

ПИТАННЯ ЕКСПЕРТИЗИ СТІЙКОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Науменко Л.Ю., Борисова І.С., Березовський В.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації

(зав. – д. мед. н., професор Л. Ю. Науменко)

Ключові слова

Сімейний лікар

Медико-соціальна експертиза

Сучасні умови розвитку суспільства України на шляху європейського вибору характеризуються реорганізаційними змінами в системі охорони здоров'я. Приоритетний напрямок підготовки лікаря на засадах загальної практики-сімейної медицини сьогодні це напрямок підготовки лікаря широкого профілю, «лікаря-універсал», що вирішує цілий комплекс проблем, пов'язаних із здоров'ям пацієнтів [1, 2, 5]. Сьогодні професійна діяльність лікаря сімейної медицини акумулює практично всі види медичної допомоги: діагностичну, лікувальну, реабілітаційну, санітарно - просвітницьку, консультативну та організаційну [5, 6]. Відповідно до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики-сімейного лікаря, що до надання кваліфікованої медичної допомоги хворим, містяться завдання, що стосуються медико-соціальної експертизи (МСЕ), а саме: проводити експертизу тимчасової непрацездатності хворих, за наявності показань направляти їх на лікарську консультативну комісію (ЛКК); брати участь у роботі ЛКК та медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) під час питань, що стосуються хворих, яких він обслуговує; проводити роботу по профілактиці захворювань та настанню інвалідності; проводити роботу з питань медико-соціальної реабілітації хворих та інвалідів; проводити відбір хворих та на санаторно-курортне лікування; оформлення документів для представлення на розгляд медико-соціальних експертних комісій та підвищувати рівень професійних знань [1, 3, 6, 7].

Відповідно до діючої нормативної бази МОЗ, підставою для розгляду питання про направлення хворого на МСЕК є направлення лікаря загальної практики-сімейного лікаря закладу охорони здоров'я за місцем проживання чи лікування лікаря до лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) у вигляді форми № 088/0 - «Направлення на медико-соціальну експертизу». Даний документ затверджений наказом МОЗ України від

14.02.2012 р. N 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» [7, 8]. Цей документ містить данні про стан здоров'я громадянина, що відображають ступінь порушення функцій, ступінь компенсаторних можливостей організму, проведене медичне обстеження та його результати, чіткі та докладні данні щодо проведеного лікування і реабілітаційних заходах. Лікарсько-консультативна комісія ЛПЗ вивчає медичну документацію громадянина і виносить ухвалу або відмову про необхідність направлення громадянина на МСЕ, користуючись при цьому нормативними підставами для направлення хворих на МСЕК, якими є: наявність ознак інвалідності; закінчення терміну інвалідності та/або необхідність продовження листка непрацездатності. У разі ухвалення ЛЛК рішення про необхідність направлення хворого на МСЕ основним документом для винесення рішення щодо питань настання стійкої працездатності або необхідності продовження листа непрацездатності, є форма № 088/0 - «Направлення на медико-соціальну експертизу», яка підписується головою і ЛКК і надсилається на розгляд МСЕК [4]. Для правильного заповнення даного медичного документа лікар загальної практики-сімейний лікар повинен користуватися «Інструкцією щодо заповнення форми первинної облікової документації № 088/0 «Направлення на медико-соціально-експертну комісію» [7, 8].

Відповідно до Постанови КМ «Положення про МСЕ» № 1317 від 03.09.2009 р. відповідальність за обґрунтованість направлення громадян на МСЕ та своєчасність, якість медичного обстеження покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я [4].

Отже, високопрофесійне виконання функціональних обов'язків вимагає від лікаря загальної практики-сімейного лікаря широкого кола знань, що до проведення експертизи тимчасової непрацездатності і медико-соціальної експертизи, які ґрунтуються на юридичній підготовленості. В той же час, програмою до дипломної підготовки лікаря загальної практики-сімейного лікаря не надається часу (кредитів, лекцій, практичних занять, семінарів, тощо) для висвітлення даної тематики. Саме тому, на післядипломному етапі підготовки та курсах удосконалення професійного рівня лікаря загальної практики-сімейного лікаря, задачі, щодо підготовленості до вирішення в клінічній практиці експертних, медико-соціальних та реабілітаційних питань набуває особливого значення.

Мета роботи: на основі аналізу дефектів оформлення форм № 088/0 «Направлення на МСЕК» лікарями ЛПЗ Дніпропетровської області до комісій МСЕ КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м Дніпропетровськ (головний лікар, к.мед.н. Концур

Віктор Миколайович) визначити основні проблемні питання, що виникають в практиці лікаря загальної практики сімейної медицини, щодо вирішення медико-соціальних питань хворих та інвалідів та визначити шляхи удосконалення вирішення даних задач.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети проведений детальний аналіз дефектів оформлення форм № 088/0 «Направлення на МСЕК» лікарями ЛПЗ Дніпропетровської області до комісій МСЕ КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м Дніпропетровськ (головний лікар, к.мед.н. Концур Віктор Миколайович) за 2011 – 2015 рр.

Результати та обговорення. За результатами аналізу дефектів оформлення форм № 088/0 «Направлення на МСЕК» лікарями ЛПЗ Дніпропетровської області до комісій МСЕ КЗ «Обласного клінічного центру МСЕ ДОР» м Дніпропетровськ (головний лікар, к.мед.н. Концур Віктор Миколайович) визначено, що більшість Направлень на МСЕК було оформлено саме лікарями терапевтами та лікарями загальної практики сімейної медицини. Частка оформлених ними форм № 088/0 склала 57,4%, тоді як на лікарів інших спеціальностей, так званних «вузьких» спеціалістів (кардіологів, ревматологів, травматологів, хірургів, онкологів, психіатрів, неврологів) лише 42,6%.

Комісіями МСЕК в Дніпропетровській області за запитами практичної ланки охорони здоров'я для визначення груп інвалідності та/або для продовження листка непрацездатності проведено первинних оглядів: в 2011 р.- 13 136; 2012 р.- 13 016; 2013 р.- 12 885; 2014р. - 12 083; 2015 р. - 12 150. З них було виявлено «необгрунтовано направлених» хворих: в 2011 р. - 686; в 2012 р.- 511; в 2013 р. - 639; в 2014 р.- 524; в 2015 р. – 510. Позитивно, що даний показник має тенденцію до зниження і відносно з 2011 р. зменшився на 25,7%.

Всього за 2011 – 2015 рр. на МСЕК в Дніпропетровській області частка «необгрунтовано направлених» хворих та інвалідів для встановлення та/або подовження інвалідності становила: 2011 р. - 5,2%; 2012 р. - 3,9%; 2013 р. - 5,0%; 2014 р. - 4,3%; 2015р. - 4,2%. Цей же показник по Україні складав в середньому: 2011 р. - 4,5%; 2012р. - 3,3%; 2013 р. - 3,6%, 2014 р. - 3,4%. Тобто, в Дніпропетровській області лікарями ЛЛК, нажаль, допускається більше діагностичних та експертних помилок, що до вирішення медико-соціальних питань громадян.

За даними детального об'єктивного обстеження направлених хворих, аналізу діагнозів, анамнезу та результатів додаткових методів дослідження основними причинами необгрунтованого направлення хворих лікарями ЛКК в 2011 році були: в 70,2 - 75,5% випадків завищення функціональних порушень; в 20,8% - 25,5% випадків – незнання або труднощі в трактовці лікарями ЛКК нормативних документів держави, що стосуються

визначення ознак та критеріїв інвалідності; в 6,2% - 7,4% випадків – порушення термінів лікування; в 2,8% - 3,5% інші причини.

Протягом 20011-2015 рр. лікарями ЛЛК ЛПЗ на МСЕК за «наполяганням» направлялися щорічно від 25,5% до 31,2% хворих. Зрозуміло, що серед таких хворих, частка необґрунтовано направлених була значно вища, і становила практично 80%.

На протязі 20011-2015 рр. лікарями МСЕК було оглянуто хворих «по оскарженню» (у зв'язку з незгодою хворого та/або інвалідом з винесеним МСЕК рішенням): в 2011р. - 593; 2012 р. - 386; 2013 р. - 477; 2014 р. - 419; 2015 р. – 468. З них було змінено рішень: в 2011 р. – 104 (17,5%); 2012 р. – 39 (10,1%); 2013 р. – 35 (7,3%); 2014 р. – 35 (8,3%); 2015 р.- 24 (5,1%).

Із загальної кількості «необґрунтовано направлених» та «по оскарженню» рішення лікарі-експерти виносили спільно з фахівцями обласних комісій МСЕ. Важливо також підкреслити, що прийняття рішення про «необґрунтованість направлення на МСЕК» приймається та підтверджується фахівцями клініки Державної Установи «Український Державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ (директор – професор Іпатов А.В.) та/або ДЗ «Центральної МСЕК МОЗ України». Так, кількість госпіталізованих осіб, які були направлені для експертного обстеження в ДУ «Укр. Держ. НДІ МСП»: в 2011 р. – 687 осіб; в 2012 р. – 738 осіб; в 2013 р. – 753 осіб; в 2014 р. – 835 осіб; в 2015 р. – 808 осіб. Із них були госпіталізовані до клініки ДУ «Укр. Держ. НДІ МСП МОЗ України» у зв'язку з оскарженням рішення МСЕК: в 2011 р. - 174 (25,3%); 2012 р. - 134 (18,2%); 2013 р. - 155 (20,6%); 2014 р. - 117 (14,0%); 2015 р. - 162 (20,0%). Фахівцями клініки в незначному відсотку було рекомендовано змінити експертне рішення. Цей показник становив протягом 2011-2015 рр. від 1,7% випадків, що стосувалося 3 хворих (2015 р.) до 5,2%, що стосувалося 7 хворих (2011, 2012 рр.). За 2015 рік до ДЗ «Центральної МСЕК МОЗ України» було направлено 56 осіб (у 2014 р. - 38 осіб). При цьому, в 2015 році було змінено рішень в 5 випадках, в 2014 р.- у 14 хворих.

За даними аналізу дефектів «необґрунтованого направлення на МСЕК» лікарями ЛКК в 2015 році основними причинами були:

- зниження ступеня функціональних порушень хворих - 45,2%;
- завищення ступеня функціональних порушень хворих - 26,5%;
- наявність неврахованого соціального фактору - 35,3%;
- необхідність в продовженні активного лікування, в тому числі і по листу непрацездатності - 12,2%;

- невраховані анатомічні дефекти (наприклад: незаміщений дефект кісток черепа, тиреоїдектомія, відсутність однієї нирки) - 7,2%;
- наявність супутньої патології, яка обґрунтовує встановлення інвалідності - 6,2%.

Таким чином, проведений детальний аналіз причин дефектів оформлення форм № 088/0 «Направлення на МСЕК» лікарями ЛПЗ Дніпропетровської області на протязі 2011-2015 рр, виявив основні проблеми, щодо вирішення медико-експертних питань хворих та інвалідів. Нажаль, частіше це стосується формування експертного діагнозу хворих, особливо її функціональної частини. Коморбідні стани, які частіше притаманні хворим старших вікових груп також визивають певні труднощі для діагностики лікарями ЛПЗ. Відповідно до сучасної нормативних актів важливим аспектом вирішення медико-соціальних питань громадян України сьогодні є соціальний фактор. Професія, можливість раціонального працевлаштування, відповідність робочого місця вимогам «спеціально створені умови» відповідно до нозологічної форми захворювання хворого – все це впливає і повинно враховуватися при винесенні рішення про інвалідність та направленні хворих на МСЕК. Нормативна база, щодо визначення критеріїв і ознак інвалідності, причин інвалідності, індивідуальних реабілітаційних заходів та соціального захисту громадян України постійно оновлюються у відповідності на запит сьогодення. Своєчасне ознайомлення та розуміння важливості цих документів лікарями ЛКК ЛПЗ сприятиме зменшенню необґрунтованих направлень хворих на МСЕК.

Отже, відповідно до сучасних вимог медичної допомоги населенню, лікар загальної сімейний лікар повинен бути готовим вирішувати цілу низку експертних, медико-соціальних та реабілітаційних питань. Використання лікарем загальної практики сімейної медицини викладених в статті відомостей сприятиме своєчасному та обґрунтованому скеруванню хворого (інваліда) на МСЕК за для позитивного вирішення його медико-соціальних проблем, стане запорукою обґрунтованості експертних рішень МСЕК та сприятиме профілактиці скарг та письмових звернень громадян.

Висновки та практична направленість.

1. Проведений детальний аналіз причин дефектів оформлення форм № 088/0 «Направлення на МСЕК» лікарями ЛПЗ Дніпропетровської області до комісій МСЕК КЗ «Обласного клінічного центру МСЕК ДОР» м Дніпропетровськ за 2011 – 2015 рр. виявив низку проблем. Провідними проблемами, щодо вирішення медико-експертних питань хворих та інвалідів були: діагностичні

помилки при формуванні функціональної частини експертного діагнозу; труднощі, пов'язані з незнанням сучасної нормативної бази, яка тлумачить сучасні уявлення про ознаки інвалідності, в тому числі з урахуванням коморбідних станів та соціальних факторів.

2. Медико-соціальна експертиза є невід'ємною частиною роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Вона має велике клінічне, соціально-економічне і правове значення. Знання шляхів вирішення медико-соціальних проблем хворих та інвалідів виводять фахівця в області сімейної медицини на більш високий рівень багатопланової комплексної допомоги хворим, інвалідам та членам їх сімей.

Список літератури:

1. Комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989.
2. Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р.: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24. 07.2006 р. №421.
3. Перцева Т.А., Снисар В.И. Проблема безперервного медичного образования в Украине // Науково-методична конференція з міжнародною участю «Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів»: Зб. праць. — К., 2007. — С. 30-31.
4. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудні 2009 р. № 1317.
5. Поживілова О.В. Запроваджено нову спеціальність 14.01.38 - загальна практика-сімейна медицина. [Електронний ресурс] – Доступ з мережі http://www.confcontact.com/20101224/5_pozhivil.php.
6. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини: Наказ МОЗ України: від 23.02.2001 р. N 72//Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я України – 2012. – №7. – С. 24-74.
7. Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкції щодо їх заповнення: Наказ МОЗ України: від 10.06.2007 р. №378 //Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2007. – №10. – С. 12-14.
8. Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ МОЗ України: від 14.02.2012 р. № 110 //Зб. нормативно-директивних документів з охорони здоров'я України – 2012. – №7. – С. 40-44.

Spisok Literaturi:

1. Kompleksni zahodi schodo vprovadzhennya sImeynoYi meditsini v sistemu ohoroni zdorovya: Postanova Kabinetu MinIstrIv UkraYini vId 20 chervnya 2000 r. # 989.
2. KontseptsIya DerzhavnoYi programi rozvitku pervinnoYi mediko-sanItarnoYi dopomogi na zasadah sImeynoYi meditsini na perIod do 2010 r.: Rozporyadzhennya Kabinetu MinIstrIv UkraYini vId 24. 07.2006 r. #421.
3. Pitannya mediko-sotsIalnoYi ekspertizi: Postanova Kabinetu MinIstrIv UkraYini vId 3 grudnI 2009 r. # 1317.
4. Pozhivilova O.V. Zaprovadzheno novu spetsIalnIst 14.01.38 - zagalna praktika-sImeyna meditsina. [Elektronniy resurs] – Dostup z merezhI http://www.confcontact.com/20101224/5_pozhivil.php.
5. Pro zatverdzhennya okremih dokumentIv z pitan sImeynoYi meditsini: Nakaz MOZ UkraYini: vId 23.02.2001 r. N 72//Zb. normativno-direktivnih dokumentIv z ohoroni zdorov'ya UkraYini – 2012. – #7. – S. 24-74.
6. Pro zatverdzhennya form zvltnostI z pitan ohoroni zdorov'ya ta InstruktsIYi schodo Yih zapovnennya: Nakaz MOZ UkraYini: vId 10.06.2007 r. #378 //Zb. normativno-direktivnih dokumentIv z ohoroni zdorov'ya. – 2007. – #10. – S. 12-14.
7. Pro zatverdzhennya form pervinnoYi oblikovoYi dokumentatsIYi ta InstruktsIy schodo Yih zapovnennya, scho vikoristovuyutsya u zakladah ohoroni zdorov'ya nezalezno vId formi vlasnostI ta pIdporyadkuvannya: Nakaz MOZ UkraYini: vId 14.02.2012 r. # 110 //Zb. normativno-direktivnih dokumentIv z ohoroni zdorov'ya UkraYini – 2012. – #7. – S. 40-44.

Key words

Family doctor

Medical and social expertise

Summary.

The article is devoted to topical issues of post-diploma training of General practitioner-family doctor, what to provide highly qualified expertise in the new conditions of organizational changes of the health care system of Ukraine towards the European choice.

Objective: based on the current state of normative-legal documents to propose to the General practitioner-family doctor poshagovyi algorithm of action, about the direction of the patient (disabled) on medical-social expert Commission (msec) to address health and social issues.

Materials and methods. To address this goal the study used a number of orders of the Ministry of health of Ukraine №378 from 10.06.2007 G., No. 110 dated 14.02.2012 and N 72 dated 23.02.2001 G., governing the conduct and direction on MSEK patients with signs of disability and disabled people to resolve health and social issues, including the definition of disability, prolongation of a leaf of invalidity and recommendations on medical, social, vocational and labour rehabilitation.

Results and discussion. According to the modern requirements of medical-sanitary aid to the population, the family doctor should be prepared to face a number of expert, medical-social and rehabilitation issues. Use by General practitioner-family physician of the proposed algorithm of action will lead to a more rapid solution of tasks, to ensure timely direction of patient (disabled) MSEK.

Conclusions and practical orientation. Medico-social assessment is an integral part of the work of the General practitioner – family doctor. She has extensive clinical, socio-economic and legal significance. Knowledge of the ways of addressing medico-social problems of the sick and disabled, is bringing the specialist in the field of family medicine to a higher level of integrated multidisciplinary care to patients, invalids and members of their families. Poshagovyi the algorithm presented in this paper is based and comply with the existing legal state documents. The use of this algorithm in practice of the General practitioner-family physician will contribute to solving problems of modern medicine is to ensure the universality, shirokopolosnoi and comprehensive solutions to problems related to health of Ukrainians concerning the provision of highly qualified expert medical assistance.