

СХВАЛЕНО

розпорядженням Кабінету Міністрів  
України

від \_\_\_\_\_ 2018 р. № \_\_\_\_-р

## КОНЦЕПЦІЯ

реформування системи медико-соціальної експертизи

### **Проблеми, які потребують розв'язання**

Здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни. Створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань, визначених Стратегією сталого розвитку «Україна — 2020», схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони.

Верховна Рада України 16 грудня 2009 року ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю (далі – Конвенція) та Факультативний протокол до неї, а 06 березня 2010 року ці договори набули чинності на території України.

Конвенція встановлює міжнародні обов'язки держав-учасників в галузі реабілітації осіб з інвалідністю, які передбачають здійснення заходів щодо надання особам з інвалідністю можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення та залучення до усіх аспектів життя суспільства шляхом зміцнення та розширення комплексних реабілітаційних послуг та програм. Таким чином, Україна офіційно взяла на себе усі обов'язки щодо виконання положень Конвенції. У першу чергу це стосується галузі медико-соціальної експертизи, яка безпосередньо задіяна на усіх етапах проведення реабілітації осіб з інвалідністю. Приведення системи медико-соціальної експертизи та реабілітації в Україні до вимог Конвенції передбачає її удосконалення та реформування з урахуванням національних та міжнародних обов'язків України, національних особливостей, вітчизняного та закордонного досвіду.

Ця Концепція визначає систему медико-соціальної експертизи як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для оцінки функціонування, життєдіяльності, здоров'я та потреб у соціальній допомозі у зв'язку із станом здоров'я; причини, часу настання, групи інвалідності; проведення ефективних заходів щодо профілактики інвалідності; реабілітації осіб з інвалідністю, пристосування їх до суспільного життя.

Основні проблеми у системі медико-соціальної експертизи можна виокремити у такі групи.

1. Поєднання медичних та соціальних функцій у повноваженнях одного органу.

Проблема, яка потребує першочергового вирішення – розмежування медичної та соціальної складової процесу медико-соціальної допомоги. Це в свою чергу створить умови для подальшого переходу від системи медико-соціальної експертизи до системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі.

Відокремлення процесу оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я особи від процесу встановлення групи інвалідності, причини і часу її настання сприятиме запобіганню та протидії корупції, скороченню нераціональних витрат бюджетних коштів, підвищенню якості надання медичних та соціальних послуг населенню.

Отже, цілком доцільно передати непридатній медичній сфері соціальні функції від центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, до центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері праці та соціальної політики.

Нова система оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі буде спрямована на відновлення здоров'я, життєдіяльності і функціонування людини шляхом включення до системи реабілітації за першої необхідності.

2. Відсутність досконалого інструментарію для оцінки функціонування, життєдіяльності, здоров'я.

У розвинених державах світу та країнах-членах ЄС застосовується соціальна модель оцінки інвалідності, що дозволяє залучати осіб з інвалідністю до ефективної участі в житті суспільства на рівні з іншими громадянами. В Україні ж і досі використовується застаріла медична модель оцінювання інвалідності, за якою інвалідність визначається як міра втрати здоров'я. Наявна система медико-соціальної експертизи спрямована на встановлення інвалідності з метою надання особі доступу до системи реабілітації і соціального забезпечення. Тобто мова йде передусім про пристосування особи до суспільного життя, але не про відновлення життєдіяльності особи, її активної та повної участі в суспільному житті як самодостатнього члена суспільства.

3. Фрагментарність системи надання реабілітаційних послуг.

Ця сфера потребує змін через:

відсутність системи попередження інвалідності, що базується на досягненні максимально можливого рівня реабілітації, та ефективної популяризації реабілітаційних заходів ще до встановлення інвалідності;

низький рівень кадрового забезпечення ерготерапевтами, фізичними терапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який

залучається до надання реабілітаційних послуг, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері медико-соціальної експертизи, реабілітації та інших суміжних професій;

відсутність організаційно оформленої, функціонально виокремленої групи фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу;

відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів та контролю якості допомоги у зазначеній сфері;

обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки під час визначення груп інвалідності та надання реабілітаційної допомоги.

У сучасній світовій практиці більша частина реабілітаційних послуг надається людям, які мають обмеження життєдіяльності, однак не мають інвалідності. Вчасно надана реабілітаційна допомога є головним чинником мінімізації ризиків виникнення в особи інвалідності, що є особливо важливим в умовах проведення дій із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях. Навіть можливість забезпечити учасників та постраждалих внаслідок збройного конфлікту, наприклад технічними засобами реабілітації, до отримання ними інвалідності не вирішує питання реабілітації по суті, а саме – відновлення функціональних можливостей організму. Зокрема, до видатків бюджетних програм, за якими відбувається фінансування протезування осіб, які забезпечували державну безпеку України, не включено оплату послуг фахівців з реабілітації, які мають навчити людину ефективно користуватись отриманим технічним засобом реабілітації.

Наразі медико-соціальна допомога включає в себе експертну оцінку втрати життєдіяльності, обсяг державної соціальної допомоги, шляхи відновлення здоров'я, працездатності, інтеграції хворого в суспільство.

Загальна кількість осіб з інвалідністю станом на 01 січня 2018 року становить: 2 635 544 осіб, з них 159044 осіб віком до 18 років.

У 2017 році 135674 особи первинно визнані особами з інвалідністю, з них 110820 осіб працездатного віку і працюючих 44010 осіб. У 2016 році 136302 особи первинно визнані особами з інвалідністю, з них 112187 осіб працездатного віку і працюючих 44921 осіб.

Кількість складених індивідуальних програм реабілітації для осіб віком від 18 до 100 років за 2017 рік: 477 100 шт. Кількість виконаних індивідуальних програм реабілітації у переоглянутих осіб від 18 до 100 років становить 325 358 шт., з яких повністю виконані 144381 шт., частково виконані 180 977 шт., не виконані 16 374 шт.

Водночас показники повної і часткової реабілітації осіб від 18 до 100 років у 2017 році такі: 7477 осіб визнано повністю реабілітованими (2,1 %) та 18251 осіб визнані частково реабілітованими (15,9 %). У свою чергу, необхідно зазначити, що діюча система збору і аналізу статистичної звітності не відслідковує ефективність реабілітації дітей.

З аналізу статистичних даних стає зрозуміло, що потреба в отриманні реабілітаційних послуг стосується значної кількості населення України. Необхідно акцентувати увагу на тому, що вчасна реабілітація, ще до

встановлення групи інвалідності, має забезпечити, по-перше, підвищення якості медичної допомоги, по-друге, зниження ступеня інвалідизації населення України.

Підтвердженням ефективності такого підходу є показники встановлення інвалідності особам після продовження медико-соціальними експертними комісіями листків непрацездатності. У 2017 році було продовжено 11206 листків непрацездатності, за якими завершено лікування до 01.01.2018 у 8534 випадках. Після завершення лікування визнано особами з інвалідністю лише 2318 осіб (228 осіб I – II груп та 2090 осіб III групи). Відповідно ефективність продовження лікування становить 72,84 %.

### **Мета і строки реалізації цієї Концепції**

Ця Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки реформування системи медико-соціальної експертизи на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ) шляхом розмежування медичної та соціальної функцій та розбудови системи реабілітації.

Концепція розроблена на виконання Плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я і Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1008.

Мета Концепції – удосконалення підходу до встановлення інвалідності з впровадженням змін на основі принципів МКФ та використанням комп'ютерних технологій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, створення цілісної системи реабілітації на основі мультидисциплінарного підходу.

МКФ не містить критеріїв встановлення інвалідності та не розширює засад для встановлення інвалідності, при цьому вона чітко диференціює переважний вид обмеження життєдіяльності особи з інвалідністю та об'єктивує призначення тих чи інших заходів реабілітації та засобів технічної реабілітації. Система літерних кодів буде основою для системи критеріїв інвалідності, яка ґрунтуватиметься на восьмирівневому підході і використовуватиметься в більшості країн ЄС.

Реалізація Концепції розрахована на період 2018 – 2020 років та передбачає удосконалення законодавства, засад кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення системи оцінки рівня функціонування і соціального захисту.

### **Шляхи і способи розв'язання проблем**

Розв'язати проблеми передбачається шляхом реалізації таких заходів.

1. У частині переходу від системи медико-соціальної експертизи до системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі:

запровадження нової для України системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі на основі розмежування медичних та соціальних функцій медико-соціальних експертних комісій;

створення правового поля і забезпечення законодавчого врегулювання процесу впровадження і роботи нової системи;

передача підвідомчості органів медико-соціальної експертизи від центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, до центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері праці та соціальної політики;

впровадження системи оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я за МКФ лікарями первинної ланки, включення цієї послуги до пакета Переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги;

впровадження диференційованого восьмирівневого підходу до встановлення груп інвалідності, тобто більш розширеної градації поділу груп інвалідності залежно від рівня функціонування та потреб у соціальному захисті особи;

забезпечення та налагодження міжвідомчої взаємодії при проведенні оцінки стану здоров'я, життєдіяльності і функціонування людини та між різними ланками реабілітаційного процесу і послідовності здійснення різних форм та етапів реабілітації, що, в свою чергу, створить умови для максимально можливого відновлення повноцінної життєдіяльності.

Прозорість діяльності системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі планується забезпечити 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;

створення єдиної інформаційної системи обліку, звітності, документообігу, запровадження електронних реєстрів/баз даних, створення реєстру пацієнтів та їхніх медичних даних;

здійснення моніторингу ефективності оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі.

2. У частині запровадження оцінки функціонування, життєдіяльності та здоров'я на основі принципів МКФ:

розробка та впровадження інноваційних підходів до організації та проведення оцінки функціонування і реабілітації осіб з інвалідністю з урахуванням положень МКФ;

впровадження використання МКФ як клінічного інструмента для оцінки потреб, відповідності методів лікування конкретним умовам, оцінки професійної придатності, реабілітації та оцінки результатів;

дотримання стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів та нормативів надання послуг реабілітації;

використання універсальності мови МКФ для опису показників здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям, з метою покращення співпраці між різними користувачами, такими як: працівники сфери охорони здоров'я та соціальної сфери, наукові працівники, адміністратори та громадськість, у тому числі люди з обмеженнями життєдіяльності;

забезпечення рівного доступу та пацієнт-орієнтованої оцінки функціонування за МКФ, реабілітації та соціальної допомоги;

запровадження чіткого і цілісного маршруту пацієнта, починаючи з оцінки рівня функціонування, надання послуг реабілітації на основі принципу мультидисциплінарності та соціальної допомоги;

забезпечення безперервності надання послуг;

створення сучасної системи підготовки та перепідготовки спеціалістів галузей охорони здоров'я та соціального захисту для ефективного використання інструментарію МКФ у медичній та соціальній сферах;

впровадження МКФ в освітні програми підготовки фахівців галузей охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в закладах вищої освіти; створення освітніх програм з використання міжнародних класифікацій для здобувачів освітніх ступенів та підвищення кваліфікацій у галузі знань «Охорона здоров'я».

Організація та оцінка рівня функціонування людини проводитиметься лікарем первинної ланки з використанням електронного модуля на підставі розроблених та впроваджених інноваційних підходів з урахуванням положень МКФ. За необхідності до процесу оцінки мають залучатись спеціалісти вторинної чи третинної ланки. У складних випадках або за інших особливих обставин оцінка рівня функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я особи проводитиметься лікарсько-консультативною комісією. Залучення кожної з ланок до проведення оцінки відбуватиметься за потребою або етапністю оцінки функціонування. Після проведення оцінки стану здоров'я, життєдіяльності і функціонування особа направляється на реабілітацію. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда розроблятиме і реалізовуватиме індивідуальну програму реабілітації. Після проходження реабілітації особа підлягає повторній оцінці рівня функціонування для встановлення актуальних потреб і наявних можливостей до відновлення організму та, за необхідності, подальшого визначення групи інвалідності.

Буде вдосконалено також процес задоволення соціальних потреб шляхом розроблення та удосконалення механізму адресного фінансування потреб та надання допомоги ще до встановлення інвалідності з максимальним використанням ресурсів для попередження інвалідизації особи. Тобто для задоволення соціальних потреб (отримання засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, встановлення опіки або стороннього догляду, пристосування забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку тощо) особа звертається до органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері праці та соціальної політики під час реабілітаційного процесу ще до встановлення групи інвалідності.

У той же час встановлення причини та групи інвалідності для отримання пільг та грошових виплат стане завершальним етапом оцінки функціонування і показником того, що відновлення функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я конкретної особи було проведено на найвищому рівні, головним завданням системи буде – не допустити в подальшому зниження рівня функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я цієї особи.

### 3. У частині розбудови системи надання реабілітаційних послуг:

встановлення першочерговості заходів з попередження, своєчасного виявлення захворювань та станів, що можуть призвести до зниження рівня функціонування;

підвищення рівня усвідомлення необхідності проходження реабілітації особами, які цього потребують;

залучення особи до системи реабілітації за першої потреби, у зв'язку з тим, що головним завданням нової системи буде не встановлення групи інвалідності, а відновлення до максимально можливого рівня функціонування, життєдіяльності та здоров'я людини;

проведення загальної переоцінки функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я осіб з інвалідністю протягом 2019 – 2022 років з метою залучення до нової системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі з подальшою реабілітацією всіх осіб з інвалідністю;

введення на законодавчому і загальнодержавному рівнях поняття мультидисциплінарної реабілітаційної команди з деталізацією повноважень і компетенцій;

розробка примірних положень про мультидисциплінарну реабілітаційну команду, організацію роботи фахівців реабілітації, принципи співпраці фахівців реабілітації з іншими фахівцями сфери охорони здоров'я; розробка переліку реабілітаційних послуг та порядку їх надання; встановлення правил надання реабілітаційних послуг;

забезпечення фізичної та інформаційної доступності системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі та реабілітації осіб з інвалідністю;

проведення професійної перепідготовки співробітників системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі та реабілітації, підвищення кваліфікації цих фахівців;

розроблення та впровадження навчальних програм з урахуванням кращого європейського та міжнародного досвіду;

удосконалення професійних компетентностей фахівців у сфері реабілітації та у сфері оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі здійснюватиметься шляхом забезпечення належної інформаційно-ресурсної бази та використання сучасних технологій, приведення освіти фахівців у цій сфері у відповідність із сучасними світовими стандартами, посилення ролі фахівців реабілітаційної допомоги через відповідні зміни у стандартах підготовки фахівців та регуляції професійної діяльності, розвитку міжнародної взаємодії, посилення ролі громадського сектору, визнання ролі фахових

асоціацій у сфері охорони здоров'я у визначенні стандартів надання допомоги та підготовці фахівців;

удосконалення форми статистичної звітності (удосконалення звітності за показниками: інвалідність осіб віком до 18 років, реабілітаційна допомога, реабілітаційні кадри, ефективність реабілітації, доступність). Запровадження прозорої системи обліку та оцінювання якості наданих реабілітаційних послуг дасть змогу здійснювати ефективне управління бюджетними коштами.

Запровадження мультидисциплінарного підходу в процес реабілітації сприятиме максимально можливому відновленню функціонування, яке передбачає життєдіяльність і участь, а рівень відновлення цих показників характеризуватиме ефективність втручання. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда буде включати не тільки висококваліфікованих медичних спеціалістів у сфері реабілітації, а й соціальних працівників і педагогів, які шляхом застосування комплексного і всебічного підходу до процесу забезпечать підвищення якості, ефективності і своєчасності реабілітації. З метою реалізації такого підходу нові медичні спеціальності, міжнародні клінічні протоколи, підходи до оцінки стану здоров'я та функціонування вже впроваджуються в діючу систему охорони здоров'я.

Крім того, для організації ефективної реабілітації доцільно змінити суспільне сприйняття соціального захисту шляхом відходу від системи пільгового забезпечення з подальшим просуванням принципів підвищення зацікавленості особи в досягненні найкращих результатів реабілітації, спроможності особи до самозабезпечення, економічної та соціальної незалежності.

### **Очікувані результати**

Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей:

збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя;

усунення бар'єрів доступу до реабілітаційних і соціальних послуг;

забезпечення здійснення ефективного контролю за дотриманням прав людини у сфері оцінки функціонування та реабілітації;

створення дієвих і сучасних правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу;

забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;

ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;

сприяння застосуванню принципів доступності до всіх ланок суспільного життя для осіб з інвалідністю, навіть якщо система реабілітації не в змозі повністю відновити порушення рівня функціонування, життєдіяльності та здоров'я цієї особи;

запровадження в роботу всіх ланок системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі і системи реабілітації сучасних світових стандартів і методів роботи;

забезпечення дотримання міжнародних стандартів освіти та підготовки фахівців, які будуть залучені до реабілітаційного процесу;

застосування новітніх інформаційних технологій і підходів в системі оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі і системі реабілітації;

забезпечення особам реалізації прав на повноцінне життя, освіти, працевлаштування, вільний вибір і достойний рівень життя шляхом своєчасного надання реабілітаційних послуг у належній кількості та найвищій якості, максимально можливий рівень відновлення життєдіяльності і працездатності у найкоротші строки;

запровадження системи оцінки якості реабілітаційних послуг та моніторингу її ефективності за допомогою МКФ;

забезпечення прозорості процесу оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі, доступу кожного до реабілітаційного процесу з перших днів і за першої потреби, незалежне оцінювання результатів реабілітації.

Крім того, реалізація Концепції дозволить вдосконалити, оновити, актуалізувати законодавство, зменшити прямі та непрямі втрати економіки через повну або часткову непрацездатність осіб з обмеженням функціонування та життєдіяльності.

Зменшення фінансового навантаження на забезпечення функціонування системи оцінки функціонування та потреб у соціальній допомозі дозволить перенаправити бюджетні кошти на підвищення якості і кількості реабілітаційних послуг та матеріально-технічного забезпечення процесу реабілітації.

### **Оцінка фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів**

Фінансування заходів щодо реалізації Концепції здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

До виконання плану заходів планується залучити фахові ресурси ініціативних громадських об'єднань, асоціацій пацієнтів тощо.

Досвід співпраці з міжнародними організаціями дає підстави для позитивного оцінювання реальних можливостей ресурсного забезпечення виконання плану заходів.