

УДК 616-036.86

АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2017 РІК

Проф. А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Упродовж 2017 року в Україні функціонували 360 МСЕК (у 2016 р. – 361), з них 49 – обласних та центрально-міських, 311 – міжрайонних МСЕК. Мережа МСЕК зменшилася на одну за рахунок закриття міжрайонної комісії в Житомирській області. Із загальної кількості МСЕК спеціалізованих – 138, що складає 38,2 %. У Харківській області змінила свій профіль спеціалізована радіологічна МСЕК на спеціалізовану цереброваскулярну. В Полтавській області спеціалізовану офтальмологічну МСЕК перетворили на двопрофільну нейроофтальмологічну. Загальна кількість спеціалізованих МСЕК в Україні, відповідно, не змінилася.

Чисельність медиків, які працювали у МСЕК в 2017 році, зменшилася на 3 лікарі, порівняно з попереднім роком. На 01.01.2018 року в мережі МСЕК працюють 1383 лікарі (у 2016 році – 1386; у 2015 році – 1404). Питома вага лікарів на постійній роботі залишилася майже на попередньому рівні та склала 94,4 % (у 2016 році – 94,3). Взагалі по Україні коливання лікарського складу незначні: одна – три особи. У Дніпропетровській та Черкаській областях склад лікарів збільшився на п'ять осіб у кожному регіоні. Особливо позитивно ця динаміка є для Черкаської області, де в попередньому році кількість лікарів МСЕК зменшилася на десять осіб (із 29 до 19). Зараз там працюють 24 медики, що дає можливість прогнозувати подальші позитивні зміни у кадровому складі регіону, зниження навантаження на одне засідання, яке нині складає найбільше в країні та в три рази перевищує науково обґрунтовані нормативи (див. «Методичні рекомендації інституту»).

Кадровому питанню слід приділяти більше уваги, зважаючи на те, що залучення молодих кадрів до роботи в галузі медико-соціальної експертизи – це нелегке завдання. Проте другий рік поспіль відбувається певне омолодження кадрів.

Обласні МСЕК по оскарженню та контролю оглянули на 324 особи менше, ніж у попередньому році, відповідно, по роках оглянуто 27 706 та 28 030 громадян.

Кількість оглянутих у 2017 році збільшилася на 12 666 осіб за рахунок повторно оглянутих. Слід зазначити, що в попередні роки спостерігалася тенденція до поступового зменшення кількості оглянутих. Так, у 2016 році було оглянуто менше на 8 737 осіб, порівняно з попереднім роком, за рахунок як первинно, так і повторно оглянутих. Кількість оглядів у перерахуванні на 10 тисяч дорослого на-

селення в Україні також збільшилася – з 195,6 до 200,8 (у 2015 році цей показник був ще менший та складав 178,7).

В абсолютних числах найбільше оглянутих у 2017 році було в Дніпропетровській (56 834 особи) та Харківській (40 560 осіб) областях, найменше – Закарпатській (11 676 осіб) та Луганській (13 848 осіб) областях.

Перерахувавши на 10 тисяч дорослого населення, найбільша кількість оглянутих спостерігалася у Житомирській (289,5) та Вінницькій (245,9) областях, найменше оглянутих у 2017 році було у м. Києві (114,7) та Закарпатській області (121,1) за середнього показника по Україні – 200,8.

Отже, в Закарпатті спостерігається зменшення оглянутих як за абсолютними числами, так і в перерахунок на 10 тисяч дорослого населення, що в сукупності з показниками навантаження на одне засідання в даному регіоні (10,5) дає привід замислитися про обґрунтованість кількості МСЕК у регіоні.

Навантаження на одне засідання становило 11,4 проти 11,2 у 2016 році, що майже відповідає оптимальному. Залишається дуже високим навантаження на одне засідання МСЕК у Черкаській області (34,4). У 2016 році цей показник склав 28,3. Перевищення в три рази оптимального та середнього показників по Україні, безперечно, негативно впливає на якість оглядів у зазначеному регіоні. Подальший аналіз роботи МСЕК у Черкаській області засвідчує про досить малу середню кількість засідань однієї МСЕК на рік – 67,8, за середньостатистичного показника в Україні – 177,6. Це й є причиною значного навантаження на одне засідання. Постає запитання: чому не збільшити б кількість засідань, що, безперечно, підвищить якість надання медико-експертної допомоги населенню регіону, адже на першому місці повинні бути якість та зручність для населення. Фахівці інституту, маючи достатній практичний досвід проведення засідань медико-експертних комісій та теоретичні розробки щодо питань організації роботи служби, переконані, що якісно провести огляд 34 осіб за одне засідання неможливо.

У решті регіонів показники коливаються в межах оптимальних. Найменше навантаження на одне засідання у Херсонській (9,3) та Київській (9,6) областях.

Отже, дані регіони повинні привести кількість МСЕК відповідно до потреб населення.

Співвідношення первинно та повторно оглянутих становило 27,8 % (у 2016 році – 28,8 %) та 72,2 (у 2016 році – 71,2 %), що не відповідає рекомендованим 40 та 60 %. Значно більший відсоток повторно оглянутих в окремих областях (Луганська – 82,4 %, Сумська – 80,2 %, Черкаська – 79,1 %).

У попередньому, 2016 році «лідерами» за даними показниками були інші регіони: Житомирська – 77,4 %, Волинська – 76,6 %, Тернопільська – 75,9 %, Дніпропетровська – 75,8 %, Івано-Франківська – 75,5 % області. Їм було рекомендовано провести перевірки обласними МСЕК щодо дотримання первинними МСЕК строків повторних оглядів, а також рівня статистичного обліку та складання звітної форми № 14. За результатами роботи 2017 року можна зробити висновок, що вони прислухалися до наших порад та поліпшили роботу з первинними МСЕК, що і свідчить про позитивні результати наслідки. На нашу думку, цієї ж поради потребують зазначені вище регіони, що лідирують за повторно оглянутими на МСЕК особами.

Питома вага первинно оглянутих у півтора разу перевищує середньостатистичний показник по Україні (27,8 %) у м. Київ (45,9 %), досить високий він і в Київській області (32,7 %), що найвірогідніше пов'язано зі збільшенням звернень на МСЕК у зазначеному регіоні за рахунок бійців АТО та учасників Революції гідності.

Середня кількість засідань МСЕК на тиждень, як і в попередньому році, становила 3,7, а виїзних – збільшилася (вперше за останні три роки) на 1,5 %. Невеликий, але приріст дає надію на позитивну тенденцію з даного питання й у подальшому. Виїзні засідання наближають медико-експертну допомогу до населення. В 2017 році вищий показник виїзних засідань зареєстровано вже традиційно в Київській (54,3 %, у 2016 році – 55,5 %), Харківській (38,5 %, у 2016 році – 38,0 %), Тернопільській (36,2 %, у 2016 році – 38,0 %) та Сумській (39,1 %, у 2016 році – 38,0 %) областях. Висока питома вага виїзних засідань у 2017 році також спостерігається по м. Київ – 36,5 %. Найменший цей показник, як і в 2016 році, в Луганській (11,2%, 2016 рік – 12,1 %) та Донецькій (17,7 %, у 2016 році – 17,9 %) областях, що пов'язано з об'єктивними обставинами.

У 2017 році дещо збільшилася питома вага **необгрунтовано направлених на МСЕК** і склала 3,3 %, упродовж попередніх двох років вона була на рівні 3,2 %. Як і минулого року, найбільша кількість необгрунтовано направлених на МСЕК у 2017 році була в Хмельницькій області – 14 %, до того ж вона зросла в даному регіоні в два рази (у 2016 році – 7,0 %). Схожа ситуація спостерігається в Чернівецькій області: в 2017 році питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК склала 5 %, (у 2016 році – 5,3 %). Найменше необгрунтовано направлених на МСЕК у 2017 році було в Херсонській області – 0,3 % (2016 рік – 0,6 %) та Луганській – 0,8 % (2016 рік – 1,1 %). Як впливає з аналізу динаміки результатів, показники зазначених регіонів майже повністю співпадають з результатами роботи у 2016 році. Винятком стала Черкаська область,

в якій у 2016 році питома вага необгрунтовано направлених на МСЕК складала 1,1 %, а в 2017 році вона зросла до 1,7 %.

Необгрунтоване направлення на МСЕК – досить важлива проблема для служби медико-соціальної експертизи та потребує поглиблення знань з питань медико-соціальної експертизи лікарями ЛКК шляхом розглядання всіх випадків необгрунтованого направлення на МСЕК на медичних нарадах у лікувально-профілактичних закладах. До того ж направлення на МСЕК «за наполюванням хворого» не повинно бути головним аргументом щодо виправдання лікарів ЛКК. Належно налагоджена організація роз'яснення громадянам положень медико-соціальної експертизи та діючої Інструкції про встановлення груп інвалідності є безпосереднім обов'язком лікарів ЛКК і, як засвідчує досвід, дає свої позитивні результати.

Крім того, лікарі ЛКК та МСЕК недостатньо застосовують подовження листків непрацездатності через МСЕК, хоча на цей ефективний засіб профілактики інвалідності вже неодноразово звертали увагу, підбиваючи підсумки та аналіз роботи служби за попередні роки. Про ефективність даного методу свідчить питома вага не визнаних у подальшому інвалідами 72,8 % осіб (у 2016 році – 70,6 %), яким було подовжено лікування за лікарняним листком. Найбільше продовжено лікування за листками непрацездатності упродовж 2017 року, як і в попередні роки, в разі травм (7 598 лікарняних листків, у 2016 році – 6 938 лікарняних), що склало 67,8 (2016 рік – 65,6 %) від загальної кількості подовжених на МСЕК листків непрацездатності. На другому місці – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 1 543 лікарняних (13,8 %). Третє місце посідають хвороби системи кровообігу – 789 лікарняних (7,0 %).

Показник уперше визнаних особами з інвалідністю на 10 тисяч усього населення по Україні в 2017 році залишився на попередньому рівні та склав, як і минулого року, 35,1. Така тенденція притаманна більшості регіонів України. Виняток становлять 10 областей (у 2016 році таких областей було шість).

За ранговими місцями приросту області посідають такі позиції: Хмельницька (+17,8 %), Запорізька (+5,8 %), Полтавська (+5,3 %), Одеська (+3,3 %), Херсонська (+3,1 %), Київська (+1,9 %), Вінницька (+1,2 %), Тернопільська (+0,6 %), Львівська (+0,5 %), Івано-Франківська (0,3 %). У зазначених областях первинна інвалідність зросла. Найвагомніше зростання первинної інвалідності відбулось у Хмельницькій області.

У 2016 році спостерігалася така тенденція: Черкаська (+4,9 %), Сумська і Рівненська (по +3,5 %), Миколаївська (+2,5 %), Запорізька (+1,0 %) та Одеська (+0,6 %).

Найсуттєвіше в 2017 році знизилася первинна інвалідність усього населення в Черкаській (-13,9 %) та Кіровоградській (-5,1 %) областях.

У 2016 році спостерігалася суттєве зниження первинної інвалідності усього населення у Волинській області (-11,1 %).

Привертають до себе увагу значні коливання рівнів первинної інвалідності в Хмельницькій та Черкаській областях. Хоча ці коливання мають у зазначених областях протилежні тенденції (у Хмельницькій – різке збільшення первинної інвалідності, в Черкаській, навпаки, – різке зменшення), але такі зміни повинні мати своє підґрунтя. В даних областях не спостерігалось суттєвих міграційних змін (населення на попередньому рівні), немає зсувів у показниках захворюваності та розповсюдженості хвороб серед населення зазначених областей, ліжковий фонд та забезпечення лікарями не мали суттєвих змін. Тому об'єктивних причин та адекватних пояснень нам знайти не вдалося. Отже, показники областей мають бути ретельно проаналізовані та причини знайдені.

Щодо причин інвалідності в 2017 році, то в Україні спостерігалися такі тенденції: число інвалідів унаслідок загального захворювання, порівняно з попередніми роками, продовжує поступово збільшуватися з 27,7 та 29,6 на 10 тис. населення в 2015 та 2016 роках, до 30,2 на 10 тис. населення у 2017 році. На 20 % зросла інвалідність унаслідок нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань.

Показники первинної інвалідності серед військовослужбовців, порівняно з попереднім роком, зменшилися на 23,8 %. Це закономірна тенденція, все ж таки бойові дії на сході країни не мають попередньої інтенсивності. Сподіваємося, що все менше наших хоробрих захисників отримуватимуть травми та поранення, менше ставатимуть особами з інвалідністю. А реабілітаційні заходи стосовно них будуть вчасно та ефективно проведені.

Первинній інвалідності серед учасників АТО буде присвячено окремий підрозділ нашого довідника.

Первинна інвалідність з дитинства також зменшилася на 23,8 %. Це пов'язано, на нашу думку, з двома причинами. По-перше, це прийняття наказу Кабінету Міністрів України № 10 від 21 січня 2015 року, який розширив показання для встановлення групи інвалідності без строку переогляду. По-друге – це прийняття також оновленої інструкції про встановлення групи інвалідності у дітей (Порядок встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 917).

Оновлена інструкція ґрунтується, як і «доросла», на визначенні ступеня порушення функцій та обмеження життєдіяльності. До цього, по суті, будь-яке захворювання було підставою для визначення статусу «дитина-інвалід».

Рівень інвалідності внаслідок аварії на ЧАЕС упродовж останніх трьох років залишається майже на попередньому рівні. Не став винятком і 2017 рік, порівняно з попереднім, 2016 роком цей показник не змінився та склав 0,4 на 10 тис. населення.

Усе більше років відділяють нас від Чорнобильської трагедії, яка вплинула на долю сотень тисяч українців, і завжди буде сумним відлунням віддаватися в їхніх серцях. Однією з підстав для

цього є постійна кількість осіб з первинною інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС.

У розрізі областей України вже четвертий рік поспіль першість серед первинно визнаних особами з інвалідністю внаслідок виробничих травм та професійних захворювань посідає Дніпропетровська область – 2,4 на 10 тис. населення. В 2016 році цей показник у зазначеній області склав 2,2 на 10 тис. населення. Тобто, спостерігається зростання на 9,1 %. Зазначена тенденція до зростання помітна в регіоні з року в рік. Донецька область – «лідер» попередніх років – має показник – 1,9 на 10 тис. населення. Третє місце посідає Львівська область з показником – 1,7 на 10 тис. населення. Незважаючи на те, що вказані регіони є промисловими центрами, але їхнє лідерство цілком зрозуміле. На наш погляд, слід провести додатковий ретельний аналіз та розробити заходи для попередження подовження визначеної тенденції. Аналогічна пропозиція вже була запропонована Дніпропетровській області в 2016 році. Зміни відбулися лише негативні (показник первинної інвалідності внаслідок нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань іще більше зріс).

Третій рік поспіль найбільше осіб з інвалідністю з дитинства визнано в Львівській області, хоча показник там дещо знизився та склав 4,2 на 10 тис. населення (у 2016 р. – 4,5, в 2015 р. – 5,0). Також привертають до себе увагу такі коливання даної категорії осіб з інвалідністю. Так, в Івано-Франківській області показник первинно визнаних інвалідами з дитинства зріс з 2,5 на 10 тис. населення в 2016 році до 3,2 – у 2017 році (+28,0 %).

Серед «переможців» по зростанню – Кіровоградська область: там показник первинно визнаних особами з інвалідністю з дитинства зріс з 3,3 у 2016 році до 4,0 – у 2017 (+21,2 %). Середній показник по Україні – 2,7 на 10 тис. населення. Є над чим замислитися департаменту охорони здоров'я у Львівській та Кіровоградській областях. Яка причина різкого зростання інвалідності з дитинства: нестача кваліфікованих медичних кадрів, погіршення екологічної ситуації в регіонах, збільшення захворюваності серед дітей та підлітків у зазначених регіонах чи щось інше?

У п'яти, проти третини в попередньому році, адміністративних територіях питома вага первинної інвалідності з дитинства у структурі інвалідності дорослого населення перевищує 10 %. Це такі області: Закарпатська – 11,3 % (12,0 %), Житомирська – 10,6 % (11,2 %), Волинська – 11,1 % (11,1 %) та Рівненська – 12,0 % (11,1 %). У дужках зазначено показник за 2016 рік. Останнім часом дещо покращилася екологічна ситуація в країні, проводиться реформа охорони здоров'я, вжиті заходи щодо забезпечення безоплатними лікарськими засобами пацієнтів, котрі мають серцево-судинні захворювання та цукровий діабет. Проте, непокоїть нинішнє становище з вакцинацією дітей у країні, забезпечення якісними харчовими продуктами дошкільних та шкільних установ. Здорові діти – це, безумовно, здорова нація, це майбутнє будь-якої держави, її науковий та трудовий потенціал. Тому здоров'ю

дітей слід приділяти якомога більше уваги і робити це потрібно зараз. Потім уже буде пізно. Тому фахівцям МСЕК зазначених регіонів слід звернути увагу на показники інвалідності з дитинства і розробити невідкладні заходи щодо її профілактики та зниження.

Стосовно інвалідності серед військовослужбовців, то найбільша кількість осіб первинно визнаних особами з інвалідністю внаслідок цієї причини вкотре, вже традиційно, в Житомирській області – 3,7 на 10 тис. населення (у 2016 р. – 4,5 на 10 тис. населення). У Київській області цей показник склав 3,1 на 10 тис. населення (у 2016 р. – 3,4) та Полтавській області, як і у попередньому році – 2,7 на 10 тис. Середній показник в Україні, як уже зазначалося, – 1,6 (у 2016 р. – 2,1).

Інвалідність унаслідок аварії на ЧАЕС у загальній структурі інвалідності у 2017 році становила, як і в попередньому році, 1,3 %. Проте в областях, населення яких постраждало від аварії на ЧАЕС, ця причина обумовлює від 11,0 % до 3,3 %: Київській (11,0 %), Житомирській (5,4 %), Чернігівській (3,3 %), Волинській (2,2 %), Рівненській (1,9 %).

Привертає до себе увагу такої негативний момент, як зростання кількості первинно визнаних особами з інвалідністю з цієї причини, порівняно з попереднім роком, у таких регіонах: Чернігівська (з 2,4 до 3,3 %), Полтавська (з 1,2 до 1,9 %), Дніпропетровська (з 0,2 до 0,4 %), Закарпатська (з 0,3 до 0,6 %), Сумська (з 1,5 до 1,8 %) та Луганська (з 0,2 до 0,3 %) області. Як уже зазначалося торік, означена тенденція до збільшення цієї категорії осіб з інвалідністю не зовсім зрозуміла – від аварії на ЧАЕС нас відділяють понад тридцять років. Єдиною причиною, на нашу думку, може бути звернення за інвалідністю постраждалих унаслідок ЧАЕС через погіршення економічної ситуації в країні, зростання комунальних платежів та напруження на ринку праці, які до цього на МСЕК не зверталися.

Уперше за останні три роки спостерігається зниження **первинної інвалідності серед працюючих**. У 2017 році цей показник зменшився на 1,4 %. Проте є регіони, де зазначений показник суттєво зріс. Так, найбільше зростання спостерігається в Хмельницькій (+18,2 %!), Волинській (+12,1 %), Житомирській (+10,7 %) областях. Як завжди, потребують пояснень різкі коливання показників протилежного напрямку, - зменшення показника первинної інвалідності в Черкаській області (-20,2 %) та м. Київ (-15,8 %). На нашу думку, слід зробити ретельний аналіз зазначених показників у регіонах та розібратися з причинами значного відхилення як від своїх показників попереднього року, так і середніх по країні.

Упродовж останнього десятиріччя інвалідність серед сільського населення – як дорослого, так і працездатного – перевищує показники міського населення.

Привертає до себе увагу тенденція, що склалася останнім часом: розрив між показниками первинної інвалідності сільського та міського населення

швидко скорочується із року в рік. Не став винятком і 2017 рік.

Кількість первинно визнаних особами з інвалідністю на 10 тис. дорослого населення у 2017 році серед міського населення склала 41,7 (у 2016 р. – 41,5), а сільського – 45,6 (у попередньому році – 45,9); серед населення працездатного віку, відповідно, – 45,1 та 56,5, що майже не відрізняється від показників 2016 року, які склали, відповідно, 45,1 та 56,7. Це, на нашу думку, пов'язано з ускладненням працевлаштування у містах, яке зростає з кожним роком. До цього дана тенденція була актуальніша для сільських жителів, що за наявності захворювань змушує населення звертатися на МСЕК для встановлення групи інвалідності.

Первинна інвалідність серед працюючих склала у 2017 році 27,1, що майже дорівнює показнику 2016 року (27,5). Суттєве збільшення інвалідності серед працюючих сталося у таких регіонах України: Хмельницька (+18,2 %), Волинська (+12,1 %) та Житомирська (+10,7 %) області. У цих регіонах слід звернути увагу на рівень випадків використання для доліковування та реабілітації в перспективних випадках подовження листків непрацездатності для профілактики інвалідності.

Найбільше зниження інвалідності серед працюючих спостерігалось в Черкаській області (-20,2 %) та м. Київ (-15,8 %).

У попередньому році рангові місця адміністративних територій України за рівнями первинної інвалідності серед працюючих корелювали з кількістю подовжених листків непрацездатності на 1000 працюючих, направлених на МСЕК. Що було цілком зрозумілим та логічним фактом. У 2017 році такої кореляційний зв'язок повністю відсутній. Винятком є Чернівецька область, яка посідає перше рангове місце за первинною інвалідністю серед працюючих на 10 тис. зайнятого населення та перше місце за подовженими листками непрацездатності на 1000 працюючих, направлених для встановлення інвалідності. У попередньому році такої феномен (відсутність кореляції) був притаманний лише Херсонській області, у 2017 році – усім регіонам, крім Чернівецької області. Цей феномен запропоновано торік додатково дослідити. За попереднім аналізом, це був результат не зовсім коректно поданої статистичної інформації. Тепер це вже не феномен, а явище, що поширене на показники всіх регіонів. Але іншої причини не знайдено.

Первинна інвалідність серед дорослого населення в 2017 році. Первинна інвалідність серед дорослого населення залишилася на попередньому рівні та склала, як і торік, 43,0 на 10 тис. населення. В абсолютних числах це становить 135 674 особи первинно визнаних інвалідами серед дорослого населення у 2017 році. Але, ця тенденція притаманна далеко не всім регіонам. Суттєво збільшився даний показник, знову ж, у Хмельницькій (+18,1 %), Запорізькій (+6,1 %), Полтавській (+5,6 %) та Одеській (+3,6 %) областях.

У попередньому, 2016 році збільшення інвалідності серед дорослого населення спостерігалось в

інших регіонах: Черкаській (+4,8 %), Рівненській та Сумській (по +3,8 %) областях. У 2015 році зростання інвалідності серед дорослого населення спостерігалось в інших регіонах: Львівська (+6,8 %), Запорізька (+6,1 %) та Чернівецька (+6,0 %) області.

До регіонів із досить суттєвим зменшенням даного показника, які й обумовили залишення даного показника загалом по Україні на попередньому рівні, належать: Черкаська (-13,8 %), Луганська (-7,4 %) та Кіровоградська (-5,1 %) області.

Отже, в 2017 році в 15 регіонах України зменшилася первинна інвалідність серед дорослого населення, що складає більше половини адміністративних територій.

Показники первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення в 2017 році мали найбільші значення в Львівській – 53,5 (у 2016 р. – 53,2), Запорізькій 50,5 (у 2016 р. – 47,6) та Хмельницькій – 49,6 (у 2016 р. – 42,0) областях.

Щодо розподілу первинної інвалідності серед дорослого населення за групами інвалідності, то цифри майже ідентичні з показниками попередніх років. Так, як і в 2016 році, переважають особи з інвалідністю третьої групи, їхня питома вага в 2017 році склала 52,4 (торік – 52,5 %). Особи з інвалідністю другої групи складають 35,7 (у попередньому році – 35,6 %); першої групи, як і торік, – 11,9 %, у тому числі 4,2 % І А групи та 7,7 % І Б групи (у 2016 році ці показники склали відповідно 4,3 % та 7,6 %).

Отже, наявність більше половини осіб з інвалідністю серед дорослого населення, яким установлена ІІІ група, передбачає високий реабілітаційний потенціал та позитивний прогноз щодо повернення цих осіб до повноцінного життя в недалекому майбутньому. Привертає до себе увагу значне перевищення показника питомої ваги осіб з інвалідністю першої групи, як і в попередній рік, порівняно із середнім по Україні (11,9 %), у Черкаській області, який склав у цьому регіоні 16,5 % (у 2016 році – 18,5 %). Це найбільша питома вага первинно визнаних інвалідами першої групи серед усіх адміністративних територій.

Значну частку в даному регіоні складають й особи з інвалідністю другої групи, питома вага яких зросла за рік із 44,3 до 46,8 %. Відповідно, відрізняється і питома вага осіб з інвалідністю третьої групи, яка в інших регіонах та в середньому по Україні складає більше п'ятдесяти відсотків. У Черкаській області – 35,7 (у попередньому році – 37,2 %). Ми зауважували про ці статистичні показники у попередньому довіднику. Пропонували провести детальний аналіз даного явища. Передбачали три причини: запізнити звернення пацієнтів на МСЕК або наявність низького рівня профілактичної допомоги в регіоні, або невиконання програми реабілітації інвалідів. Проте не заперечували дії всіх перерахованих факторів на обтяження груп інвалідності в регіоні.

Первинна інвалідність серед працездатного населення в 2017 році

Рівень первинної інвалідності серед населення

працездатного віку також залишився на попередньому рівні та склав, як і в попередньому році, 48,8 на 10 тис. населення працездатного віку. І якщо перевести дані показники в абсолютні числа, то кількість первинно визнаних інвалідами серед населення працездатного віку склала 110 820 осіб.

Загалом по Україні, як засвідчує аналіз статистичних даних, показники первинної інвалідності серед населення працездатного віку перевищують показники первинної інвалідності серед дорослого населення.

В 11 адміністративних територіях первинна інвалідність серед населення працездатного віку збільшилася. Із-поміж усіх областей значно відрізняються від середнього показника по Україні, як і в ситуації з первинною інвалідністю серед дорослого населення, Хмельницька (+19,2 %), Запорізька (+10,0 %), Полтавська (+6,5 %) та Одеська (+2,2 %) області. Суттєво знизився показник первинної інвалідності серед працездатного населення, порівняно з попереднім роком, у таких регіонах: Черкаська (-13,9 %), Кіровоградська та Миколаївська (по – 5,8 %), Луганська (-5,4 %) та Дніпропетровська (-4,9 %) області.

Показники первинної інвалідності на 10 тисяч населення у працездатному віці мають найбільше значення у 2017 році, як і в попередні два роки, у Львівській – 64,3 (у 2016 р. – 63,9), Вінницькій – 57,3 (у 2016 р. – 56,1), Житомирській – 53,3 (у 2016 р. – 55,7) та Полтавській – 57,8 (у 2016 р. – 54,1) областях. У 2017 році до цього переліку додалася ще й Донецька область з показником 54,6 випадку на 10 тис. населення працездатного віку. Проте у всіх перерахованих областях цей показник перевищує середній по країні (48,8) та показники попередніх двох років.

Щодо розподілу первинної інвалідності серед населення у працездатному віці за групами інвалідності, то результат майже ідентичний щодо показників дорослого населення та майже не відрізняються від попереднього року.

Як і в минулому році, загалом по Україні та регіонах, за винятком Черкаської області та м. Київ, за питомою вагою переважають особи з інвалідністю третьої групи. По Україні вона склала 58,7 % (у 2016 р. – 58,5 %). Особи з інвалідністю другої та першої груп відповідно складають 33,9 % (у 2016 р. – 34,2 %) та 7,4 % (у 2016 р. – 4,6), у тому числі І А групи – 2,7 % та І Б групи – 4,7 % (у 2016 р. – відповідно 2,7 % та 4,6 %). Найбільша питома вага осіб з інвалідністю першої групи серед населення працездатного віку в Миколаївській та Сумській областях – по 8,9 %, Запорізькій та Черкаській – по 8,8 % та Волинській – 8,6 %. Переважає питома вага визнаних особами з інвалідністю другої групи серед населення у працездатному віці в таких регіонах: Черкаська область (48,7 %), місто Київ (48,2 %) та Одеська область (45,9 %).

У структурі первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення змін майже не відбулося. Зберігається тенденція останніх років: новоутворення, у тому числі злякисні, за показниками інвалідності як дорослого, так і працездатного

населення, тісно конкурують з серцево-судинними захворюваннями. Трійку «лідерів» замикають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

За аналізом результатів у 2017 р., **серед дорослого населення** України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу – 22,9 % (показник 2016 р. – 22,5 %), на другому місці – новоутворення – 22,6 % (у 2016 р. – 22,3 %), із них злоякісні – 21,7 % (у попередньому році – 21,4 %), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 12,6 % (у 2016 р. – 11,4 %). Серед **населення працездатного віку** перше місце посідають новоутворення – 20,9 % (у 2016 р. – 20,7 %), із них злоякісні – 19,9 % (у 2016 р. – 19,7 %), на другому – хвороби системи кровообігу – 20,1 % (у попередньому році – 19,8 %), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 13,2 % (у 2016 р. – 11,9 %). Тобто, в 2017 році третє рангове місце посідають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які замінили травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин – 11,6 % (12,6 % у попередньому році).

Як і в попередньому році, непокоїть той факт, що третій рік поспіль новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності серед дорослого населення та перше серед населення у працездатному віці, що є прямим наслідком страшної трагедії українського народу – Чорнобильської катастрофи. Як засвідчує світовий досвід атомних катастроф, нам іще довго доведеться оговтуватися від цієї трагедії.

Саме тому Україна вирізняється високим рівнем онкозахворюваності і входить до першої десятки країн світу щодо цього показника, маючи більше 160 тисяч хворих за рік. Сьогодні кожний п'ятий українець упродовж життя занедужує на рак, а в найближчій перспективі – хворітиме кожен четвертий. За прогнозами до 2020 року, кількість онкохворих в Україні може зрости до 200 тисяч осіб щорічно. Загальний показник захворюваності на злоякісні новоутворення досягнув 370,7 на 100 тис. населення.

Детальний аналіз динаміки інвалідності внаслідок окремих нозологічних форм та її особливостей по регіонах представлено у відповідному розділі.

Аналіз основних показників діяльності обласних та центрально-міських МСЕК України засвідчив такі результати. Кількість перевірених актів дещо зменшилася (на 2 683 акти), також зменшилася кількість наданих консультацій (на 5 337), порівняно з попереднім роком. Кількість проведених семінарів та лікарів, які пройшли стажування залишилася майже на попередньому рівні (-34 семінари та -23 лікарі, які пройшли стажування). Проте в 2017 році було здійснено на 178 перевірок більше, порівняно з попереднім роком.

Слід наголосити про важливість дії в установах служби медико-соціальної експертизи системи внутрішньовідомчого контролю якості, що здійснюється обласними МСЕК у підвідомчих їм первинних комісіях загального та спеціалізованого профілю.

Чисельність оскаржень рішень первинних МСЕК у 2017 році дещо зменшилася: на 417 випадків. Підтверджено рішення 82,4 % випадків, у попередньому, 2016 році – 84,2 %; число скасування попередніх рішень зросло до 17,6 %, порівняно з 2016 роком, в якому питома вага скасування складала 15,8 %. Щодо оскарження рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасування зареєстровано у таких регіонах: Одеська (36,8 %), Чернігівська (33,8 %) та Полтавська (30,5 %) області за середнього показника по Україні – 17,6 %. Слід зазначити, що ці ж регіони лідирували за даними показниками і в попередньому році: Чернігівська (44,0 %), Одеська (33,7 %) та Полтавська (25,0 %) області за середнього показника по Україні 15,8 %.

Щодо **контрольних оглядів**, то число скасування попередніх рішень первинних МСЕК у 2017 році зменшилося до 1,5 %, з 2,1 % у попередньому році.

Кількість оглянутих для **визначення медичних показань для одержання автотранспорту** у 2017 році збільшилася загалом по Україні на 1 841 особу, порівняно з попереднім роком. Із них задоволено 88,5 % оглянутих (у 2016 році питома вага позитивних рішень складала 87,1 %).

Отже, основні показники діяльності служби медико-соціальної експертизи в Україні залишилися на попередньому рівні (показники первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення, структура інвалідності). Взагалі можна оцінити роботу служби як задовільну. Значні коливання в показниках інвалідності слід додатково проаналізувати та зробити остаточні висновки. Це стосується Хмельницької та Черкаської областей (у першій області в 2017 році спостерігається суттєве зростання первинної інвалідності працюючих на 18,2 %, первинної інвалідності дорослого населення на 18,1 %, інвалідності осіб працездатного віку – на 19,2 %; у другій, навпаки, – різкий спад рівня первинної інвалідності працюючих – на 20,2 %, первинної інвалідності дорослого населення – на 13,8 %, інвалідності осіб працездатного віку – на 13,9 %).

Пріоритетні завдання служби на наступний рік можна окреслити так: подальше підвищення якості, об'єктивності, доступності й ефективності медико-соціальної експертизи і реабілітаційних послуг, приведення принципів і механізмів їх здійснення відповідно до вимог Конвенції; забезпечення фізичної та інформаційної доступності державної системи медико-соціальної експертизи і реабілітації осіб з інвалідністю.

