

УДК 616-036.86

АНАЛІЗ РОБОТИ СЛУЖБИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2018 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 2018 року в Україні функціонували 363 МСЕК (у 2017 р. – 360, у 2016 р. – 361), з них 49 обласних та центрально-міських, 314 міжрайонних МСЕК. Мережа МСЕК збільшилася на три за рахунок відкриття у Полтавській області спеціалізованої неврологічної комісії та по одній міжрайонній комісії в Одеській та Сумській областях. Із загальної кількості МСЕК спеціалізованих – 139, що складає 38,2 %.

Чисельність медиків, які працювали у МСЕК в 2018 році, збільшилася на 15 лікарів, порівняно з попереднім роком. Тенденція до збільшення лікарів МСЕК спостерігається вперше за останні п'ять років. На 01.01.2018 року в мережі МСЕК працювало 1398 лікарів (у 2017 році – 1383; у 2016-му – 1386; у 2015-му – 1404). Питома вага лікарів на постійній роботі залишилася майже на попередньому рівні і склала 93,2 % (у 2017 році – 94,4 %; у 2016 році – 94,3). Взагалі в Україні коливання лікарського складу незначні: одна – три особи. У Черкаській області штат лікарів збільшився на шість. Тобто позитивна динаміка в даній області продовжується. В 2016 році кількість медиків МСЕК у зазначеному регіоні зменшилася на десять осіб (з 29 до 19). Зараз вона становить 30, що виправдало прогнози подальших позитивних змін у кадровому складі регіону. Це дало змогу знизити навантаження на одне засідання, яке складало найбільше в країні.

Кадровому питанню слід приділяти особливу увагу, зважаючи на те, як нелегко залучати молодих спеціалістів до роботи в галузі медико-соціальної експертизи. Проте третій рік поспіль триває певне омолодження персоналу.

Обласні МСЕК із оскарження та контролю оглянули на 168 осіб менше, ніж у попередньому році. Така тенденція спостерігається упродовж останніх трьох років (у 2017 році їх було 324 особи). Проте, якщо у попередні роки зменшення оглянутих обласними МСЕК можна пояснити зменшенням загальної кількості оглянутих, то в 2018 році це пояснення неправомірне. Тобто, обласні МСЕК повинні активізувати свою роботу із контролю, яка є однією з основних функцій. Особливо це стосується Хмельницької обласної МСЕК, де в 2018 році із контролю оглянуто лише 69 пацієнтів. Найбільша питома вага зміни експертних рішень оглянутих із оскарження була в Херсонській (31,8 %), Полтавській (30,4 %) та Харківській (28,0 %) областях за середнього показника в Укра-

їні – 16,7 %; під час оглядів із контролю показники такі: найбільша питома вага зміни рішень у Закарпатській (12,9 %), Хмельницькій (10,1 %) та Донецькій (9 %) областях за середнього в Україні показника – 1,9 %.

Кількість оглянутих у 2018 році збільшилася на 5 272 особи за рахунок первинно оглянутих. Ця ситуація змінилася вперше за останні п'ять років. Попередні чотири роки кількість оглянутих поступово зменшувалася.

В 2017 році вперше спостерігалось збільшення оглянутих на 12 666 осіб, але за рахунок повторно оглянутих. 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 населення в Україні також збільшилася з 200,8 до 203,7 (у 2016 році цей показник був ще менший та складав 195,6).

В абсолютних числах найбільше оглянутих у 2018 році було, як і у попередньому році, в Дніпропетровській області (56 224 особи), на другому місці – Львівська (47 184 особи), на третьому – Харківська (41 928 осіб) область. Найменше оглянутих у Луганській (10 126 осіб) та Закарпатській (11 578 осіб) областях.

У разі перерахування на 10 тисяч дорослого населення найбільше оглянутих у Житомирській (310,2) та Запорізькій (283,2) областях, найменше оглянутих у 2018 році було у м. Києві (116,4) та Закарпатській області (120,2) за середнього показника в Україні 203,7.

Отже, в Закарпатті другий рік поспіль спостерігається зменшення оглянутих як за абсолютними числами, так і в перерахунку на 10 тисяч дорослого населення, що дає серйозний привід замислитися про обґрунтованість кількості МСЕК у регіоні.

Навантаження на одне засідання в Україні становило 11,3 оглянутих за одне засідання проти 11,4 у 2017 році та 11,2 у 2016 році, що майже відповідає оптимальному.

Найбільшим є навантаження на одне засідання МСЕК у Черкаській області: за звітний рік цей показник склав 16,9 проти 34,4 у попередньому році. У 2016 році цей показник у даному регіоні складав 28,3. Тобто, спостерігається позитивна динаміка в області щодо даного питання, залишається сподіватися на подальше наближення показників регіону до оптимальних, які прораховані

та доведені в методичних рекомендаціях інституту.

Найменше навантаження на одне засідання, як і в попередньому році, залишається в трьох регіонах: у Миколаївській (8,7), Херсонській (9,4) та Київській (9,5) областях.

Отже, даним регіонам слід зробити відповідні висновки та узгодити кількість МСЕК із потребами населення.

У решті регіонів показники коливаються у межах оптимальних.

Співвідношення первинно та повторно оглянутих складало 28,5 % (у 2017 році - 27,8 %, у 2016 році - 28,8 %) та 71,5 % (у 2017 році - 72,2, у 2016 році - 71,2 %) Тобто, вже упродовж декількох років не досягається прораховане та обґрунтоване співвідношення між первинно та повторно оглянутими на МСЕК, яке повинно дорівнювати відповідно 40 та 60 %. Значно більший відсоток повторно оглянутих в окремих областях (Черкаська - 80,4 %, Сумська - 78,8 % та Житомирська - 77,1 %). У попередні роки «лідерами» за даними показниками були такі регіони: в 2017 році: Луганська - 82,4 %, Сумська - 80,2 %, Черкаська - 79,1 %; у 2016 році: Житомирська - 77,4 %, Волинська - 76,6 %, Тернопільська - 75,9 %, Дніпропетровська - 75,8 %, Івано-Франківська - 75,5 % області. Зазначеним регіонам було рекомендовано провести перевірки обласними МСЕК дотримання первинними МСЕК строків повторних оглядів, а також рівня статистичного обліку та складання звітної форми № 14. За результатами роботи 2018 року можна зробити висновок, що не всі регіони прислухалися до наших порад та поліпшили роботу з первинними МСЕК, що і відобразилося на отриманих результатах роботи. Серед «лідерів» залишаються Черкаська та Сумська області. Висока питома вага повторних оглядів у регіоні, на нашу думку, завжди викликає сумніви щодо дотримання норм законодавства у частині термінів установлення груп інвалідності. Адже існує низка категорій осіб з інвалідністю, яким групи інвалідності встановлюються на 2-3 роки, незважаючи на перелік зі встановлення груп інвалідності без строку перегляду.

Вже другий рік поспіль питома вага первинно оглянутих у півтора рази перевищує середньостатистичний показник в Україні (28,5 %) у м. Києві (44,3 %), досить високий він і в Закарпатській області (41,3 %). Щодо м. Києва, то, найімовірніше, це пов'язано зі збільшенням звернень до МСЕК у зазначеному регіоні за рахунок бійців АТО (ООС) та учасників Революції гідності. Зростання даного показника у Закарпатській області потребує подальшого ретельного аналізу. Зараз дати певні пояснення немає можливості.

Середня кількість засідань МСЕК на тиждень майже дорівнювала показнику попереднього року (3,7) та становила - 3,8. **Візні засідання** також залишилися майже на попередньому рівні та склали 27,0 проти 28,0 у попередньому році. На жаль, не зберігалася позитивна тенденція 2017 року, коли вперше за останні три роки їхня кількість

збільшилася на 1,5 %. Незначний приріст давав надію на позитивну тенденцію у даному питанні й у подальшому. Але не виправдався. Візні засідання наближають медико-експертну допомогу до населення, тому хотілося б покращення показників цього процесу в наступні роки. В 2018 році вищий показник візних засідань зареєстровано вже традиційно в Київській (50,9 %, у 2017 році - 54,3 %, у 2016 році - 55,5 %), Сумській (38,6, у 2017 році - 39,1 %, у 2016 році - 38,0 %), Харківській (37,6, у 2017 році - 38,5 %, у 2016 році - 38,0 %) та Тернопільській (36,5, у 2017 році - 36,2 %, у 2016 році - 38,0 %) областях. Найменший цей показник, як і в 2017 році, в Луганській (13,6, 2017 рік - 11,2, 2016 рік - 12,1 %), Івано-Франківській (16,4, 2017 рік - 20,6, 2016 рік - 23,7), Волинській (17,0, 2017 рік - 20,3, 2016 рік - 18,9). І якщо низький показник Луганської області можна пояснити об'єктивними обставинами (в регіоні тривають бойові дії), то зрозумілих пояснень для інших областей не існує.

У 2018 році продовжується позитивна тенденція до зменшення питомої ваги **необґрунтовано направлених на МСЕК**. У звітному році цей показник склав 2,9 %, а упродовж попередніх трьох років він був на рівні 3,3-3,2 %. Найбільша питома вага необґрунтовано направлених на МСЕК спостерігається у Вінницькій (5,7 %), Миколаївській та Чернівецькій (по 5,5 %) областях. У попередньому році найбільша кількість необґрунтовано направлених на МСЕК була в Хмельницькій області - 14,6 % та Чернівецькій області - 5,3 %. Хмельницька область, як нам відомо, провела велику методично-консультативну роботу з лікарями лікувально-консультативних комісій (ЛКК) і позитивний результат поміпний: питома вага необґрунтовано направлених на МСЕК знизилася з 14,6 % до 5,1 %. Тобто, необґрунтовано направлених на МСЕК у зазначеному регіоні зменшилося на 65 %. Проте є над чим ще працювати, враховуючи середній показник по країні (2,9 %). Найменше необґрунтовано направлених на МСЕК у 2018 році, як і в попередньому, було в Херсонській області - 0,1 % (2017 рік - 0,3 %; 2016 рік - 0,6 %) та Луганській області - 0,8 % (2017 рік - 0,8 %; 2016 рік - 1,1 %). У звітному році до цих регіонів приєдналася ще Тернопільська область з показником 0,6 % (2017 рік - 0,9 %; 2016 рік - 1,8 %).

Необґрунтоване направлення на МСЕК є досить важливою проблемою для служби медико-соціальної експертизи та потребує удосконалення знань з питань медико-соціальної експертизи лікарів ЛКК шляхом розгляду всіх випадків необґрунтованого направлення на МСЕК на медичних нарадах у лікувально-профілактичних закладах. При цьому направлення на МСЕК «за наполяганням 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 безпосередніми обов'язками лікарів ЛКК і, як засвідчує досвід, дає свої позитивні результати.

Слід ще раз зупинитися на показниках продовження листків непрацездатності через МСЕК. На цей ефективний спосіб профілактики інвалідності вже неодноразово зверталася увага під час підсумків та аналізу роботи служби за попередні роки. Про ефективність даного методу свідчить питома вага не визнаних у подальшому особами з інвалідністю – 70,6 % (у 2017 році - 72,8 % осіб; у 2016 році - 70,6 %), яким було продовжено лікування за лікарняним листком. Найбільше продовжено лікування за листками непрацездатності впродовж 2018 року, як і в попередні роки, було при травмах – 7 790 листків непрацездатності (у 2017 році - 7 598 листків, у 2016 році – 6 938 листків непрацездатності), що склало 65,9 % (2017 рік - 67,8; 2016 рік - 65,6 %) від загальної кількості продовжених на МСЕК листків непрацездатності. На другому місці – вже традиційно хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 1 610 лікарняних (13,6 %). Третє місце посідають хвороби системи кровообігу – 871 лікарняний (7,3 %). Тобто рангові місця за класами хвороб не змінилися.

Показник уперше визнаних особами з інвалідністю на 10 тисяч усього населення по Україні в 2018 році дещо зріс та склав 36,1, у попередні два роки він склав 35,1. Така тенденція притаманна більшості регіонів України. Виняток складають шість областей, де інвалідність зменшилася. Це такі регіони: Луганська (з 31,8 до 30,2 на 10 тис. усього населення області), Миколаївська (з 36,3 до 35,1), Рівненська (з 32,9 до 32,7), Херсонська (з 30,3 до 29,7), Хмельницька (з 40,3 до 34,3) області та м. Київ (з 31,7 до 31,1).

Щодо причин інвалідності в 2018 році, то в Україні спостерігалися такі тенденції: кількість осіб з інвалідністю внаслідок загального захворювання, порівняно з попередніми роками, продовжує поступово збільшуватися з 27,7; 29,6 та 30,2 на 10 тис. населення в 2015, 2016 та 2017 роках до 30,9 на 10 тис. населення у 2018 році.

Інвалідність унаслідок нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань залишилася на попередньому рівні та склала 0,6 на 10 тис. населення.

Показники первинної інвалідності серед військовослужбовців, порівняно з попереднім роком, збільшилися на 15,5 %. З 1,6 на 10 тис. населення до 1,9.

У попередньому, 2017 році показники первинної інвалідності серед військовослужбовців, порівняно з 2016 роком, зменшилися на 23,8 %. Це була закономірна тенденція, все ж таки бойові дії на сході країни не мали попередньої інтенсивності. Проте, як свідчить практична робота, зараз в учасників АТО (ООС) виявляється соматична патологія, яка пов'язана з перенесеними емоційно-психічними та фізичними навантаженнями, несприятливими чинниками перебування в польових умовах. Насамперед це такі захворювання, як ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, міокардити, хронічні захворювання легень. Та особливу увагу слід приділяти своєчасному виявленню та

лікуванню посттравматичних психічних розладів, які, своєю чергою, стають підґрунтям для розвитку різноманітної соматичної патології та необхідності огляду на МСЕК. На нашу думку, цим і обумовлено зростання даної категорії осіб з інвалідністю.

Первинній інвалідності учасників АТО (ООС) буде присвячено окремий підрозділ нашого часопису. Первинна інвалідність з дитинства залишається на попередньому рівні та складає 0,5 на 10 тис. населення або 7,4 %.

Рівень інвалідності внаслідок аварії на ЧАЕС упродовж останніх трьох років залишається майже на попередньому рівні. Не став винятком і 2018 рік, за який рівень інвалідності склав 0,5 на 10 тис. населення. У 2017 та 2016 роках цей показник 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 стала кількість первинної інвалідності внаслідок аварії на ЧАЕС.

У розрізі областей уже п'ятий рік поспіль найбільше осіб з інвалідністю внаслідок цієї трагедії в Дніпропетровській (2,8), Донецькій (2,0) та Львівській областях (1,4). Зазначена кількість осіб з інвалідністю внаслідок нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань у даних регіонах обумовлена насамперед великою кількістю гірничодобувних і металургійних підприємств. Проте потрібно даним питанням зайнятися досить серйозно. Обговорити та розробити разом з обласними адміністраціями, профспілками відповідних професій та Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань низку профілактичних заходів щодо попередження нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у зазначених регіонах.

Найбільша кількість первинно визнаних осіб з інвалідністю з дитинства в 2018 році спостерігається в Житомирській області, де показник склав 4,3 на 10 тис. населення. В попередньому році – 4,0.

У Львівській області, де попередні чотири роки було найбільше осіб з інвалідністю з дитинства, показник дещо знизився та склав 4,1 на 10 тис. населення (у 2017 р. – 4,2; у 2016 р. - 4,5). Необхідно провести додатковий аналіз для відповіді на запитання: яка ж 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.

Як і в попередньому році, в чотирьох адміністративних територіях питома вага первинної інвалідності з дитинства у структурі інвалідності населення перевищує 10 %. Це такі області: Закарпатська – 11,0 % (у 2017 році - 11,3 %, в 2016 році - 12,0 %), Житомирська – 10,1 (у 2017 році - 10,6 %, у 2016 році - 11,2 %), Волинська – 10,9 % (у 2017 році - 11,1 %, у 2016 році - 11,1 %)

та Рівненська – 10,6 % (в 2017 році - 12,0 %, в 2016 році - 11,1 %). Але при цьому спостерігається хоч і незначне, проте все ж таки поступове зменшення питомої ваги осіб з інвалідністю з дитинства. Останнім часом дещо покращилася екологічна ситуація в країні, проводиться реформа охорони здоров'я, вжиті заходи щодо забезпечення безоплатними лікарськими засобами пацієнтів на серцево-судинні захворювання та на цукровий діабет. Та непокоїть стан 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 звертаємо увагу зазначених регіонів на показники інвалідності з дитинства і пропонуємо розробити невідкладні заходи щодо її профілактики та зниження.

Щодо інвалідності серед військовослужбовців, то найбільша питома вага осіб, первинно визнаних особами з інвалідністю внаслідок цієї причини, вкотре, вже традиційно, є Житомирська область – 11,7 % (в 2017 р. - 10,3 %, у 2016 р. – 11,2 %). У Київській області цей показник також збільшився – 8,3 % в 2017 році до 10,2 у звітному році (в 2016 р. - 9,3). Середній показник в Україні, як уже зазначалося, – 5,2 % (в 2017 р. – 4,5, у 2016 р. - 6,0).

Інвалідність унаслідок аварії на ЧАЕС у загальній структурі інвалідності у 2018 році майже не змінилася та становила 1,4 % (у попередні два роки - 1,3 %). Проте в областях, населення яких потерпіло від аварії на ЧАЕС, показники становлять від 2,1 до 13,0 % (у попередньому році – від 3,3 % до 11,0 %: Київській – 13,0 % (11,0 %), Житомирській – 5,4 % (5,4 %), Чернігівській – 3,5 % (3,3 %), Волинській – 2,0 (2,2 %), Рівненській – 2,1 (1,9 %). У дужках вказані показники попереднього, 2017 року.

У квітні 2019 року міне 33 роки з Чорнобильської трагедії. Загальна сума прямих збитків унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС у 1986–1989 роках складала близько 12,6 млрд доларів США. Втрати матеріально-майнових комплексів і окремих об'єктів економіки в зоні відчуження на території України – 1,4 млрд доларів США. Сумарні прямі витрати матеріальних об'єктів за межами зони відчуження становлять 0,8 млрд доларів США. Аналіз непрямих збитків засвідчив, що втрати від невикористання сільськогосподарських, водних і лісових ресурсів, вартість недоотриманої електроенергії, збитки від мораторію на введення в дію нових потужностей на об'єктах атомної енергетики становили сумарно понад 160 млрд доларів США. Але якою валютою можна оцінити втрати людей, котрі пережили чорнобильське лихо, зустрілися з безпрецедентним комплексом соціальних, технологічних, інформаційних і правових проблем. І нині залишається актуальним визначення ризиків для здоров'я людей, вивчення впливу радіоактивного забруднення на навколишнє се-

редовище, прогнозування стратегічних напрямів розв'язання проблем розповсюдження радіонуклідів у воді, повітрі, ґрунті, вивчення можливих наслідків цих явищ для конкретних груп населення, які потерпають від ризику, враховуючи їхній спосіб життя. Зважаючи на вищепераховані чинники, стає зрозуміло, чому й досі, через більш ніж тридцять років до нас приходять пацієнти, які постраждали в техногенній катастрофі ще минулого віку.

На жаль, не збереглася тенденція минулого року, коли уперше за останні три роки спостерігалось зниження **первинної інвалідності серед працюючих**. У 2018 році цей показник збільшився на 6,3 %. Є регіони, де зазначений показник досить суттєво зріс. Так, найбільше зростання спостерігається в Тернопільській (+15,1), Вінницькій (+14,2 %) та Житомирській (+12,2 %) областях. Зменшився показник первинної інвалідності серед працюючих у 2018 році лише в Хмельницькій області (-15,0 %). Цьому є просте пояснення: в зазначеному регіоні найкраще використовують продовження листків непрацездатності. Дану ефективну міру профілактики інвалідності в регіоні застосовували в 2018 році найбільше – 385,4 продовжених листків непрацездатності на 1 тис. працюючих. Наприклад, у Дніпропетровській області даними можливостями скористалися лише в 99 випадках на 1 тис. працюючих. Тому і результат на Хмельниччині кращий.

У 2018 році зберігається тенденція, яка притаманна останнім рокам: різниця між показниками первинної інвалідності сільського та міського населення скорочується із року в рік. Кількість первинно визнаних особами з інвалідністю на 10 тис. дорослого населення у 2018 році серед міського населення склала 42,4 (в 2017 р. – 41,7; у 2016 р. – 41,5), а сільського – 48,1 (у 2017 р. – 45,6; у 2016 р. - 45,9); серед населення працездатного віку відповідно – 45,9 та 59,6, що майже не відрізняється від показників попередніх двох років, які склали відповідно 45,1 та 56,5; 45,1 та 56,7. Це, на нашу думку, пов'язано з ускладненням працевлаштування у містах, яке зростає з кожним роком. До цього дана причина була більш актуальною для сільських жителів, що за наявності захворювань змушує звертатися населення на МСЕК за встановленням групи інвалідності.

Первинна інвалідність дорослого населення в 2018 році

Первинна інвалідність дорослого населення зросла на 2,8 %, порівняно з минулим роком, та склала 44,2 на 10 тис. населення проти 43,0 в 2017 році. В абсолютних числах це складає 138 756 осіб первинно визнаних особами з інвалідністю серед дорослого населення у 2018 році (у 2017 р. – 135 674). Проте ця тенденція притаманна далеко не всім регіонам. Суттєво зменшився даний показник у Хмельницькій області (-14,9 %). Зменшився він також у Луганській (-4,8 %), Миколаївській (-3,4 %), Херсонській (- 1,6 %) областях, м. Києві (-1,5 %) та дещо в Рівненській області (-0,5). Тобто, первинна інвалідність дорослого населення

в 2018 році зменшилася в шести регіонах та залишилася на попередньому рівні в двох (Волинська та Івано-Франківська області).

До регіонів з досить суттєвим зростанням даного показника, які й обумовили зростання показника загалом в Україні, належать: Житомирська (+18,3 %), Полтавська (+12,4,4 %) та Вінницька (+7,5 %) області.

Отже, у 2018 році загалом в Україні збільшилася кількість первинно визнаних особами з інвалідністю серед дорослого населення, що сталося вперше за останні п'ять років. У шести регіонах України відбулося зменшення первинної інвалідності дорослого населення, що складає майже чверть адміністративних територій. У двох областях показник залишився на попередньому рівні, а на решті адміністративних територій, що складає три четверти, він зріс.

Щодо розподілу первинної інвалідності дорослого населення за групами інвалідності, то цифри майже ідентичні показникам за попередні роки. Зокрема, як і в 2017 році переважають особи з інвалідністю третьої групи, їх питома вага в 2018 році склала 53,7 % (торік - 52,4, в 2017 р. - 52,5 %). Особи з інвалідністю другої групи складають 34,8 % (у попередньому році - 35,7, у 2016 р. - 35,6 %), першої групи - 11,5 % (попередні два роки - 11,9 %), у тому числі 4,0 % І А групи та 7,5 % І Б групи (у 2017 та 2016 рр. ці показники склали відповідно 11,9 % та 4,2 %; 4,3 % та 7,6 %).

Отже, наявність серед осіб з інвалідністю більше половини, яким установлена ІІІ група, передбачає високий реабілітаційний потенціал та позитивний прогноз щодо реабілітації. Привертає до себе увагу значне перевищення показника питомої ваги осіб з інвалідністю першої групи, як і в попередні два роки, порівняно із середнім в Україні (11,5 %), у Черкаській області, який склав у цьому регіоні аж 21,7 % (!) (у 2017 р. - 16,5 %, у 2016 р. - 18,5 %). Це найбільша питома вага первинно визнаних особами з інвалідністю першої групи серед усіх адміністративних територій. Найбільшу частку в даному регіоні, порівняно з рештою адміністративних територій, складають і особи з інвалідністю другої групи, питома вага яких складає 43,5 %, за середнього по Україні - 34,8 % (у 2017, 2016 р. цей показник складав відповідно 44,3 % та 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 - 34,8 % (у 2017 р. - 35,7, у 2016 р. - 37,2 %). Ми звертаємо увагу на ці статистичні показники вже у трьох довідниках. Пропонували провести детальний аналіз даного явища. Передбачали три причини: пізні звернення пацієнтів на МСЕК; низький рівень профілактичної допомоги в регіоні; невиконання програми реабілітації осіб з інвалідністю. Проте не заперечували дії всіх перерахованих чинників на обтяження груп інвалідності в регіоні. Але в регіоні ніхто не звернув увагу на наші зауваження.

Показники первинної інвалідності на 10 тисяч дорослого населення мають найбільше значення у 2018 році у таких регіонах: Львівській - 56,5 (у 2017 р. - 53,5; у 2016 р. - 53,2); Вінницькій - 54,6 (у 2017 р. - 50,8; у 2016 р. - 50,1) та Житомирській - 52,3 (у 2017 р. - 44,2, у 2016 р. - 44,7) областях.

Первинна інвалідність населення працездатного віку в 2018 році

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку також збільшився на 3,1 % та склав 50,3 на 10 тис. населення працездатного віку (в попередні два роки - 48,8). І якщо перевести дані показники в абсолютні числа, то кількість первинно визнаних особами з інвалідністю серед населення працездатного віку склала 112 903 особи (у 2017 р. - 110 820 осіб).

Загалом в Україні, як свідчить аналіз статистичних даних, показники первинної інвалідності населення працездатного віку майже завжди перевищують показники первинної інвалідності серед дорослого населення.

У 8 адміністративних територіях, що складає третину, первинна інвалідність населення працездатного віку, на відміну від решти, навпаки, знизилася: Хмельницька (-8,9 %), Луганська (-5,9 %), Миколаївська (-2,8 %), Рівненська (-2,2 %), Волинська (-1,5 %), Херсонська (-1,5 %) області, м. Київ (-1,1 %) та Івано-Франківська (-0,8 %) області. Це, по суті, ті ж регіони, що мають зниження первинної інвалідності серед дорослого населення. Винятком є лише Івано-Франківська область, в якій інвалідність дорослого населення залишилася на попередньому рівні.

У Дніпропетровській області рівень інвалідності населення у працездатному віці залишився на попередньому рівні.

У решті адміністративних територій первинна інвалідність населення працездатного віку збільшилася. Серед усіх областей значно відрізняються від середнього показника в Україні, майже як і в ситуації з первинною інвалідністю серед дорослого населення, Житомирська (+18,2 %), Полтавська (+11,6 %), Кіровоградська (+9,3 %) області.

Показники первинної інвалідності на 10 тисяч населення у працездатному віці мають найбільше значення у 2018 році, як і у попередні два роки, у Львівській - 68,5 (у 2017 р. - 64,3; у 2016 р. - 63,9), Полтавській - 64,5 (у 2017 р. - 57,8; у 2016 р. - 54,1), Житомирській - 63,0 (у 2017 р. - 53,3; у 2016 р. - 55,7) та Вінницькій - 57,3 (у 2016 р. - 56,1) областях. При цьому, у всіх перерахованих областях цей показник перевищує середній по країні (50,3) та показники попередніх двох років.

Щодо розподілу первинної інвалідності населення у працездатному віці за групами інвалідності, то результати майже ідентичні щодо показників дорослого населення та майже не відрізняються від попередніх двох років. Як і в попередні минулі роки, загалом в Україні та по регіонах, за винятком Черкаської області та м. Києва, за питомою

вагою переважають визнані особами з інвалідністю третьої групи. В Україні він склав 59,9 % (у 2017 р. - 58,7 %; у 2016 р. - 58,5 %). Особи з інвалідністю другої та першої груп відповідно складають 33,0 % (у 2017 р. - 33,9 %; у 2016 р. - 34,2 %) та 7,1 % (у 2017 р. - 7,4 %; у 2016 р. - 4,6), у тому числі І А групи - 2,6 % та І Б групи - 4,5 % (у 2017 р. відповідно 2,7 % та 4,7 %; у 2016 р. - відповідно 2,7 % та 4,6 %). Найбільша питома вага осіб з інвалідністю першої групи серед населення працездатного віку в Черкаській - 13,3 % та Миколаївській - 9,2 % областях. Переважає питома вага визнаних особами з інвалідністю другої групи серед населення в працездатному віці у таких регіонах: вже традиційно в місті Києві (47,1 %), Черкаській (45,9 %) та Одеській (44,6 %) областях.

У структурі первинної інвалідності серед дорослого та працездатного населення змін майже не відбулося. Зберігається тенденція останніх років: новоутворення, у тому числі злоякісні, 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 2018 р. серед дорослого населення України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу - 23,1 % (показники 2017, 2016 рр. відповідно 22,9 % та 22,5 %), на другому місці новоутворення - 22,6 % (у 2017 р. - 22,6 %; у 2016 р. - 22,3 %), із них злоякісні - 21,5 % (у 2017 р. - 21,7 %; у 2016 р. - 21,4 %), на третьому - хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини - 13,3 % (у попередньому році - 12,6 %, у 2016 р. - 11,4 %).

Серед населення працездатного віку перше місце посідають, як і за торішньою статистичною звізністю, - новоутворення - 20,6 (у 2017 р. - 20,9 %; у 2016 р. - 20,7 %), із них злоякісні - 19,4 % (у 2017 р. - 19,9 %; у 2016 р. - 19,7 %), на другому - хвороби системи кровообігу - 20,5 % (у 2017 р. - 20,1 %; у попередньому році - 19,8 %), на третьому - хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини - 14,0 % (у 2017 р. - 13,2 %; у 2016 р. - 11,9 %). Тобто, в 2018 році третє рангове місце другий рік поспіль посідають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які замінили травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників - 9,8 % (у попередньому році - 11,6 %; у 2016 р. - 12,6 %).

Як і в попередньому році, непокоїть той факт, що третій рік поспіль новоутворення посідають друге рангове місце в структурі інвалідності дорослого населення та два звізних роки - перше серед населення у працездатному віці. Однією з основних причин сумної статистики є страшна трагедія українського народу - Чорнобильська катастрофа. Як свідчить світовий досвід атомних катастроф, нам ще довго відчувати її наслідки.

Україна - на другому місці в Європі за темпами поширення раку. Щорічно в Україні більш як 160 тис. осіб дізнаються, що вони онкохворі. Щороку від раку помирають близько 90 тис. осіб,

з них 35 % - люди працездатного віку. Щодня в Україні занедажують на рак 450 людей, з них помирають 250. Щогодини реєструється понад 20 нових випадків захворювання, а 10 жителів України помирають від раку. За останні десять років кількість хворих зросла на 25 %. 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 збільшилася (на 1 825 актів), також збільшилася кількість наданих консультацій на 806, порівняно з попереднім роком. Кількість проведених семінарів зменшилася (- 66 семінарів), а кількість лікарів, які пройшли стажування, залишилася майже на попередньому рівні (+ 6 лікарів). Зменшилася (на 154) кількість перевірок, які були проведені в 2018 році, порівняно з попереднім роком.

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

Кількість оскаржень рішень первинних МСЕК у 2018 році залишилася майже на попередньому рівні (+ 2 випадки). Підтверджено рішення у 83,3 % (у попередньому, 2017 році - 82,4 % випадків, у 2016 році - 84,2 %). Кількість скасування попередніх рішень зменшилася до 16,7 %, порівняно з 2017 роком, в якому питома вага скасування склала 17,6, а в 2016 році - 15,8 %. По оскарженню рішень міжрайонних та обласних МСЕК високий відсоток скасування зареєстровано у таких регіонах: Херсонська (31,8 %), Полтавська (30,4 %) та Харківська (28,0 %) області за середнього показника в Україні - 16,7 %. У попередньому році це були інші регіони, за винятком Полтавської області, в якій і торік була досить велика питома вага. Зміни рішень первинних МСЕК після огляду на обласній: Одеська (36,8 %), Чернігівська (33,8 %) та Полтавська (30,5 %) області за середнього показника в 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 питома вага скасованих попередніх рішень первинних МСЕК у 2018 році збільшилася до 1,9 % з 1,5 % у попередньому році.

Кількість оглянутих для визначення медичних показань для одержання автотранспорту у 2018 році зменшилася загалом по Україні на 699 осіб, порівняно з попереднім роком. Із них задоволено 90,1 % оглянутих (у 2017 році питома вага

позитивних рішень складала 88,5 %, у 2016 році - 87,1 %).

Отже, в 2018 році зросла інвалідність як дорослого (на 2,8 %), так і працездатного населення (на 3,1 %). Це пов'язано насамперед з проведенням бойових дій на сході країни, збільшенням захворюваності населення та економічним станом країни. Показники роботи первинних та обласних МСЕК можна оцінити як задовільні. Значні коливання у показниках інвалідності слід додатково проаналізувати та зробити остаточні висновки на місцях. Це стосується Житомирської області, де інвалідність дорослого та працездатного населення збільшилася на 18,3 та 18,2 % відповідно та Одеської області, де зріс показник первинної інвалідності серед працездатного населення на 11,6 %, а в Полтавській – на 12,4 % зросла інвалідність серед дорослого населення. Захворюваність осіб даних регіонів не суттєво відрізняється від середньостатистичних по Україні. Екологічна ситуація в них стабільна та, навпаки, вигідно відрізняється в кращий бік від інших регіонів. Тому отримані показники не зовсім зрозумілі.

Пріоритетні завдання служби на наступний рік

1. Здійснення переходу від системи медико-соціальної експертизи до системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі шляхом

запровадження нової для України системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі на основі розмежування медичних та соціальних функцій медико-соціальних експертних комісій. Упровадження біопсихосоціальної моделі інвалідності в Україні.

2. Створення правового поля і забезпечення законодавчого врегулювання процесу впровадження і роботи нової моделі.

3. Забезпечення та налагодження міжвідомчої взаємодії під час проведення оцінки здоров'я, життєдіяльності і функціонування людини та між різними ланками реабілітаційного процесу і послідовності здійснення різних форм та етапів реабілітації, що, своєю чергою, створить умови для максимально можливого відновлення повноцінної життєдіяльності.

4. Забезпечення прозорості діяльності системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі шляхом усунення умов для корупційних ризиків у результаті мінімізації суб'єктивного чинника, використовуючи електронний модуль для оцінки рівня функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я особи та створення єдиної інформаційної системи обліку, звітності, документообігу, запровадження електронних реєстрів/баз даних, створення реєстру пацієнтів та їхніх медичних даних.



УДК 616-036.86:355.4

ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ / ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УКРАЇНІ ЗА 2018 РІК

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

Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статті проведено сравнительный анализ показателей первичной инвалидности участников антитеррористической операции (операции объединенных сил) с учетом структуры и тяжести инвалидности.

Ключевые слова: *первичная инвалидность, антитеррористическая операция, операция объединенных сил.*

Summary

The article presents a comparative analysis of the dynamics of indicators of primary disability among the participants of the anti-terrorist operation (operation of joint forces), taking into account the structure and severity of the disability.

Keywords *primary disability, anti-terrorist operation, joint force operation.*

Останні роки особливі для України, адже вони ознаменувалися спочатку воєнними діями під час Революції гідності в столиці України, а потім

і початком військових дій у регіонах сходу країни, спочатку як Антитерористична операція (АТО), а з 2018 року – Операція об'єднаних сил (ООС), які