіб, у 2012 - 2356 осіб. Зокрема багато звернень від громадян-учасників бойових дій, інвалідів від різних причин стосовно надання їм статусу інваліда війни.

Директор Департаменту
реформ та розвитку медичної допомоги



М.Хобзей

Нормативно-правова база медико-соціальної експертної служби.

Відповідно до Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" медико-соціальна експертна служба працює у підпорядкуванні МОЗ України з 1991 року.

На сьогодні діяльність служби МСЄ регламентують

Заколи України:

«Основи законодавства України про охорону здоров'я»,

«Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»,

«Про реабілітацію інвалідів в Україні»,

«Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату праездатності»:

постанови Кабінету Міністрів України:

«Питання медико - соціальної експертизи» від 3 грудня 2009 р. № 1317, якою затверджено Положення про медико-соціальну експертизу та Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності,

«Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда» від 23.05.2007р. № 757,

«Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» від 08.12.2006 року № 1686,

«Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг» від 31.01.2007 року № 80,

«Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року» від 01.08.2012 року № 706;

близько двадцяти нормативно-правових актів МОЗ України та спільних з іншими відомствами, основними з яких є:

Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена наказом МОЗ від 5 вересня 2011 року № 561 та зареєстрована в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 року за № 1295/20033,

Порядок та Критерії встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної праездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків, затвердженні наказом МОЗ від 5 червня 2012 року № 420, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 16 серпня 2012 року за № 1387/21699

Форми первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях, затверджені наказом МОЗ України від 30.07.2012 року № 577, зареєстрований в Міністерстві юстиції України від 05 вересня 2012 року за № 1504-21816,

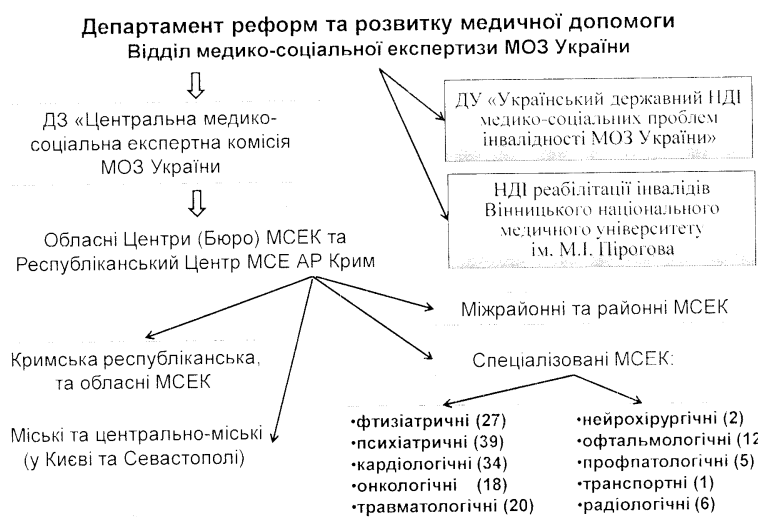
Інструкція про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням або трудовим каліцтвом, затверджена наказом МОЗ 15.11.2005 року № 706,

Перелік медичних показань на право одержання автомобілів з ручним керуванням, затверджений наказом МОЗ України від 23.01.1995 року № 13, зареєстрований у Мін'юсті 10 02 1995 року за № 34/570,

Перелік медичних показань для отримання і протипоказань до управління особами з обмеженими функціями руху крісел-колясок з електроприводом, затвердженого спільним наказом Мінпраці та МОЗ України від 15.07.2002 року № 317/300, зареєстрований в Мін'юсті 01.08.2002 року за № 622/6910,

Порядок участі представників Пенсійного фонду та Фонду соціального страхування з тимчасової втрати праездатності в роботі медико-соціальних експертних комісій, затвердженого наказом МОЗ від 16.07. 2001 року № 291, зареєстрований в Мін'юсті 26.07.2001 року за № 638/5829.

Мережа МСЕК в Україні



Станом на сьогодні, медико-соціальну експертизу в Україні забезпечують 427 МСЕК, із них 60 обласних, центральних міських та 366 міжрайонних, районних та міських, у тому числі 164 спеціалізованих фтизіатричного, психіатричного, травматологічного, онкологічного, кардіологічного профілю та інші.

Хід виконання пунктів рішення розширеної Колегії МОЗ України від 02.11.12 «Про стан надання медико-соціальної експертної та реабілітаційної допомоги населенню України», що стосуються діяльності медико-соціальної експертизи в Україні

№ пункту/ підпункту рішення	Оцінка та результат виконання (стан виконання невиконаних завдань)
7. Вжити невідкладних заходів щодо матеріально-технічного та кадрового забезпечення Центральної медико-соціальної експертної комісії МОЗ України.	На сьогодні виділено приміщення для розташування Центральної МСЕК МОЗ України на базі ДЗ «Республіканська клінічна лікарня МОЗ України» відповідно до пункту 5 наказу МОЗ України від 02.07.2012 № 111-О. Комісія укомплектовується відповідними кадрами для виконання своїх функціональних обов'язків згідно з Положенням про Центральному МСЕК МОЗ України.
10.1. Розробити настанови та клінічні протоколи проведення медико-соціальної реабілітації пацієнтів з неврологічною та серцево-судинною патологією.	Протоколи проведення медико-соціальної реабілітації пацієнтів з патентів з неврологічною та серцево-судинною патологією у стадії розроблення
10.2. Розробити та затвердити методологічні підходи до дослідного проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації, які забезпечать безперервність і етапність реабілітаційного процесу.	Методологічні рекомендації та підходи до послідовного проведення медико-соціальної експертизи та реабілітації у стадії розроблення науково-дослідними установами.
14.1. Посилити контроль за діяльністю лікарсько-консультативних комісій закладів охорони здоров'я щодо обслуговування, якісного, своєчасного оформлення документів та направлення хворих на медико-соціальну експертизу.	На виконання зазначеного пункту окремими структурними підрозділами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (Дніпропетровськ, Чернівці, Кіровоград тощо) прийнято наказ щодо посилення контролю за діяльністю лікарсько-консультативних комісій (ЛКК) закладів охорони здоров'я, яким передано запровадження експертних комісій за участю голів медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) та голів ЛКК: інформування голівних лікарів закладів охорони здоров'я з аналізом дефектів направлень на МСЕК.

розробки індивідуальної програми реабілітації інваліда та контролю за її виконанням.

ЛКК на МСЕК; спільні засідання МСЕК з головами ЛКК; проведення спільних конференцій, нарад лікарів МСЕК та ЛКК.

Крім того у більшості областей затверджені заходи щодо посилення контролю за діяльністю ЛКК стосовно об'єктуваного якісного та своєчасного оформлення документів на МСЕК; проводиться засідання обласних рад з тимчасової та постійної втрали працездатності і медико-соціальної реабілітації (Донецька, Тернопільська обл.).

Обласними (міськими) бюджетами виділяється недостатньо коштів для зміщення матеріально-технічної бази медико-соціальних експертних комісій, тому Державною цільовою програмою «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів», затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 № 706 на визначені цілі передбачено 30 млн.грн на 2013-2015 роки.

14.4. Посилити роботу по добору, створенню резерву на посади головних лікарів обласних (міських) центрів медико-соціальної експертизи, голів обласних, міжрайонних та спеціалізованих МСЕК.

Структурними підрозділами охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій затверджено кадровий резерв на головних лікарів обласних (міських) центрів (бюро) медико-соціальної експертизи, а обласними (міськими) центрами МСЕ створено кадровий резерв на голів обласних, міжрайонних та спеціалізованих МСЕК.

14.5. Вживати заходів щодо недопущення хабарництва, зловживання службовим становищем у системі служби медико-соціальної експертизи, звернути особливу увагу на роз'яснення актів законодавства з питань медико-соціальної експертизи та боротьби з корупцією.

На виконання Плану заходів МОЗ України, спрямованих на запобігання та виявлення корупції, затвердженого наказом МОЗ України від 02.08.2012 р. № 193-А/м структурними підрозділами охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій видано наказ, яким затверджено заходи щодо недопущення хабарництва, зловживання службовим становищем. Зазначеними наказами передбачено

2

заходи стосовно боротьби з корупцією у медико-соціальних експертних комісіях.

У лютому 2013 року на виконання рішення колегії проведена семінар-нарада з головними лікарями обласних (міських) центрів (бюро) медико-соціальної експертизи за участі представників Міністерства соціальної політики, Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві, Фонду страхування з тимчасової втрати працездатності та Винницького НЦД реабілітації інвалідів на базі УкрДержНЦД медико-соціальних проблем інвалідності, на якій проведено підсумки роботи медико-соціальної експертної служби в Україні за 2012 рік і доручено проведення щоквартального поглибленого аналізу первинної інвалідності.

14.6. Щоквартально проводити поглиблений аналіз причин первинної інвалідності в регіонах та вживати конкретні заходи щодо її зниження.

3

Таблиця 1

Кількість не визнаних інвалідами із числа первинно оглянутих у розрізі областей України у 2011 році (у %)

Адміністративні території	Всього не визнано інвалідами	У тому числі:	
		тимчасово непрацездатних	необґрунтовано направлених
АР Крим	8,3	4,7	3,6
Вінницька	16,3	9,3	7,0
Волинська	12,2	8,4	3,8
Дніпропетровська	11,7	6,5	5,2
Донецька	20,2	15,2	5,0
Житомирська	15,5	11,7	3,8
Закарпатська	13,3	7,2	6,1
Запорізька	11,7	8,9	2,8
Івано-Франківська	12,4	10,5	1,9
Київська	11,3	8,1	3,2
Кіровоградська	13,3	10,5	2,8
Луганська	10,2	9,3	0,9
Львівська	14,0	7,4	6,6
Миколаївська	10,5	3,7	6,8
Одеська	7,2	5,3	1,9
Полтавська	13,2	9,7	3,6
Рівненська	11,5	7,8	3,7
Сумська	9,9	7,6	2,3
Тернопільська	11,3	9,3	2,0
Харківська	10,1	7,1	3,0
Херсонська	8,0	5,4	2,6
Хмельницька	25,3	2,6	22,7
Черкаська	9,5	7,0	2,5
Чернівецька	12,0	8,2	3,8
Чернігівська	10,6	6,1	4,5
м Київ	12,5	10,5	2,0
м. Севастополь	12,4	6,4	6,0
В Україні, 2011 р.	13,0	8,5	4,5
В Україні, 2010 р.	13,3	9,6	3,7

Таблиця 2

Розходження у рішеннях міжрайонних та обласних МСЕК по оскарженню та контролю за 2011 рік у розрізі областей України

Адміністративні території	По оскарженню			По контролю		
	абс. кількість	змінено рішень	%	абс. кількість	змінено рішень	%
АР Крим	148	23	15,5	894	-	-
Вінницька	300	29	9,7	716	15	2,1
Волинська	492	75	15,2	996	24	2,4
Дніпропетровська	593	104	17,5	2894	24	0,8
Донецька	1250	117	9,4	921	48	5,2
Житомирська	428	64	15,0	706	24	3,4
Закарпатська	228	32	14,0	2344	138	5,9
Запорізька	95	11	11,6	1551	1	0,1
Івано-Франківська	69	14	20,3	978	2	0,2
Київська	167	13	7,8	2560	15	0,6
Кіровоградська	63	10	15,9	1477	61	4,1
Луганська	470	33	7,0	3382	14	0,4
Львівська	768	126	16,4	1089	9	0,8
Миколаївська	301	48	15,9	485	5	1,0
Одеська	207	33	15,9	1248	42	3,4
Полтавська	288	49	17,0	323	5	1,5
Рівненська	130	40	30,8	304	19	6,3
Сумська	63	15	23,8	1102	10	0,9
Тернопільська	63	9	14,3	592	1	0,2
Харківська	304	62	20,4	2618	54	2,1
Херсонська	112	14	12,5	905	-	-
Хмельницька	388	76	19,6	226	5	2,2
Черкаська	88	9	10,2	2841	3	0,1
Чернівецька	44	5	11,4	297	5	1,7
Чернігівська	233	21	9,0	1184	60	5,1
м. Київ	248	8	3,2	775	3	0,4
м. Севастополь	40	2	5,0	206	-	-
В Україні, 2011 р.	7580	1042	13,7	33 614	587	1,7
В Україні, 2010 р.	7627	1158	15,2	33 437	691	2,1

Таблиця 3

Розходження у рішеннях міжрайонних та обласних МСЕК
по оскарженню та контролю за 2012 рік у розрізі областей України

Адміністративні території	По оскарженню			По контролю		
	абс. кількість	змінено рішень	%	абс. кількість	змінено рішень	%
АР Крим	156	26	16,7	775	-	-
Вінницька	333	38	11,4	769	18	2,3
Волинська	469	65	13,9	1160	36	3,1
Дніпропетровська	386	39	10,1	3168	11	0,3
Донецька	1199	110	9,2	1036	61	5,9
Житомирська	607	57	9,4	639	22	3,4
Закарпатська	226	14	6,2	1824	22	1,2
Запорізька	96	19	19,8	1648	2	0,1
Івано-Франківська	47	13	27,7	903	11	1,2
Київська	117	15	12,8	2301	9	0,4
Кіровоградська	52	7	13,5	1437	18	1,3
Луганська	456	30	6,6	3209	9	0,3
Львівська	729	110	15,1	933	6	0,6
Миколаївська	306	52	17,0	553	10	1,8
Одеська	173	24	13,9	1176	16	1,4
Полтавська	307	55	17,9	665	19	2,9
Рівненська	130	35	26,9	458	9	2,0
Сумська	35	5	14,3	1730	4	0,2
Тернопільська	37	5	13,5	418	1	0,2
Харківська	370	73	19,7	2710	92	3,4
Херсонська	94	15	16,0	800	2	0,3
Хмельницька	197	45	22,8	93	6	6,5
Черкаська	35	2	5,7	3132	4	0,1
Чернівецька	68	9	13,2	309	8	2,6
Чернігівська	222	20	9,0	1154	56	4,9
м. Київ	320	18	5,6	633	3	0,5
м. Севастополь	21	2	9,5	198	-	-
В Україні, 2012 р.	7188	903	12,6	33 831	455	1,3
В Україні, 2011 р.	7580	1042	13,7	33 614	587	1,7

Таблиця 4

Кількість не визнаних інвалідами із числа первинно оглянутих
у розрізі областей України у 2012 році (у %)

Адміністративні території	Всього не визнано інвалідами	У тому числі:	
		тимчасово непрацездатних	необгрунтовано направлених
АР Крим	7,6	5,0	2,5
Вінницька	16,4	10,3	6,1
Волинська	12,6	9,1	3,5
Дніпропетровська	10,4	6,5	3,9
Донецька	19,2	14,5	4,7
Житомирська	17,6	11,5	6,1
Закарпатська	11,3	7,4	3,9
Запорізька	11,5	8,7	2,8
Івано-Франківська	11,7	10,6	1,1
Київська	10,6	7,5	3,1
Кіровоградська	12,3	10,2	2,1
Луганська	9,5	8,8	0,7
Львівська	14,0	7,8	6,2
Миколаївська	9,8	3,9	5,9
Одеська	7,2	5,6	1,6
Полтавська	13,2	10,0	3,2
Рівненська	11,3	8,4	2,9
Сумська	10,4	7,2	3,2
Тернопільська	8,7	7,5	1,2
Харківська	10,2	7,0	3,2
Херсонська	6,8	3,9	2,9
Хмельницька	14,1	14,1	-
Черкаська	9,2	7,9	1,3
Чернівецька	9,9	6,9	3,0
Чернігівська	10,3	7,0	3,3
м. Київ	13,2	10,5	2,7
м. Севастополь	8,9	6,8	2,1
В Україні, 2012 р.	12,1	8,8	3,3
В Україні, 2011 р.	13,0	8,5	4,5

Офіційний сайт МОЗ України www.moz.gov.ua Документ: Наказ МОЗ України від 28.11.2013 № 259-адм "Про проведення громадської експертизи"

Статус: Чинний



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

N 259-адм

28.11.2013

м.Київ

Про проведення громадської експертизи

Відповідно до пункту 4 Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 05 листопада 2008 року № 976,

НАКАЗУЮ:

1. Директору Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги (М. Хобзей):
 - 1.1. Забезпечити підготовку та подання матеріалів для проведення громадської експертизи діяльності Міністерства охорони здоров'я України у сфері медико-соціальної експертизи до громадської організації "Центр громадської адвокатури" (м. Львів) за їх запитом.
 - 1.2. Пропозиції, підготовлені за результатами громадської експертизи та заходи, спрямовані на їх реалізацію, розглянути на апаратній нараді за участі представників громадської організації.
 - 1.3. Визначити відповідальним за забезпечення взаємодії з громадською організацією "Центр громадської адвокатури" заступника начальника відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Р. Перепеличну.
 - 1.4. Подати результати розгляду експертних пропозицій та заходи, спрямовані на їх реалізацію до Департаменту інформаційно-організаційного та документального забезпечення для розміщення на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України.
2. Директору Департаменту інформаційно-організаційного та документального забезпечення (Ю. Демедюк) розмістити на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України інформацію про здійснення громадською організацією "Центр громадської адвокатури" (м. Львів) громадської експертизи діяльності МОЗ України у сфері медико-соціальної експертизи та надіслати відповідні матеріали до Секретаріату Кабінету Міністрів України для розміщення на урядовому веб-сайті "Громадянське суспільство і влада".
5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра О. Толстанова.

Міністр

Р. Богатирьова

Адреса сторінки на веб-сайті МОЗ України:
www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131128_0259adm.html