ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
В.о. завідувач кафедри

_____
А.В.Дакал
«____»_____2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему:

«РОЗВИТОК СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ ВИМІР ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ»

Виконала: студентка групи
Е-9-22-Б1ПУА(4.0ддс)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Головата Аріна Олександрівна
Керівник: к.держ.упр. Телендій А.А.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Головата Аріна Олександрівна. «Розвиток системи реабілітаційної допомоги в Україні: організаційно-управлінський вимір доступності та якості».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «бакалавр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» – Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2026

У кваліфікаційній роботі обґрунтовано теоретико-правові засади розвитку системи реабілітаційної допомоги в публічному управлінні та вивчено міжнародний досвід її організації. Досліджено сучасний стан, санаторно-курортний потенціал та проблеми доступності й якості реабілітаційних послуг в Україні. Запропоновано напрями розвитку організаційно-управлінських механізмів реабілітаційної допомоги в Україні.

Ключові слова: публічне управління, реабілітаційна допомога, реабілітаційні послуги, доступність послуг, міжвідомча взаємодія.

SUMMARY

Holovata Arina. "Development of the Rehabilitation Care System in Ukraine: Organizational and Managerial Dimension of Accessibility and Quality".

Thesis for obtaining the level of higher education "Bachelor" in "Public Management and Administration" – Interregional Academy of Personnel Management – Kyiv. 2026

The qualification thesis substantiates the theoretical and legal foundations of the rehabilitation care system development in public administration and examines international organizational models. The current state, health resort potential, and challenges regarding the accessibility and quality of rehabilitation services in Ukraine are investigated. Ways to develop the organizational and managerial mechanisms of rehabilitation care in Ukraine are proposed.

Keywords: public administration, rehabilitation care, rehabilitation services, accessibility of services, interdepartmental cooperation.

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 7

1.1. Реабілітаційна допомога як об'єкт публічного управління 7

1.2. Міжнародні моделі організації реабілітаційної допомоги 23

1.3. Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні 36

Висновки до першого розділу 47

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 49

2.1. Санаторно-курортний і реабілітаційний потенціал України 49

2.2. Потреби населення України у реабілітаційних послугах 54

2.3. Організаційні проблеми доступності та якості реабілітаційної допомоги 57

Висновки до другого розділу 61

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 63

3.1. Удосконалення координації, маршрутизації та міжвідомчої взаємодії у сфері реабілітації 63

3.2. Формування ефективної моделі доступної та якісної реабілітаційної допомоги в Україні 67

Висновки до третього розділу 69

ВИСНОВКИ 70

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 72

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Розвиток системи реабілітаційної допомоги в Україні є одним із важливих напрямів сучасної політики охорони здоров'я та соціального захисту. У попередній редакції робота була зосереджена переважно на медичній реабілітації, однак нова тема вимагає ширшого розгляду – як цілісної системи допомоги, що поєднує медичну, соціальну, психологічну, професійну та організаційно-управлінську складові. Такий підхід дає змогу аналізувати не лише лікувально-відновні заходи, а й доступність послуг, міжвідомчу координацію, якість маршрутизації пацієнта та здатність державних інституцій забезпечити безперервність реабілітаційного процесу.

Актуальність теми посилюється в умовах зростання потреб населення у реабілітаційних послугах, зокрема серед осіб з інвалідністю, ветеранів, учасників бойових дій, дітей, людей похилого віку та пацієнтів після тяжких травм і захворювань. Для цих груп реабілітаційна допомога є не допоміжною, а базовою умовою повернення до активного життя, праці, навчання, сімейної та громадської участі. Саме тому організаційно-управлінський вимір теми має принципове значення: навіть наявність закладів, фахівців і нормативної бази не гарантує результату без належної координації, фінансування, інформаційного супроводу та контролю якості.

Наукове осмислення проблеми спирається на праці українських і зарубіжних дослідників у сфері реабілітації, соціального захисту, охорони здоров'я та публічного управління. Зокрема, питання медичної, соціальної та професійної реабілітації розглядали В. Козявкін, І. Самосюк, О. Юшковська, К. Бабов, Н. Болотіна, В. Андріїв, Б. Сташків та інші науковці. Водночас недостатньо опрацьованим залишається саме управлінський аспект – побудова моделі, у якій реабілітаційна допомога розглядається як безперервний процес, що потребує міжсекторальної взаємодії, єдиних стандартів, чіткої маршрутизації та системного моніторингу.

Об’єкт дослідження – суспільні відносини, що виникають у процесі організації та надання реабілітаційної допомоги в Україні.

Предмет дослідження – організаційно-управлінські механізми розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні, спрямовані на забезпечення її доступності, якості та безперервності.

Мета і завдання дослідження. Мета – теоретично обґрунтувати та практично проаналізувати організаційно-управлінські механізми розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні, а також визначити напрями підвищення її доступності та якості.

Відповідно до мети визначено такі завдання дослідження:

– розкрити сутність реабілітаційної допомоги як об’єкта публічного управління;

– узагальнити міжнародні моделі організації реабілітаційної допомоги;

– проаналізувати нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні;

– охарактеризувати санаторно-курортний, інституційний і ресурсний потенціал системи реабілітаційної допомоги;

– визначити потреби населення та основні проблеми доступності, якості й координації реабілітаційних послуг;

– обґрунтувати напрями розвитку організаційно-управлінських механізмів реабілітаційної допомоги в Україні.

Практичне значення отриманих результатів. Полягає в обґрунтуванні положень і рекомендацій, які можуть бути використані органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров’я, соціальними службами та реабілітаційними установами для підвищення узгодженості, доступності та якості реабілітаційної допомоги. Окреме значення мають пропозиції щодо міжвідомчої координації, маршрутизації пацієнтів, розвитку санаторно-курортної бази та формування системи моніторингу результатів.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано діалектичний і системний методи, що дали змогу розглянути реабілітаційну допомогу як цілісну систему; порівняльно-правовий метод – для зіставлення українського нормативного забезпечення з міжнародними підходами; формально-логічний метод – для уточнення понятійного апарату; структурно-функціональний аналіз – для визначення ролі окремих суб'єктів у забезпеченні реабілітаційних послуг; метод узагальнення – для формування висновків і практичних рекомендацій.

Емпіричну базу дослідження склали міжнародно-правові акти, Конституція України, закони України, інші нормативно-правові акти, матеріали щодо організації реабілітаційної допомоги, а також наукові праці українських і зарубіжних авторів.

Структура бакалаврської роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, які містять вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

1.1. Реабілітаційна допомога як об’єкт публічного управління

У межах нової теми реабілітаційна допомога розглядається як об’єкт публічного управління, що поєднує медичні, соціальні, психологічні, професійні та правові заходи. Такий підхід дає змогу перейти від вузького трактування медичної реабілітації до аналізу цілісної системи, у якій людина має отримувати послуги безперервно – від гострого етапу лікування до повернення в сімейне, освітнє, трудове й громадське середовище.

Термін “реабілітація” походить від латинських слів *habilis* – здатність, придатність, спроможність, та *rehabilis* – відновлення здатності, повернення спроможності до дії. У широкому значенні це поняття означає не лише медичне відновлення після захворювання або травми, а й повернення людини до максимально можливої самостійності, соціальної активності, професійної участі та повноцінного життя в суспільстві. Саме тому в українській науковій і практичній традиції тривалий час використовувався термін “медико-соціальна реабілітація”, під яким розуміють відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу осіб, які втратили відповідні функції внаслідок захворювання, травми, вроджених порушень, інвалідності або інших обставин, що обмежують життєдіяльність.

У такому розумінні реабілітація не зводиться лише до лікування або усунення медичних симптомів. Її зміст є значно ширшим, оскільки вона передбачає відновлення здатності людини до самостійного життя, навчання, праці, спілкування, участі у громадському житті, самообслуговування та прийняття власних життєвих рішень. Отже, реабілітація має не лише медичну, а й соціальну, психологічну, професійну, педагогічну, правову та економічну складові. Саме цим пояснюється її міждисциплінарний характер: вона перебуває

на перетині медицини, соціальної роботи, психології, педагогіки, фізичної терапії, ерготерапії, права, публічного управління та соціальної політики.

У наведеному визначенні на перший план виходить не тільки відновлення фізичних функцій, а й повернення людини до активного соціального життя. Особливо важливими є трудові функції, навички самообслуговування, комунікація, участь у виробничій діяльності та громадській взаємодії. Саме через це реабілітація має подвійне значення. З одного боку, вона спрямована на людину, її гідність, якість життя, самостійність і можливість реалізовувати власний потенціал. З іншого боку, вона має суспільне та економічне значення, оскільки зменшує залежність людини від постійної допомоги, знижує витрати на довготривале утримання, сприяє поверненню до праці, зменшує соціальну ізоляцію та підвищує загальну стійкість суспільства.

Концепція реабілітації використовується у різних галузях науки і практики, тому її зміст не може бути обмежений лише однією сферою. У правовому аспекті реабілітація може означати відновлення порушених прав, зняття безпідставного звинувачення, повернення людині правового статусу та компенсацію завданої шкоди. У медичному аспекті йдеться про відновлення або компенсацію порушених функцій організму. У психологічному аспекті реабілітація пов’язана з подоланням травматичного досвіду, формуванням мотивації до відновлення, розвитком емоційної стійкості та адаптацією до нових життєвих обставин. У професійному аспекті вона передбачає відновлення працездатності, перенавчання, професійну орієнтацію та адаптацію робочого місця. У соціальному аспекті реабілітація спрямована на відновлення соціальних зв’язків, доступу до послуг, участі у житті громади та недопущення ізоляції людини.

Відповідно до підходу Міжнародної організації праці, реабілітація розглядається як відновлення здоров’я осіб із фізичними і розумовими порушеннями з метою досягнення максимально можливого рівня їх фізичного, розумового, соціального та професійного розвитку. Це визначення є важливим, оскільки в ньому поєднано медичний і професійний компоненти. Йдеться не

лише про те, щоб людина одужала або стабілізувала стан здоров'я, а й про те, щоб вона могла реалізувати себе у праці, соціальних відносинах і самостійному житті. Такий підхід є особливо актуальним для України, де в умовах війни значно зростає кількість осіб, які потребують довготривалої медичної, психологічної, фізичної, професійної та соціальної підтримки.

На думку К. Реннера і Р. Юмашева, реабілітація є соціально необхідною функціональною та соціально-професійною реабілітацією хворих і осіб з інвалідністю, яка здійснюється шляхом комплексного використання державних, соціальних, медичних, психологічних, педагогічних, правових та інших заходів [44]. Цінність такого підходу полягає в акценті на комплексності. Автори фактично підкреслюють, що відновлення людини не може бути результатом лише медичного втручання. Воно потребує узгодженої дії різних інституцій, фахівців і соціальних механізмів. Якщо лікування завершується на рівні медичного закладу, а людина після цього не має доступу до соціального супроводу, психологічної підтримки, професійного навчання або адаптованого середовища, реабілітаційний ефект залишається неповним.

У словнику-довіднику із соціальної роботи Гулина М. визначає реабілітацію як дії, спрямовані на відновлення фізичних, розумових і соціальних можливостей. Це визначення є лаконічним, однак воно важливе тим, що виводить реабілітацію за межі суто клінічного процесу [6]. У соціальній роботі реабілітація розглядається як допомога людині в поверненні до соціальної ролі, яку вона втратила або не могла повноцінно реалізувати через хворобу, травму, інвалідність, кризову життєву ситуацію чи соціальне виключення. Тому для соціальної сфери ключовими є не лише медичні показники, а й рівень самостійності, якість міжособистісних зв'язків, доступ до послуг, житлові умови, зайнятість, підтримка родини та відсутність дискримінації.

Особливо змістовним є системний підхід, який пов'язується з працями Козявкіна В. Відповідно до цього підходу, реабілітація є водночас метою, процесом і способом взаємодії з людиною, яка потребує підтримки. Як мета вона спрямована на відновлення й збереження особистого статусу людини. Як процес

вона охоплює біологічні, психологічні та соціальні механізми. Як спосіб взаємодії вона передбачає повагу до людини, індивідуальний підхід, активізацію її власних ресурсів і створення середовища, яке не перешкоджає, а допомагає відновленню. Такий підхід особливо важливий для сучасної реабілітаційної політики, оскільки він дозволяє уникнути спрощеного бачення людини лише як пацієнта. Людина в реабілітації має розглядатися як активний учасник процесу, а не пасивний отримувач процедур.

У цьому контексті реабілітацію доцільно розуміти як систему відносин “людина – середовище”. Людина виступає не лише як організм із певними порушеннями функцій, а як особистість, включена у родину, професійне середовище, громаду, правову систему, ринок праці та культуру. Середовище, у свою чергу, є сукупністю біологічних, соціальних, просторових, інформаційних і економічних чинників. Якщо середовище залишається недоступним, дискримінаційним або неадаптованим, навіть якісна медична допомога не забезпечує повної реабілітації. Наприклад, людина може пройти курс фізичної терапії, але не зможе повернутися до роботи через відсутність доступного транспорту, адаптованого робочого місця або підтримки роботодавця. Тому ефективність реабілітації залежить не лише від медичної послуги, а й від організації життєвого простору.

Значний внесок у розвиток теоретичних і практичних підходів до реабілітації зробили українські дослідники. Голяченко А. обґрунтовував необхідність оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров’я в Україні, акцентуючи на потребі організаційної впорядкованості, доступності та результативності реабілітаційної допомоги [5]. Мисули І. Р. та Вакуленко Л. О. розглядають медичну і соціальну реабілітацію як взаємопов’язані напрями, що потребують комплексного підходу до пацієнта, його функціонального стану та соціального середовища [19]. Золотарьова Т. та Пономаренко Г. аналізують медичну реабілітацію як систему заходів, спрямованих на відновлення функцій, профілактику ускладнень і підвищення якості життя людини [12; 26]. Приступа Є. Н. наголошує на ролі фахівця з

фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я, що є важливим для розуміння кадрового забезпечення реабілітаційного процесу [27].

Окрему увагу слід приділити позиції Стеблюка В., який підкреслює потребу "повного перезавантаження" медичної реабілітації в Україні [51]. Такий висновок є важливим, оскільки він відображає не лише медичну, а й управлінську проблему: реабілітація не може бути ефективною, якщо вона існує як набір окремих процедур без єдиної логіки, стандартів, маршруту пацієнта, міждисциплінарної команди та стабільного фінансування. У сучасних умовах це питання набуває особливої актуальності через воєнні травми, зростання кількості людей з ампутаціями, пораненнями, порушеннями рухових функцій, психологічними наслідками війни та потребою в довготривалому супроводі.

Таблиця 1.1 – Порівняльне тлумачення поняття "реабілітація"

Джерело або підхід	**Зміст тлумачення**	**Основний акцент**	**Значення для дослідження**
Етимологічний підхід	Реабілітація означає відновлення здатності, повернення спроможності до дії	Відновлення можливостей людини	Дозволяє показати первинний зміст поняття як повернення до активності
Медичний підхід	Система заходів, спрямованих на відновлення порушених або втрачених функцій організму	Здоров'я, функції, профілактика ускладнень	Є основою для аналізу медичної реабілітації як виду медичної допомоги
Соціальний підхід	Відновлення участі людини у соціальному житті, доступу до послуг, праці, освіти й комунікації	Соціальна інтеграція	Показує, що реабілітація не завершується після медичного лікування
Професійний підхід	Відновлення працездатності, перенавчання, адаптація робочого місця	Праця, професійна реалізація	Дає змогу пов'язати реабілітацію з економічною самостійністю
Правовий підхід	Відновлення порушених прав і правового статусу особи	Правовий захист	Підкреслює роль держави у гарантуванні прав людини

Продовження таблиці 1.1

Психологічний підхід	Подолання наслідків травми, формування мотивації, емоційної стійкості та прийняття змін	Психоемоційне відновлення	Важливий для аналізу роботи з людьми після травм, поранень і кризових подій
Підхід Міжнародної організації праці	Відновлення фізичного, розумового, соціального і професійного потенціалу людини	Поєднання здоров'я і праці	Доводить необхідність інтеграції реабілітації з політикою зайнятості
Підхід Гулина М.	Дії, спрямовані на відновлення фізичних, розумових і соціальних можливостей	Комплексне відновлення можливостей	Підкреслює соціально-робочий зміст реабілітації [6]
Підхід Козявкіна В.	Реабілітація як мета, процес і спосіб взаємодії з людиною в системі "людина – середовище"	Системність і людиноцентричність	Дає підстави розглядати реабілітацію як міждисциплінарну систему
Підхід Голяченка А.	Оптимізація системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я	Організація системи	Важливий для аналізу управлінських проблем реабілітації [5]

Сьогодні реабілітація в Україні має два основні виміри – медичний і соціальний. Медичний вимір пов'язаний із тим, що реабілітація є одним із видів медичної допомоги та надається в амбулаторних або стаціонарних умовах. Він охоплює оцінку функціонального стану, фізичну терапію, ерготерапію, психологічну допомогу, логопедичну підтримку, медичний супровід, профілактику ускладнень і відновлення порушених функцій. Соціальний вимір є ширшим, оскільки включає не лише медичну допомогу, а й адаптацію житла, доступність громадського простору, соціальний супровід, забезпечення технічними засобами реабілітації, професійне навчання, працевлаштування, правову допомогу, психологічну підтримку родини та включення людини у життя громади.

Проте цей поділ часто існує переважно на рівні нормативних документів і організаційної структури. На практиці спектр реабілітаційних послуг

залишається нерівномірним, а інтервенції, що застосовуються в окремих закладах, не завжди мають достатню доказову базу та підтверджену ефективність. Це створює проблему якості, доступності та наступності реабілітації. Людина може отримати частину послуг у медичному закладі, але після виписки не мати зрозумілого маршруту соціальної адаптації. Або навпаки – соціальна служба може виявити потребу людини, але не мати можливості швидко скерувати її до якісної медичної чи психологічної реабілітації. Саме тому сучасна система потребує не механічного поділу на медичний і соціальний компоненти, а їх узгодженого поєднання.

Координацію і фінансування реабілітаційних послуг в Україні здійснюють насамперед Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство соціальної політики України. Така подвійна інституційна належність має як переваги, так і ризики. Перевагою є можливість охопити різні сторони реабілітації – лікувальну, соціальну, професійну та побутову. Ризиком є фрагментація відповідальності, коли медична система відповідає лише за лікування та відновлення функцій, а соціальна – за підтримку життєдіяльності, але між ними немає достатньо узгодженого обміну інформацією, єдиного маршруту людини та спільного результату. Тому важливо, щоб реабілітаційна політика розглядалася не як сукупність відомчих функцій, а як безперервний процес підтримки людини.

З 2020 року Національна служба здоров'я України перейшла на фінансування за надані медичні послуги. Це змінило логіку фінансування системи охорони здоров'я, оскільки кошти почали рухатися за фактично наданою послугою. Реабілітаційні послуги як складові були включені до кількох пакетів медичних послуг, зокрема амбулаторної допомоги, стаціонарної допомоги, допомоги при інсульті та лікування онкологічних захворювань. Такий підхід створив передумови для інституційного визнання реабілітації як необхідної складової медичної допомоги, однак водночас поставив питання про якість, повноту й доступність цих послуг для різних груп населення.

Медична реабілітація визначається як вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему

медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму, виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму, створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, профілактику ускладнень і рецидивів захворювання [62]. У цьому визначенні важливою є наявність кількох елементів: відновлення функцій, активізація компенсаторних можливостей, повернення до життєдіяльності, профілактика ускладнень. Це означає, що реабілітація не повинна починатися лише після завершення лікування. Вона має бути інтегрована у весь процес допомоги, особливо у випадках тяжких травм, інсультів, поранень, ампутацій, онкологічних захворювань, вроджених і набутих порушень.

Медична реабілітація призначається пацієнтам після закінчення гострого періоду захворювання у разі наявності обмежень життєдіяльності, особам з уродженими і спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору і слуху, а також у разі встановлення стійкої непрацездатності або інвалідності [62]. Це свідчить, що реабілітаційна допомога має охоплювати різні групи пацієнтів: дітей, дорослих, осіб старшого віку, людей з інвалідністю, людей після травм, пацієнтів із хронічними захворюваннями, осіб після оперативних втручань, військовослужбовців і цивільних, які постраждали внаслідок війни.

Системний зміст медичної реабілітації можна подати через взаємодію кількох підсистем. Перша підсистема – діагностична, яка передбачає оцінку стану людини, функціональних обмежень, ризиків, потенціалу відновлення та потреб. Друга підсистема – лікувально-відновна, що охоплює фізичну терапію, ерготерапію, медикаментозний супровід, відновлення рухових, мовних, когнітивних і сенсорних функцій. Третя підсистема – психологічна, спрямована на подолання стресу, тривоги, депресивних проявів, адаптацію до зміненого стану здоров’я. Четверта підсистема – соціальна, що включає підготовку до повернення в сім’ю, громаду, навчання або працю. П’ята підсистема – професійна, пов’язана з оцінкою працездатності, перенавчанням і адаптацією робочого місця. Шоста підсистема – управлінська, яка забезпечує координацію

фахівців, фінансування, маршрутизацію пацієнта, моніторинг результатів і міжвідомчу взаємодію.

Така логіка показує, що реабілітація не є лінійною процедурою. Вона має циклічний характер, оскільки потреби людини змінюються. На першому етапі пріоритетом може бути зменшення болю та стабілізація стану, на другому – відновлення рухової активності, на третьому – адаптація до побуту, на четвертому – повернення до професійної діяльності, на п’ятому – соціальна участь і підтримання досягнутих результатів. Якщо система не передбачає перегляду індивідуального плану, вона втрачає гнучкість і не відповідає реальній динаміці відновлення людини.

Особливе значення в реабілітації має індивідуальна програма. Вона повинна містити не формальний перелік заходів, а конкретний маршрут відновлення: оцінку потреб, цілі, строки, відповідальних фахівців, очікувані результати, показники ефективності та механізм перегляду. У випадку людини з порушенням опорно-рухового апарату така програма може включати фізичну терапію, ерготерапію, забезпечення технічними засобами реабілітації, навчання користуванню ними, адаптацію житла, консультації щодо працевлаштування та психологічну допомогу. У випадку людини після інсульту – відновлення рухових функцій, мови, когнітивних навичок, побутової самостійності та підтримку родини. У випадку військового після поранення – лікування, протезування, фізичну реабілітацію, психологічну підтримку, професійну переорієнтацію і соціальну інтеграцію.

З огляду на це, медико-соціальна реабілітація має оцінюватися не лише за кількістю проведених процедур або ліжко-днів, а за результатом для людини. Такими результатами можуть бути здатність самостійно пересуватися, обслуговувати себе, повернутися до навчання або роботи, користуватися громадським транспортом, підтримувати соціальні контакти, брати участь у житті громади, зменшити залежність від сторонньої допомоги. Саме такі показники відображають реальний зміст реабілітації як відновлення життєдіяльності.

Таблиця 1.2 – Основні складові медико-соціальної реабілітації

Складова	Зміст	Основні виконавці	Очікуваний результат
Медична	Лікування, відновлення функцій, профілактика ускладнень	Лікарі, медичні сестри, фахівці з реабілітації	Стабілізація стану, відновлення або компенсація функцій
Фізична	Фізична терапія, тренування рухів, відновлення витривалості	Фізичні терапевти, ерготерапевти	Покращення мобільності, сили, координації
Психологічна	Робота з травмою, тривогою, мотивацією, прийняттям змін	Психологи, психотерапевти	Емоційна стабілізація, готовність до активної участі у відновленні
Соціальна	Соціальний супровід, адаптація побуту, доступ до послуг	Соціальні працівники, громада, родина	Повернення до сімейного і громадського життя
Професійна	Перекваліфікація, працевлаштування, адаптація робочого місця	Центри зайнятості, роботодавці, заклади освіти	Економічна самостійність і професійна реалізація
Правова	Оформлення статусів, гарантій, індивідуальних програм, компенсацій	Юристи, органи соціального захисту	Захист прав і доступ до належної підтримки
Управлінська	Координація суб’єктів, фінансування, моніторинг якості	МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ, органи місцевого самоврядування	Узгодженість системи та контроль результатів

Аналіз сучасного стану реабілітації в Україні дає змогу виокремити кілька проблем. Перша проблема – фрагментарність послуг. Людина часто отримує окремі елементи допомоги, але не завжди має цілісний маршрут. Друга проблема – нерівномірна територіальна доступність. У великих містах і спеціалізованих закладах можливості ширші, тоді як у малих громадах доступ до реабілітаційних послуг може бути обмеженим. Третя проблема – кадровий дефіцит. Якісна реабілітація потребує підготовленої міждисциплінарної команди, а не лише окремого лікаря або соціального працівника. Четверта проблема – недостатня доказовість окремих практик. Реабілітаційні втручання мають спиратися на перевірену ефективність, а не на формальне виконання процедур. П’ята проблема – слабкий зв’язок між медичною і соціальною системами. Після

завершення лікування людина не завжди отримує належний соціальний супровід у громаді.

Саме тому перспективним напрямом розвитку реабілітації є перехід до інтегрованої моделі. Така модель передбачає, що медичний заклад, соціальна служба, орган місцевого самоврядування, центр зайнятості, заклад освіти, громадська організація і родина діють не окремо, а в межах спільного маршруту. У центрі цього маршруту перебуває людина з її потребами, цілями і ресурсами. Для цього необхідно розвивати міждисциплінарні команди, електронний облік реабілітаційних потреб, індивідуальні плани, стандарти якості, систему перенаправлення, оцінку результатів і сталі механізми фінансування.

З позиції публічного управління реабілітація є не лише медичною або соціальною послугою, а важливим елементом людського капіталу держави. Від того, наскільки ефективно система допомагає людині повернутися до активного життя, залежить рівень соціальної стійкості, зайнятості, зменшення бідності, інтеграція осіб з інвалідністю, підтримка ветеранів, якість життя старших людей, можливість дітей із порушеннями розвитку брати участь в освіті та громадському житті. Тому реабілітація має розглядатися як довгострокова інвестиція у людину, а не як витрата на допомогу.

Отже, медико-соціальна реабілітація є складною міждисциплінарною системою, спрямованою на відновлення фізичних, психологічних, соціальних і професійних можливостей людини. Її зміст охоплює не лише лікування, а й соціальну інтеграцію, правовий захист, професійну адаптацію, підтримку родини та зміну середовища. В українських умовах особливо важливо подолати розрив між медичним і соціальним вимірами реабілітації, забезпечити доказовість втручань, доступність послуг у громадах, підготовку фахівців і створення єдиного маршруту людини. Саме такий підхід дає змогу перейти від формального надання процедур до реального відновлення здатності людини жити, працювати, навчатися і брати участь у суспільному житті.

Відповідно до Міжнародної організації праці (МОП), реабілітація – це відновлення здоров'я людей з фізичними і розумовими вадами з метою

досягнення максимальної цінності їх фізичного, розумового, соціального і професійного бачення.

На думку К. Реннера і Р. Юмашева, реабілітація це соціально необхідна функціональна і соціально-професійна реабілітація хворих та осіб з інвалідністю (дітей і дорослих), яка здійснюється шляхом комплексного використання державних, соціальних, медичних, психологічних, педагогічних, правових та інших заходів [44].

У словнику-посібнику М. Гулина із соціальної роботи під реабілітацією розуміється “дії, спрямовані на відновлення фізичних, розумових і соціальних можливостей, цей загальний термін відноситься до осіб з тимчасової або постійної інвалідністю, а також до дітей-осіб з інвалідністю з дитинства” [6].

На думку В. Козявкіна суть реабілітації полягає в більш глибокому розумінні позицій системного підходу. З точки зору цього підходу реабілітація – це і мета (відновлення і збереження особистого статусу), і процес (який має біопсихічних і соціальний механізм), а також спосіб звернення до людини, яка потребує реабілітації. Реабілітація – це система відносин “людина – середовище”, в якій людина виступає як організм, а середовище – як єдність біологічних і соціальних факторів.

Слід зазначити, що сьогодні реабілітація в Україні має два виміри:

- **медичний** – реабілітація є одною з 5 видів медичної допомоги.
- **соціальний** – більш комплексний, який включає як медичну складову, так і соціальну.

Проте, варто наголосити, що цей поділ існує, переважно, на папері. На практиці спектр реабілітаційних послуг досить вузький, а інтервенції, що використовуються, не завжди мають доказову базу та ефективність.

Координують та фінансують послуги реабілітації два міністерства – Міністерство охорони здоров’я та Міністерство соціальної політики.

З 2020 року Національна служба здоров’я України перейшла на фінансування за медичні послуги.

Послуги реабілітації, як складові, увійшли у декілька пакетів, зокрема:

- амбулаторної допомоги,
- стаціонарної допомоги,
- допомоги при інсульті,
- лікуванні онкологічних захворювань.

Розглянемо більш детально особливості надання реабілітаційної допомоги в Україні.

Медична реабілітація – вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [62].

Медична реабілітація призначається пацієнтам:

– після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності;

– з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;

– у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності) [62].

Медична реабілітація як система включає в себе набір окремих підсистем і їх взаємозв'язок (рис. 1.1).

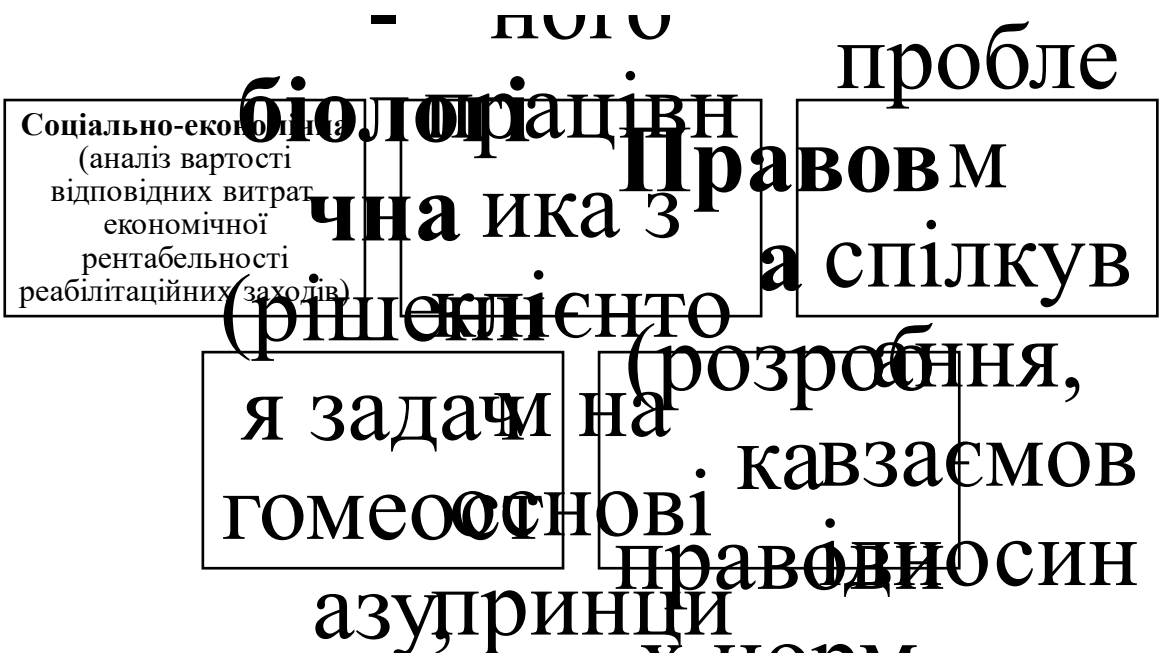


Рис. 1.1. Підсистеми реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [6].

Медична реабілітація надається безкоштовно державними і муніципальними установами охорони здоров'я, з якими укладені договори про медичну допомогу, відповідно до медичних показань закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові була надана вторинна (спеціалізована) чи третинна (вузькоспеціалізована) допомогу.

Медична реабілітація проводиться за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у галузі охорони здоров'я [62].

В. Стеблюк стверджує, що використання медичної реабілітації в санаторіях допомагає в найкоротші терміни відновити здоров'я і працездатність людини, знизити рівень первинної інвалідності, підвищити рівень життя, а також скоротити тривалість тимчасової непрацездатності.

Висока ефективність медичної реабілітації може бути досягнута тільки при дотриманні основних принципів:

– ранній початок;

– наступність;

– послідовність;

– повнота надання медичної допомоги пацієнтам;

– індивідуальний підхід;

– програмування відновного лікування.

Відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування за рахунок коштів Фонду соціального страхування України (далі – ФССУ) оплачується лікування осіб, застрахованих по обов'язковому державному соціальному страхуванню, в зв'язку з тимчасовою непрацездатністю в реабілітаційних відділеннях санаторіїв. установи.

Законом України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” від 23 вересня 1999 року № 1105-XIV визначено, що для забезпечення відновлення здоров’я застраховані особи мають право на лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм за рахунок коштів ФССУ.

Медична реабілітація призначається пацієнтам після закінчення гострого періоду захворювання за наявності інвалідності та трудової діяльності і спрямована на відновлення здоров'я працюючої людини та повернення її до суспільно корисної роботи, запобігання ускладненням захворювань та зменшення вартість допомоги по тимчасовій непрацездатності.

З метою вдосконалення механізму забезпечення права застрахованих осіб на лікування у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів відповідно до вимог Закону № 1105 та пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України “Деякі питання соціального захисту застрахованих осіб” від 16 березня 2017 року № 145 постановою правління ФССУ від 13 липня 2017 року № 39 затверджено Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів ФССУ та погоджено Міністерством охорони здоров’я України (лист від 23 серпня 2017 року № 3.14-19/1146-17/22760).

Відновлення здоров'я застрахованих осіб за рахунок коштів ФССУ здійснюється за профілями медичної реабілітації:

– нейрореабілітація (інсульт, черепно-мозкова травма);

– реабілітація опорно-рухового апарату (період після ортопедичних та травматичних операцій, ревматичні захворювання);

– серцево-легенева реабілітація (період інфаркту міокарда, після операції на серці; період захворювання легенів, після операції на легенях; цукровий діабет);

– медико-психологічна реабілітація учасників АТО;

– реабілітація після операції на очах;

– реабілітація у разі вагітності (ускладнена вагітність);

– інша (соматична) реабілітація: період після операції на травній системі, сечостатевій системі, жіночих статевих органах.

З 01 січня 2018 року запроваджено принципово новий механізм забезпечення застрахованих осіб соціальними послугами з лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм. А саме, застрахована особа направляється до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу за її вибором відповідно до медичних показань визначеного профілю медичної реабілітації за рекомендацією лікуючого лікаря та за наявності висновку лікарської-консультативної комісії (далі – ЛКК) закладу охорони здоров’я, де перебуває зазначена особа на лікуванні.

Отже, загальний вміст реабілітації, зокрема для хворих та осіб з інвалідністю, виглядає наступним чином:

1. Функціональне відновлення здібностей хворих, осіб з інвалідністю та ін.; включаючи:

– повне відновлення;

– компенсація;

– відновлення (наприклад, при неможливості роботи правою рукою через її травми, адаптація до роботи лівою рукою).

2. Адаптація до роботи (трудотерапія).

3. Безпосередня соціально – психологічна реабілітація – залучення особистості в повсякденне життя, включення в соціальні відносини, засновані на відновленні психічних функцій і комунікативних навичок.

Таким чином, короткий аналіз основних понять та категорій реабілітації дає загальне системно-структурне уявлення про неї як про окрему цілком самостійну науку та навчальну дисципліну, засвоєння якої необхідно соціальним працівникам.

1.2. Міжнародні моделі організації реабілітаційної допомоги

Міжнародні моделі організації реабілітаційної допомоги демонструють, що ефективність такої системи залежить не лише від кількості закладів, а й від узгодженості маршрутів пацієнта, міждисциплінарної роботи команди, доступності послуг за місцем проживання та стабільного фінансування. Саме тому досвід інших країн доцільно аналізувати з позиції управлінських механізмів, а не лише з позиції медичних технологій.

Реабілітація в розвинених країнах проводиться в спеціалізованих державних, муніципальних або приватних клініках реабілітації, стаціонарних реабілітаційних центрах, а також в амбулаторних умовах, закладах денного перебування та вдома. Велика увага приділяється координації всіх служб, що здійснюють реабілітаційне лікування, та раціональному розподілу функцій між ними. При організації реабілітаційних підрозділів звертається увага на їх окупність. Одним з головних завдань реабілітації є максимальна участь людей з обмеженими можливостями в суспільстві та виробничому процесі.

Законодавство базується на ідеї, що реабілітація та подальше працевлаштування є більш економічно вигідними, ніж надання постійних пенсій та допомог. У деяких країнах реабілітаційні послуги надаються різними неурядовими організаціями, включаючи організації осіб з інвалідністю та медичні установи.

Приватні реабілітаційні центри часто використовуються для розміщення державних замовлень на реабілітаційне лікування. Пацієнти отримують допомогу за рахунок страхування, персоналу, муніципалітетів. У сучасних умовах в країнах Європейського Союзу система реабілітації надає послуги за місцем проживання. Передбачається організація як спеціалізованих, так і комплексних реабілітаційних центрів. Існує тенденція до переорієнтації медичної та соціальної реабілітації із стаціонарної на амбулаторну, денний догляд та реабілітацію вдома, незважаючи на високу вартість реабілітаційних послуг та високі вимоги до персоналу.

Вперше лікарні з'явилися в США після закінчення Першої світової війни, а в 1922 році була створена перша у світі міжнародна неурядова організація.

З 1960 року ця організація називається Міжнародним товариством з реабілітації осіб з інвалідністю. Після Другої світової війни через велику кількість людей з інвалідністю у багатьох країнах, особливо у США та Великобританії, система медичної та соціальної допомоги почала розвиватися. З часом ця система поширилася на людей, які страждають різними захворюваннями. З початку 60-х років XX століття існувала думка, що потреба в реабілітації виникає у людей переважно через хвороби [5].

Цей підхід узгоджується з необхідністю реабілітації на ранніх стадіях захворювання, коли можливо запобігти дисфункції та зберегти здоров'я пацієнта. Однак розширення поняття "інвалідність" призвело до того, що наприкінці XX ст. 15% американців, на думку Е. Гелендера [18], вважали себе людьми з обмеженими можливостями. У цей період було створено велику кількість реабілітаційних закладів різного профілю, одним з перших таких закладів був реабілітаційний центр у лікарні Белв'ю при Нью-Йоркському університеті в 1946 року.

Багато уваги приділялося правильній та своєчасній діагностиці розладів. Організація допомоги все ще базувалася на біологічній моделі і була розроблена за принципом створення спеціальних закладів для людей з різними типами розладів. Цей підхід, названий Е. Хеландером [18] "Екран та відокремлення", на

думку Е. Клочкової [4], характеризує сучасний стан реабілітаційної допомоги в постраждянських країнах. Тому, щоб трансформувати підходи до надання реабілітаційні послуги та фізична терапія повинні вивчати світовий досвід організації таких систем.

Протягом десятиліття була розроблена нова модель інвалідності – соціальна, що базується на концепції рівних прав та рівних можливостей для всіх членів суспільства та концепції гуманізації. Вперше новий підхід був запропонований у 1980 року, Коли ВООЗ опублікувала Міжнародну класифікацію функціонування, розладів життя та здоров'я [9]. Соціальна концепція інвалідності була сформульована в Типових правилах створення рівних можливостей для інвалідності, прийнятих 48 сесіями Загальної асоціації УНС у 1993 року. Реабілітаційні центри та реабілітаційні відділення великих лікарень належать до стаціонарних установ [19].

У США велика увага приділяється координації всіх реабілітаційних служб та раціональному розподілу функцій між ними. У 1980-х роках була сформована мережа спеціалізованих медичних установ за схемою: первинна діагностика – спеціалізоване обстеження – реабілітація. Розроблено різні типи амбулаторій, консультативно-діагностичних центрів, центрів комплексної реабілітації тощо [8].

Стаціонарне реабілітаційне лікування пацієнтів з інфарктом міокарда, гострими цереброваскулярними розладами (АМК) та черепно-мозковою травмою проводиться переважно в лікарнях. Місткість їх ліжок зазвичай невелика – не більше 100 ліжок; тривалість перебування пацієнта в ліжку становить у середньому 22-25 днів [1].

У багатьох великих багатопрофільних лікарнях є відділення ранньої реабілітації. Крім того, широко набула практика оренди стаціонарних ліжок для лікарень. При організації реабілітаційних підрозділів у США звертається увага на їх окупність. Міністерство реабілітації США наголошує, що за кожну тисячу доларів, витрачених на реабілітацію особи з інвалідністю, ви можете повернути 35 тисяч. доларів у процесі роботи реабілітованої особи з інвалідністю. Але

навіть за таких умов лише 50% людей з інвалідністю працездатного віку мають право на працю [29].

У зв'язку з цим активно проводиться професійна реабілітація осіб з інвалідністю, яка контролюється Радою Президента з працевлаштування осіб з інвалідністю; В рамках цієї діяльності розробляються цільові програми для співпраці спеціальних навчальних центрів для осіб з інвалідністю з підприємствами, а політика щодо проблеми осіб з інвалідністю розробляється спеціальними державними органами.

Мета ради – зробити людину з інвалідністю повноправним членом суспільства. Медична реабілітація людей з обмеженими можливостями здійснюється за програмами “Medicare”, “Medicaid”, які фінансуються федеральним урядом. Що стосується хронічно хворих та людей похилого віку, то основною метою їх реабілітації є підтримка здоров’я та покращення здатності робити щоденні справи.

Канада – перша країна, яка включила положення про інвалідність до своєї конституції. У процесі реабілітації осіб з інвалідністю беруть участь спеціальні спеціалісти – ерготерапевти та реабілітаційні центри, діяльність яких спрямована на визначення індивідуальних потреб осіб з інвалідністю та їхнього життя. Одним з основних завдань реабілітації експерти вважають максимальну участь людей з обмеженими можливостями в суспільстві та виробничому процесі [26, 30].

У Канаді кафедра реабілітаційної медицини в Університеті Альберти спочатку була навчальною програмою для фізіотерапевтів. Пізніше були додані програми з трудотерапії, мовної патології та аудіології. Факультет готує студентів до роботи лікарями з реабілітаційної медицини, психічного здоров'я, педіатрії та геріатрії. Лікарі-реабілітологи працюють у найрізноманітніших місцях, які наведено на (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Можливі місця роботи лікарів-реабілітологів в Канаді, складено автором на основі аналізу джерела [2].

У Великобританії запровадження елементів реабілітації в діяльність усіх лікарень закріплено законодавством. У великих багатопрофільних лікарнях з'являються спеціальні реабілітаційні палати [16]. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації. Таким чином, реабілітацію пацієнтів, які перенесли ГПМК, здійснює команда, що складається з невролога-реабілітолога, фельдшерів, терапевтів, фізіотерапевтів. Крім того, в країні діє мережа спеціалізованих та комплексних реабілітаційних центрів.

Визнано економічну доцільність об'єднання лікарень, будинків престарілих та інших реабілітаційних закладів у великі комплекси. Законодавство про інвалідність існує у Великобританії з 1944 року. Інвалідність тлумачиться через поняття рівності та недискримінації. Великобританія прагне до максимізації незалежності людей з інвалідністю. Національне законодавство передбачає безкоштовні послуги охорони здоров'я: "Послуги надаються у зв'язку з потребою, а не з можливістю оплати" [11]. Вартість допоміжних засобів, вартість яких менше 1000 фунтів стерлінгів, також покриває місцева влада.

Раніше Уряд Англії здійснював проект "Трансформовані послуги та обладнання у громаді", який передбачав надання засобів та найпростіших побутових приладів. За новою моделлю місцеві соціальні або медичні органи

виписують ваучер на придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти. Водночас, особа з інвалідністю може поповнити відповідний ваучер на суму, необхідну для придбання більш складнішого засобу [11]. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання [11]. Діє така форма, як реабілітація осіб з інвалідністю на дому, незважаючи на її високу затратність і великі вимоги до персоналу.

Швеція визначає поняття осіб з інвалідністю на основі чинного законодавства. Однак у національному законодавстві існують різні контекстуальні визначення інвалідності: недискримінаційне, соціальне та конструктивне [20]. Законодавство країни передбачає відповідальність спеціаліста первинної медико-санітарної допомоги за забезпечення людини реабілітацією, доглядом та допоміжними технологіями для вдосконалення її можливостей. У той же час людина, яка має проблеми зі здоров'ям, несе відповідальність за процес реабілітації і, за необхідності, може розраховувати на допомогу інших медичних або соціальних працівників [20]. Фінансування допоміжних технологій передбачено Законом про медичні послуги. Забезпечення коштами залежить від особливостей інструменту: для використання вдома чи поза ним, наприклад, у школі; для щоденного використання або для догляду або лікування. За це відповідають керівники медичних установ через муніципальні ради. Виставлення рахунків залежить від округу. Людина повинна мати можливість вільно вибирати потрібні їй засоби. Допоміжні засоби перевіряються та замовляються центрами первинної медико-санітарної допомоги, клініками та спеціалізованими медичними центрами, такими як слух, зір, ортопедія тощо. Перевірка та оцінка засобів здійснюється за рахунок державних коштів. Шведський інститут допоміжних технологій бере участь у відповідних дослідженнях щодо розробки нових технологій та інструментів для людей з обмеженими можливостями. Крім того, інститут проводить навчання використанню навичок та здійснює міжнародну співпрацю в галузі допоміжних технологій [20].

У Німеччині законодавство про людей з інвалідністю базується на ідеї, що реабілітація та подальше працевлаштування людей з інвалідністю є економічно вигіднішими, ніж зараз. У країні діє “Кодекс соціального права”, основними положеннями якого є: надання всієї необхідної допомоги будь-якій особі з інвалідністю або особі, що ризикує втратити працездатність, незалежно від причини; інтеграція людей з обмеженими можливостями в суспільство; втручання на самій ранній стадії, коли слід вжити всіх заходів для зменшення наслідків інвалідності; принцип надання індивідуального догляду, орієнтованого на потреби конкретної людини з обмеженими можливостями [7, 14].

Закон спрямований на реабілітацію людей з обмеженими можливостями за допомогою страхових механізмів, а фінансування інтеграції людей з обмеженими можливостями у трудове життя має перевагу над грошима. Питання медичної, соціальної та професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями вирішуються комплексно, можливо раніше, з послідовним переходом від однієї події до іншої. Показання до реабілітації людей з інвалідністю в певних закладах та клініках чітко визначені. У процесі реабілітації висловлюється бажання забезпечити, щоб людина з інвалідністю стала самостійною раніше [7; 14].

Поряд з реабілітаційними відділеннями німецьких лікарень існують складні центри, що забезпечують стаціонарне та амбулаторне реабілітаційне лікування [22]. Одним з найбільших є Кельнський реабілітаційний центр, який обслуговує пацієнтів з усієї країни. Цей заклад забезпечує медичну, психологічну та професійну реабілітацію пацієнтів [24]. Для пацієнтів працездатного віку в країні існують навчальні центри.

У Німеччині існує близько 200 спеціалізованих центрів, які займаються реабілітацією пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату, серця та судин, діабетом тощо.

У Фінляндії законодавчий рівень закріплює інтеграцію реабілітаційних заходів у галузі соціального захисту, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування, освіти тощо. Особлива увага приділяється професійній реабілітації

осіб з інвалідністю. Реабілітація фінансується за рахунок соціального страхування. У реабілітаційний період особа з інвалідністю отримує спеціальну допомогу в реабілітації за рахунок соціального страхування [2]. Питання реабілітації людей з інвалідністю та медичного обслуговування у Фінляндії відповідає місцева влада, і держава відшкодовує їм значну частину витрат. Реабілітаційні відділення, як правило, працюють у місцевих медичних центрах.

Наприклад, у громаді Шиппо, окрім амбулаторії, загальної лікарні, є відділення на 40 ліжок для реабілітації пацієнтів похилого віку після інсульту. Людям з обмеженими можливостями відшкодовують кошти за придбання пристроїв, необхідних для реабілітації (інвалідні коляски, милиці тощо) та лікування зі страхових фондів [2]. Приватні реабілітаційні центри часто використовуються для розміщення державних замовлень на реабілітаційне лікування [7].

Цікавим є досвід організації реабілітаційної служби в Польщі. У 1969 р. Була розроблена перша в країні програма реабілітації, згідно з якою у всіх воєводствах були засновані консультації з реабілітації, а в окружних та міських асоціаціях – організовані регіональні асоціації. Воєводські реабілітаційні центри працюють у великих містах на базі амбулаторних та стаціонарних реабілітаційних закладів. Кожен лікар отримав можливість використовувати реабілітаційні методи для пацієнтів, які цього потребують. Щоб допомогти їм об’єднатися, медичні групи створили реабілітаційні групи, які можуть технічно вирішити питання реабілітації. Ця модель була визнана ВООЗ у 1970 р. Гідною наслідування [32]. Інвалідність у Республіці Польща визначається як нездатність виконувати соціальні функції через проблеми зі здоров'ям. Для визначення інвалідності враховуються фізичні, психічні та соціальні можливості людського тіла. Оцінку проводить комісія районного рівня, до складу якої входять лікар та інший спеціаліст, який може бути психологом, соціальним працівником, радником із працевлаштування, вчителем чи іншим лікарем.

Документи щодо інвалідності містять рекомендації щодо працевлаштування, працевлаштування на спеціальних підприємствах для людей

з обмеженими можливостями, професійного навчання, участі в програмах трудотерапії, надання протезних ортопедичних пристосувань, допоміжних засобів та інших технічних засобів. Важливою складовою рекомендації є отримання допомоги на місцевому рівні – соціальна допомога, особистий догляд, медичні та реабілітаційні послуги. Крім того, надаються рекомендації щодо постійного або тривалого догляду чи допомоги. Ці рекомендації обґрунтовують отримання соціальної допомоги в грошовій та / або натуральній формі, що надається людям з інвалідністю [6].

У законодавстві Чеської Республіки немає єдиного визначення інвалідності та інвалідності. Ці визначення використовуються залежно від контексту антидискримінаційного законодавства про рівність прав. Трудове законодавство вимагає визначення ступеня втрати працездатності (першого, другого, третього). Для цілей соціального законодавства інвалідність означає такі порушення: фізичні, сенсорні, психічні, лінгвістичні, освітні та поведінкові [12]. Люди з інвалідністю є невід'ємною частиною національної системи медичного страхування, яка в майбутньому повинна використовувати інструменти, які зменшать залежність від медичного втручання та підвищать його ефективність та результативність. Буде розроблено не тільки раннє втручання, подальший догляд та інтеграція догляду в медичні та соціальні послуги, але також будуть підтримані реабілітаційні та терапевтичні заходи для людей з обмеженими можливостями та людей з хронічними захворюваннями. Вторинне втручання також передбачається через політику надання грантів таким особам для подальшої освіти. Передбачається, що це дозволить заощадити державні ресурси [12]. Щороку Міністерство охорони здоров'я Чеської Республіки оголошує грантові програми для організацій людей з інвалідністю та хронічно хворих для навчання користувачів охорони здоров'я серед цих груп [12].

Чеське законодавство про охорону здоров'я передбачає, що пацієнт повинен бути поінформований про всі доступні медичні та соціальні послуги, які можуть поліпшити його здоров'я, включаючи медичну, соціальну та професійну

реабілітацію. Послуги соціальної та медичної реабілітації, спрямовані на набуття навичок самообслуговування та максимальну незалежність, надаються різними неурядовими організаціями, зокрема організаціями осіб з інвалідністю та медичними закладами. Послуги надаються як в амбулаторних умовах, так і за місцем проживання людини [3]. Складові соціальної реабілітації визначаються Законом “Про соціальні послуги”. Ці послуги включають: навчання навичок самодопомоги; навчання навичкам самостійності та дії щодо соціальної інклюзії; посередництво в контактах із соціальним середовищем; навчально-заохочувальна діяльність; допомога у здійсненні прав. Крім того, центри соціальної реабілітації надають консультації, особисту гігієну, харчування та домашній догляд. Послуги фінансуються за рахунок субсидій організацій Міністерства соціальної політики. Базова соціальна реабілітація безкоштовна для користувачів. Оплачуються лише витрати на проживання, харчування та особисту гігієну [3]. Допоміжні засоби можна придбати один раз за кошти муніципалітетів. Вартість їх придбання виходить за межі системи охорони здоров’я [12].

У Чехії реабілітація пацієнтів та людей з інвалідністю проводиться в реабілітаційних центрах та лікарняних палатах. Одним з найбільших закладів є комплексний реабілітаційний центр у Північній Моравії, до якого входять інститут соціального забезпечення людей з обмеженими можливостями та реабілітаційна клініка [31]. У республіці при клініках та лікарнях існують реабілітаційні пункти, де застосовуються фізіотерапевтичні методи, фізіотерапія та ерготерапія.

Держава Ізраїль, визначаючи термін перебування особи з інвалідністю, базується на стійких тривалих розладах здоров'я, які перешкоджають участі в громадському житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватися інші контекстуальні визначення. У страховій медицині країни є можливості фінансової підтримки для сплати страхових внесків для людей з інвалідністю. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявити розлади здоров’я на ранній стадії [21]. Уряд фінансує широкий

спектр реабілітаційних та абілітаційних послуг через Міністерство охорони здоров'я, оборони та Інститут страхування.

Ці послуги спрямовані на досягнення максимальної незалежності особистості. Вживаються заходи щодо інформування про реабілітаційні послуги, що надаються Національним інститутом страхування. Також реабілітаційне відділення цього інституту забезпечує підготовку та перепідготовку фахівців реабілітаційних установ. Навчальні програми проводяться щороку, зокрема, з урахуванням відгуків координаторів реабілітації [21]. Міністерство охорони здоров’я відповідає за надання допомоги у наданні допомоги. Витрати на такі кошти (зокрема, для людей з обмеженими можливостями – інвалідні коляски, моторизовані візки, спеціальне взуття, тростини) покриваються за рахунок особистих внесків та державних коштів. Більше того, уряд поступово зменшує частку особистих внесків. Існує також певна фінансова підтримка на придбання автомобілів та витрати, пов'язані з їх експлуатацією [21].

Послуги з реабілітації та допомоги також надаються через Міністерство оборони тим, хто став інвалідом внаслідок бойових дій. Спектр допоміжних засобів досить широкий. Такі кошти надаються безкоштовно [21]. У сучасних умовах у країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю послуг за місцем проживання в рамках регулярних соціальних та медичних служб. Медико-соціальна реабілітація людей з інвалідністю проводиться в спеціалізованих реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, а також в амбулаторних умовах, закладах денного перебування та вдома. Передбачається організація як спеціалізованих (медичних, медичних, професійних), так і комплексів реабілітаційних центрів (Німеччина, Великобританія, Данія). Крім того, спостерігається тенденція до переорієнтації медичної та соціальної реабілітації людей з інвалідністю із стаціонарної на амбулаторну, денний догляд та реабілітацію вдома, незважаючи на високу вартість реабілітаційних послуг та високі вимоги до персоналу (Німеччина, Великобританія, Данія, Ірландія, Франція).

Перехід до медичної реабілітації вдома або під час щоденних відвідувань медичних закладів передбачає підвищення ефективності реабілітаційних заходів людини [1].

Так, у Данії є заклади денного перебування для дітей з обмеженими можливостями. Досвід цієї країни показує, що перебування в таких закладах ефективніше, ніж амбулаторне лікування.

Так, у Німеччині на прохання Федерального міністерства праці та соціальних питань за останні 10 років створена та діє інформаційно-довідкова система “Rehadat”, яка містить 10 банків даних з питань, пов'язаних з медичною та соціальною реабілітацією . Бази даних про спеціалізовані центри медичної реабілітації, технічні засоби реабілітації, підприємства, що використовують працю людей з інвалідністю, спеціальні майстерні для людей з глибокими розладами здоров'я та про спеціальні робочі місця, реабілітаційні фонди, організації, установи, служби розробляються і постійно оновлюються, дослідницькі та навчальні семінари в цій галузі.

Ця система надає безкоштовно через Інтернет необхідну інформацію людям з обмеженими можливостями, лікарям, усім працівникам у галузі медичної та соціальної реабілітації [1]. Професійна реабілітація в ЄС спрямована на розвиток та максимізацію професійного потенціалу людей з обмеженими можливостями, незалежно від рівня інвалідності та ступеня погіршення стану здоров’я. Наприклад, у Франції різні аспекти професійної реабілітації людей з обмеженими можливостями відображені у семи законах, що регулюють складність медичної та соціальної реабілітації, включення якісної підготовки та перепідготовки з урахуванням фізіологічних можливостей організму, зайнятості [1].

Цей підборіддя, головне ультравидиме лікування на кордоні – це спеціалізовані багатопрофільні та комплексні реабілітаційні центри для амбулаторних пацієнтів та хворих на каталізацію, організовані клініки в лікарнях та амбулаторії, які захищають охорону здоров’я та інших пацієнтів. Створені консультації з реабілітації, реабілітаційні станції, реабілітаційні групи,

реабілітація проводиться вдома, на рівні громади. Місцеве населення залучене до реабілітації, особливо на рівні громади. На цьому рівні реабілітаційні заходи часто виходять за межі діяльності закладів охорони здоров’я. Завдання – розпочати реабілітацію заздалегідь, відновити повну працездатність пацієнтів та інтегрувати людей з обмеженими можливостями до соціального та трудового життя. Значна окупність реабілітаційних заходів. Характерною особливістю міжнародної практики надання реабілітаційних послуг є функціонування системи охорони здоров’я та соціальна підтримка. У більшості цих країн реабілітаційні послуги включені до системи медичного страхування з відповідними формами компенсації. Надання послуг поступово концентрується ближче до місць проживання людей з обмеженими можливостями. Що стосується допоміжних засобів, їх надання також відрізняється: від часткового відшкодування до надання за рахунок державних чи місцевих органів влади.

Таким чином, майбутнє реабілітаційних послуг безпосередньо пов’язане з визначенням та вимірюванням якості реабілітаційної допомоги. Спеціаліст з реабілітації може надавати реабілітаційні послуги без сторонньої допомоги або у складі медичної бригади. У деяких випадках залучення лікаря, що надає реабілітаційні послуги, не обов'язково безпосередньо скорочує час госпіталізації, але своєчасне консультування може запобігти або зменшити нерухомість, навчити пацієнта та членів сім'ї про процес реабілітації та покращити орієнтацію пацієнта після складних травм, що вимагають госпіталізації. Економія коштів та підвищення ефективності досягаються за допомогою програм вимірювання якості.

У літературі широко розглядаються організаційно-методологічні основи фізичної терапії та фізичної реабілітації при різних захворюваннях та травмах. Запропоновано варіанти поєднання засобів і методів у реабілітаційних програмах, проте проблеми та особливості організації центрів реабілітації, реабілітації та вдосконалення в сучасних ринкових умовах України, формування їх структури та взаємодії структурних елементів залишаються поза розглядом. Світовий досвід є необхідною основою для побудови системи реабілітаційної

допомоги та лікувальної фізкультури в Україні. Реабілітація в розвинених країнах проводиться в спеціалізованих державних, муніципальних або приватних клініках реабілітації, стаціонарних реабілітаційних центрах, а також в амбулаторних умовах, закладах денного перебування та вдома. Приватні реабілітаційні центри часто використовуються для розміщення державних замовлень на реабілітаційне лікування. В ЄС роль урядів та інших державних органів у реабілітаційних заходах зменшується. Його основними учасниками є реабілітаційні організації приватного сектору та люди з інвалідністю. Тому реабілітаційні заклади функціонують в умовах жорсткої конкуренції, що сприяє підвищенню якості медичної та соціальної реабілітації, включаючи чисту фізичну терапію.

1.3. Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні

Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні формує рамки, у межах яких визначаються права пацієнтів, повноваження органів влади, порядок надання послуг, фінансування та взаємодія медичних і соціальних інституцій. Для нової теми важливо не лише перелічити нормативні акти, а й оцінити, наскільки вони забезпечують безперервність, доступність і якість реабілітаційного процесу.

Відповідно до Конституції України “життя та здоров’я людини є найвищою соціальною цінністю”, тобто збереження та підвищення якості життя і здоров’я громадян постають одними з актуальних завдань держави та суспільства.

Важливою складовою реабілітації є подальша соціалізація пацієнтів та можливість надання їм професійної роботи. Так, Конвенція про медичну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю, прийнятий в Женеві Керівним органом Міжнародного бюро праці в 1983 році (Конвенцію ратифіковано Законом України “Про ратифікацію Конвенції про професійну

реабілітацію
та зайнятість осіб з інвалідністю"), проголосила принципи реабілітації та політики зайнятості для осіб з інвалідністю, заявивши, що така політика має на меті забезпечити відповідні заходи медичної реабілітації всіх категорій осіб з інвалідністю, а також сприяти можливості працевлаштування людей з інвалідністю на відкритому ринку робота, рівні можливості для людей з обмеженими можливостями та працівників загалом. Крім того, кожен член, в включаючи Україну, має на меті забезпечити навчання та наявність консультантів з реабілітації [17].

В Україні в 1991 році було прийнято Закон "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні", який постановив, що для підприємств (асоціацій) [39], установ та організацій незалежно від форм власності та господарювання, встановлюється стандарт робочих місць для обслуговування працевлаштування осіб з інвалідністю (стаття 19). Якщо ця вимога не виконується, повинні застосовуватися штрафи санкції, які будуть спрямовані на надання фінансової допомоги для здійснення діяльності соціальна, трудова, фізична культура, спорт і медична реабілітація осіб з інвалідністю (відновлення працездатності шляхом забезпечення особи з інвалідністю технічними реабілітаційними засобами, створення умов для занять фізичною культурою та спортом, оплата навчання та перекваліфікації, створення на робочому місці особи з інвалідністю належних санітарно-гігієнічних, виробничих і технічних умов згідно з індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю).

Кабінет Міністрів України видав Постанову від 15 червня 1992 року № 31-92-п "Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності", де розглядалися питання профілактики інвалідності, медичної, соціально-трудової реабілітації осіб з інвалідністю [38].

Також у 1992 році діяв Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [22], де оголошено, що реабілітація хворих та осіб з інвалідністю включена в комплекс охорони здоров'я і спрямована на зміцнення та покращення здоров'я, профілактику захворювань та інвалідності, ранню

діагностику, допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями (стаття 3). У медичній практиці застосовуються методи реабілітації, профілактики, діагностики, лікування та прийому ліків. Закон передбачає, що нові методи реабілітації, які розглядаються в установленому порядку, але досі не дозволені до використання, можуть застосовуватися для лікування лише після письмової згоди. В якій слід надати інформацію про цілі, методи, побічні ефекти, можливі ризики та очікувані результати.

У 2001 році видано Указ Президента України “Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями” [54]. З метою вдосконалення існуючих та пошуку подальшого практичного застосування нових ефективних методів реабілітації.

З метою покращення організації та якості спільної роботи органів охорони здоров’я, вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації, післядипломної освіти та лікувально-профілактичних медичних закладів у галузі підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, підвищення ефективності дослідження та впровадження його результатів на практиці охорони здоров'я МОЗ України видало наказ “Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров'я” [34], в якому зазначено, що завдання та функції клініки включають дослідження та розробку ефективних методів реабілітації, профілактики, діагностики та лікування пацієнтів; випробування та впровадження нових методів реабілітації, діагностики та лікування хворих, випробування медичних інструментів.

Закладами, що надають реабілітаційні послуги з використанням природних цілющих ресурсів, є санаторії. Правові, організаційні, економічні та соціальні основи розвитку курортів в Україні визначені Законом України “Про курорти”, який спрямований на забезпечення використання природних лікувальних ресурсів, природних зон курортів для благоустрою, лікування та оздоровлення людей [11]. Організація обслуговування на курортах здійснюється санаторіями різних форм власності і спрямована на створення умов для повноцінної реабілітації, лікування та профілактики захворювань за допомогою медичних

процедур, а також на підтримку належної побутової, продовольчої та культурної послуги. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Загального положення про санаторій” від 11 жовтня 2002 року [31] передбачає, що з метою забезпечення санаторно-курортного лікування відповідно до сучасних вимог медичної науки, методів комплексної реабілітаційної терапії та ефективне використання існуючого санаторно-комплексного лікування, медична реабілітація та профілактика захворювань з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних та нетрадиційних методів реабілітації для закріплення результатів, досягнутих на стаціонарному етапі, усунення залишкових наслідків хірургічного втручання та травм, перехід патологічного процесу в хронічний перебіг та інші.

Кінцевим бажаним результатом реабілітаційних заходів є відновлення або максимальна компенсація порушених функцій людини, але за неможливості цього особам установлюється група інвалідності.

Міністерство охорони здоров’я України видало наказ від 05 вересня 2011 року “Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності” [32], де зазначено, що при призначенні реабілітаційних заходів необхідно враховувати реабілітаційний потенціал. Реабілітаційний потенціал – це поєднання біологічних, психофізіологічних та соціально-психологічних характеристик людини, а також факторів соціального середовища, що дозволяють їй реалізувати свій реабілітаційний потенціал.

Основний закон, що визначає основу для створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації життєвих обмежень, викликаних порушеннями здоров’я з постійними розладами організму, функціонування системи підтримки осіб з інвалідністю фізичне, психічне, соціальне благополуччя, допомога їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності це Закон України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”. Згідно з законом, реабілітація це система медичної, фізичної, психологічної, педагогічної, професійної, трудової діяльності, втрачені функції організму, соціальна та матеріальна незалежність, адаптація праці та

інтеграція в суспільство [41]. Те саме пояснення реабілітації дає Закон України “Про соціальні послуги”, але визначає, що реабілітаційні заходи входять до комплексу соціальних послуг разом із правовими, економічними, психологічними, освітніми, медичними та іншими, які надаються особам, котрі перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги [42].

Центрами медичної реабілітації осіб з інвалідністю є заклади системи праці та соціального захисту населення, метою яких є здійснення заходів, спрямованих на підготовку особи з інвалідністю до професійної діяльності, відновлення або набуття професійної працездатності адаптація, навчання, перекваліфікація для подальшого ефективного працевлаштування з урахуванням стану здоров’я, особистих уподобань та бажань. Організація медичної реабілітації здійснюється за медичної підтримки. Крім того, центр оцінює професійні результати.

Реабілітація осіб з інвалідністю за освітніми, соціальними, психологічними та медичними критеріями та показниками надає рекомендації щодо подальшої медичної реабілітації осіб з інвалідністю. З метою вдосконалення матеріального забезпечення реабілітаційного процесу. Задля покращення матеріального забезпечення реабілітаційного процесу ще в 1999 року прийнято Закон України “Про гуманітарну допомогу”, який визначає правові, організаційні, соціальні основи отримання, надання, оформлення, розподілу та контролю за цільовим використанням гуманітарної допомоги для реабілітаційних центрів і проведення реабілітаційних послуг [28].

З метою реалізації Закону України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” [41] та відповідно до пунктами 6 і 9 Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року 757, наказом Міністерства охорони здоров’я України № 623 від 08 жовтня 2007 року “Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини-особи з інвалідністю та Порядку їх складання” [36]. Індивідуальна програма реабілітації

осіб з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, організаціями, в яких інвалід працює або перебуває, незалежно від їх підпорядкування, виду і форми власності. У Наказі подано чітку характеристику й складники індивідуальної програми, а також реабілітаційний потенціал, та мету реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового статусу (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація за обмеження життя.

Центральним органом, який координує діяльність усіх закладів охорони здоров'я, є Міністерство охорони здоров'я. Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України "Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України" [35], одним з основних завдань МОЗ є забезпечення надання реабілітаційної допомоги населенню. Видано також Указ Президента України від 18 грудня 2007 року "Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов життя для людей з обмеженими можливостями" – щодо вдосконалення системи освіти та перепідготовка викладачів з урахуванням освітніх та реабілітаційних потреб людей з інвалідність [29].

Таким чином, Україна готує та має значну кількість висококваліфікованих реабілітологів з метою реалізації положень Закону України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" видано розпорядження Кабінету Міністрів України [41], одним із пунктів якого є запровадження штатного розкладу закладам охорони здоров'я для випускників спеціальності "Фізична реабілітація" вищої школи установи III-IV рівнів акредитації, а також вдосконалення методології особистості реабілітаційні програми. Відповідно до довідника кваліфікацій професій, до завдань та обов'язків лікаря фізіотерапевта входить застосування сучасних методів профілактики й лікування санаторними та курортними

факторами, визначення доцільності застосування фізіотерапевтичних методів за різних захворювань, вибір оптимального фізіотерапевтичного комплексу.

Зрозуміло, що медичне обслуговування, включаючи реабілітацію пацієнтів, повинно бути якісним. Про порядок контролю якості медичної допомоги визначається наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року. У ньому зазначено, що об'єктом контролю є медична допомога (комплекс профілактичних, лікувальних, діагностичних та реабілітаційних заходів, які проводяться за певною технологією і з метою досягнення конкретних результатів) [40]. Якість обслуговування (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) всіх видів діяльності, які безпечні, раціональні, прийнятні з точки зору використовуваних в ньому коштів суспільства і впливають на смертність, хвороби, інвалідність.

Роль держави в розвитку реабілітації обговорюється в Законі України "Про фізичну культуру і спорт", в якому йдеться про те, що фізична культура і спорт для осіб з інвалідністю є складовою частиною їх фізичної реабілітації та соціально-трудової адаптації, навчання, методичне забезпечення, медичний контроль здійснюються органами безпеки організації охорони здоров'я, фізичного виховання і спорту, освіти, соціального захисту та інвалідності [43]. Держава створює мережу лікувальних і спортивних установ, що забезпечують лікування, які сприяють контролю за всіма категоріями осіб, які займаються фізичною культурою і спортом, впровадження спортивної медицини як освітньої дисципліна в програмах відповідних навчальних закладів. Ще в 1994 році була прийнята Державна програма розвитку фізичної культури і спорту України, яка зобов'язує органи місцевого самоврядування створити виконавчу владу і місцеве самоврядування в поліклініках, сільських лікарнях, мережу медичних і спортивних диспансерів, оздоровчих центрів і спортивних споруд безкоштовно і платні діагностичні та консультаційні кабінети, центри і пункти реабілітації.

Для забезпечення фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, створення умов для їх доступу до фізичної культури й спорту, одним із пріоритетних завдань центральних та місцевих органів виконавчої

влади визначено створення умов для фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю.

Слід зазначити, що держава регулярно оголошує та приймає різні програми, концепції, спрямовані на поліпшення здоров'я нації, надання необхідних можливостей реабілітаційні послуги. Так, наприклад Концепція розвитку охорони здоров’я населення України, яка спрямована на дотримання положень Конституції та законів України, надає доступну кваліфіковану медичну допомогу кожному громадянину України, впровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері захисту здоров’я, створення умов для формування здорового способу життя.

З метою успішної реалізації державної політики охорони здоров'я прийнято Постанову Кабінету Міністрів України “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” [33]. Поряд з важливими питаннями профілактики, велика увага приділяється діагностиці, етапам лікування і контролю за станом здоров'я населення. Підкреслюється необхідність створення ефективних систем, забезпечення пацієнтів сучасними медичними технологіями, ефективними методами реабілітації; розробити і реалізувати заходи щодо розширення реабілітаційних технологій, спрямованих на одужання жінок (починаючи з дитинства); створити умови для відпочинку, проведення реабілітація та професійне навчання протягом робочого дня, відновлення після роботи, профілактична фізична культура і спорт; розробити комплексну реабілітаційну програму для підтримки здоров'я літніх людей; забезпечити оптимальний перерозподіл і функціональну диференціацію лікарняного ліжка при організації стаціонарів (відділень) швидкої допомоги, планового лікування хронічних хворих, реабілітація, медико-соціальна допомога.

Для підвищення рівня життя населення, забезпечення прав і свобод людини, надання послуг рівний якісний доступ до послуг охорони здоров’я, освіти, соціального забезпечення захисту вразливих груп, зокрема людей, які потребують соціальної допомоги та реабілітації, прийнято Закон України “Про основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015

роки” [40]. Постанова Кабінету Міністрів України № 1158 “Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року”, зазначає, що з метою забезпечення розвитку охорони здоров'я та поліпшення демографічної ситуації пріоритет надається підвищенню якості необхідних реабілітаційних послуг, надаються сільському населенню, а також послуги, пов'язані з їх транспортуванням до реабілітаційних закладів [43].

У 2017 році Кабінет Міністрів України видав розпорядження “Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року”, метою цієї Концепції є створення та повноцінне функціонування цілісної системи реабілітації та реадаптації учасників, забезпечення застосування чіткого прозорого механізму адміністрування їх потреб для здійснення повноцінної реадаптації учасників до цивільного життя, а також створення умов для активного залучення до цього процесу органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, громадських об’єднань, міжнародних організацій.

Концепція стверджує, що сучасна світова практика реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях, свідчить про те, що ефективні системи реабілітації та соціального обслуговування населення, зокрема ветеранів, будуються і діють за такими принципами:

– простота та ефективність організації та управління;

– прозорість та публічність;

– індивідуальний підхід та оцінка результатів;

– рівність вибору реабілітаційних послуг;

– відповідність організації реабілітаційного процесу фізіологічному та психологічному етапам виходу людини з кризи;

– використання особистого потенціалу кожного ветерана.

У 2018 році Кабінет Міністрів України затвердив Державну цільову програму медичної, фізичної реабілітації та психосоціальної реабілітації жертв Революції Гідності, учасників АТО та осіб, які брали участь у заходах із забезпечення національної безпеки та оборони Донецької та Луганської областей, забезпечення їх виконання до 2023 року.

Метою Програми є забезпечення здійснення заходів з медичної, фізичної реабілітації (далі – реабілітація) та психосоціальної реабілітації жертв Революції Гідності, учасників АТО та осіб, які беруть участь у заходах із забезпечення національної безпеки та оборони, дати відсіч і стримати збройну агресію. у Донецькій та Луганській областях, забезпечуючи їх реалізацію на період до 2023 року, націлену на чітке та прозоре управління їхніми потребами з урахуванням особливостей чоловіків та жінок, підвищення їх обізнаності щодо участі у відповідних процесах адаптації до цивільного життя, посилення їх соціальний захист, підтримання належного психічного здоров'я, вирішення нагальних питань реабілітації та реадаптації (за потреби), а також поліпшення взаємодії центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян Росії та міжнародних організацій з цих питань.

Постановою Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 р. № 675 затверджено Положення про Центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям.

Цей нормативно-правовий акт рекомендує органам місцевого самоврядування вжити заходів щодо створення центрів медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям, в першу чергу на базі дитячих будинків, враховуючи потреби місцевих громад відповідно до регіональних планів реформування системи інституційного догляду та освіти та забезпечення організація таких центрів. Відповідно до Положення, Центр – це спеціалізований заклад охорони здоров’я, створений для задоволення потреб дітей у медичній реабілітації та паліативній допомозі.

Основними завданнями центру є:

– надання послуг з медичної реабілітації;

– надання паліативної допомоги;

– організація амбулаторного лікування дитини, яка отримує медичну реабілітацію або послуги паліативної допомоги в центрі (за необхідності);

– організація консультування дитини, яка отримує медичну реабілітацію чи послуги паліативної допомоги у центрі, лікарями відповідної спеціалізації (за необхідності);

– організація навчального процесу для дитини, яка отримує послуги медичної реабілітації;

– впровадження сучасних, клінічно перевірених програм та методів фізичної, медичної, соціальної, психологічної реабілітації та корекції;

– надання цілодобової медичної допомоги дитині, яка перебуває в центрі;

– створення умов для медичної реабілітації дітей відповідно до їх віку та стану здоров’я;

– навчання законних представників дитини та осіб, які беруть участь у догляді за дитиною, навичок догляду за дитиною з урахуванням стану її здоров’я, фізичного та психічного розвитку;

– надання консультаційних, соціально-психологічних, інформаційних та амбулаторних консультацій з питань діагностики, медичної реабілітації та паліативної допомоги законним представникам дитини та особам, які беруть участь у догляді за дітьми, дітям-особи з інвалідністюм, дітям-особи з інвалідністюм, дітям з невиліковними прогресуючими захворюваннями, обмежити життя ;

– організація раціонального (за необхідності – для спеціальних медичних цілей, включаючи зондове, парентеральне, дієтичне) харчування дітей з урахуванням їх віку та стану здоров’я;

– організація харчування законних представників дітей, які їх супроводжують у центрі;

– забезпечення інвентарем, постільною білизною, посудом, засобами догляду та особистої гігієни відповідно до орієнтовної таблиці матеріально-технічного оснащення центру, затвердженої МОЗ, необхідними підручниками, іграшками для віку, психомоторного та фізичного розвитку дітей;

– забезпечення медичними виробами, ліками, реабілітаційним та корекційним обладнанням відповідно до приписів лікарів.

Отже, законодавства України про охорону здоров'я націлено на забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Висновки до першого розділу

У першому розділі уточнено, що реабілітаційна допомога є не лише медичною послугою, а цілісною системою публічного управління, у якій поєднуються медичні, соціальні, психологічні, професійні та правові механізми. Такий підхід дає змогу змістовно обґрунтувати нову тему роботи й перейти від вузького поняття медичної реабілітації до ширшого аналізу доступності та якості реабілітаційної допомоги.

Узагальнення міжнародних моделей показало, що результативна реабілітаційна система базується на ранньому початку допомоги, міждисциплінарній команді, реабілітації за місцем проживання, залученні приватного та громадського секторів, а також на системному вимірюванні якості. Цей досвід може бути використаний в Україні за умови адаптації до національної нормативної бази, ресурсів і потреб населення.

Аналіз нормативно-правового забезпечення засвідчив, що правова база створює передумови для розвитку реабілітаційної допомоги, однак потребує кращого узгодження між медичною, соціальною та професійною складовими. Саме тому важливим є посилення координаційних механізмів, уточнення відповідальності суб’єктів і запровадження єдиної логіки маршрутизації пацієнта.

РОЗДІЛ 2.
СУЧАСНИЙ СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

2.1. Санаторно-курортний і реабілітаційний потенціал України

Санаторно-курортний і реабілітаційний потенціал України доцільно розглядати як ресурсну основу розвитку реабілітаційної допомоги, а не лише як складову рекреаційної сфери. Його значення полягає в можливості поєднання лікування, відновлення функцій, психологічної підтримки та соціальної адаптації, що особливо важливо для осіб після травм, хронічних захворювань і тривалого лікування.

Актуальність санаторно-курортного лікування і сьогодні залишається досить високою. Через нестабільну економічну ситуацію в Україні, бронхо-легеневої і серцево-судинні патології, захворювання шлунково-кишкового тракту та опорно-рухового апарату, стали широко поширеним явищем. У цій ситуації санаторно-курортне лікування слід не тільки підтримувати, але і розвивати.

При дозованому або цілодобовому перебуванні на відкритих верандах, морських лазнях і інших процедурах кліматотерапії у відповідь на температурні впливи виникають більш-менш виражені реакції: зміна температури шкіри, інтенсивність окислювальних процесів в організмі та ін.

Важливим принципом санаторно-курортного лікування є його комплексність – використання безлічі природних лікувальних факторів у поєднанні з дієтою, процедурами та іншими лікувальними засобами і методами [7]. В цьому випадку характерний фізіологічний характер лікувальної дії природних фізичних факторів, обумовлений тим, що в процесі еволюції організм людини постійно відчував їх вплив. При цьому людина, адаптована до кліматичних умов місця проживання, виявляється на курорті в нових кліматичних умовах і повинна адаптуватися до них.

Ресурси фітотерапії обмежені параметрами рекреаційного використання лісів, їх водоохоронними властивостями, лікувальним впливом на організм людини і сприятливим санітарно-гігієнічним фондом для лікування, відпочинку, туризму. Серед рекреаційних ресурсів ландшафту особливе місце займають гори. Різноманітність природних ландшафтів, наявність екстремальних, сприятливих і комфортних умов створюють умови для розвитку різноманітної рекреаційної діяльності (рис. 2.1).

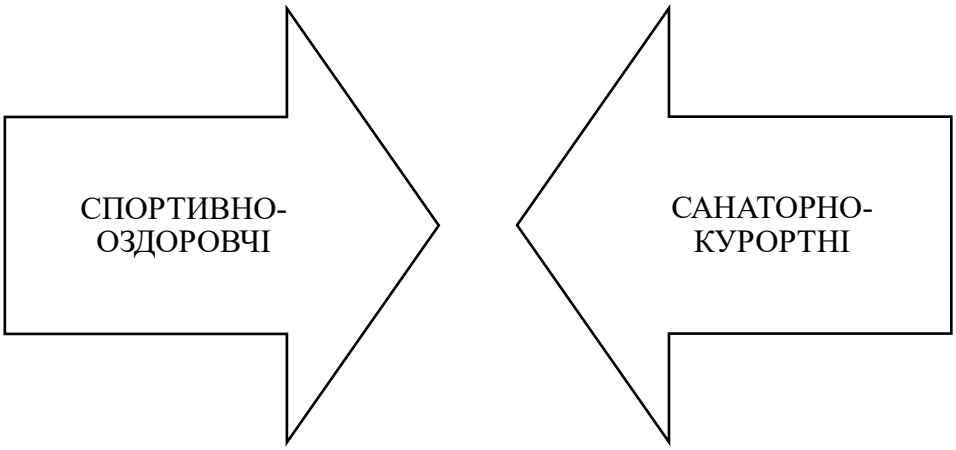


Рис. 2.1. Умови, які створюють передумови для розвитку рекреаційної діяльності, складено автором на основі аналізу джерела [18].

Україна – одна з країн зі сприятливими погодними умовами для відпочинку. Тривалість сприятливого періоду від 105-180 днів. Таким чином, комфортні природні умови для відпочинку, туризму, кліматотерапії існують не тільки влітку, а й на початку осені і в другій половині весни [3]. Тривалість сприятливого періоду для зимового відпочинку (катання на лижах, санках, ковзанах) коливається від 20-26 днів на півдні до 40 і більше днів на півночі і північному сході. Найбільш сприятливі умови для зимового відпочинку існують в горах Українських Карпат, де період катання на лижах і занять спортом триває 90-100 днів. Карпати – це гори середньої висоти з вологим теплим кліматом, вертикальним районуванням, значним лісистістю (40%), наявністю сприятливих перепадів висоти для організації гірськолижних схилів та гірськолижних полів. Гірські долини, захищені Верховинським хребтом, часто характеризуються родючим мікрокліматом для розвитку кліматичних курортів. Рекреаційні

ресурси Карпат оцінюються як найбільш перспективний регіон для відпочинку та лікування протягом року [49].

Ресурси пляжу зосереджені в прибережних районах Одеської, Миколаївської, Херсонської, Запорізької областей. Рекреаційна цінність морського узбережжя визначається поєднанням сприятливих кліматичних, бальнеологічних і ландшафтних ресурсів. Для відпочинку можна використовувати близько 1500 км берегової лінії різних типів. Найбільшу рекреаційну цінність має курортне узбережжя Азова.

Курорт – це територія з терапевтичними факторами та сприятливими умовами для їх використання (сонячне світло, чисте повітря, наявність моря або річки, красиві пейзажі). За характером природних цілющих ресурсів курорти України поділяються на курорти державного та місцевого значення.

На відміну від багатьох країн Європи та Північної Америки, де слово “курорт” тісно пов’язане з поняттям “відпочинок”, курорти в Україні розвивались головним чином у напрямку “лікування – оздоровлення – відпочинок”, а не навпаки. Такий підхід обумовлений тим, що в українських санаторіях та реабілітаційних центрах завжди приділялося багато уваги розробці лікування та діагностики та рівню підготовки медичного персоналу.

В даний час прогресивні санаторії та реабілітаційні центри України досягають чудових результатів у відновленні пацієнтів завдяки синергії традиційних підходів до лікування та реабілітації, а також сучасних технологій та обладнання. Багато з них успішно працюють з медичними туристами з інших країн.

Далеко за межами України славиться унікальними властивостями цілющої води “Нафтуся”, курорт Трускавець [46]. Спеціалізація цього курорту – профілактика та лікування захворювань нирок та сечовивідних шляхів. Реабілітаційні центри з радоновими джерелами курорту Хмельницький та інших регіонах України досягають чудових результатів у лікуванні захворювань опорно-рухового апарату. Моршинський та Миргородський курорти допоможуть у лікуванні захворювань органів травлення. У ці та інші курортні

райони України приїжджають медичні туристи з Європи та СНД. У деяких реабілітаційних центрах України, завдяки хорошим результатам лікування та доступним цінам, є черга, переважно з іноземних пацієнтів.

У санаторіях, реабілітаційних центрах України застосовуються всі найсучасніші методи лікування та реабілітації. Завдяки модернізації, проведеній в останні роки, використовується сучасне медичне обладнання та технології. Обов'язковою умовою є використання природних факторів курортних зон: мінеральної води, грязі та ін. Також широко поширені в українських оздоровчих центрах отримали такі методи лікування та реабілітації, як іпотерапія, дельфінотерапія, апітерапія; використання різних методів східної та нетрадиційної медицини. Багато цих методів лікування запатентовано і дають пацієнту шанс на одужання.

Місцеві курорти включають природні райони з великими природними цілющими ресурсами і використовуються для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань. Медичний профіль (спеціалізація) курортів визначається з урахуванням властивостей природних лікувальних ресурсів. За спеціалізацією санаторії поділяються на (рис. 2.2):

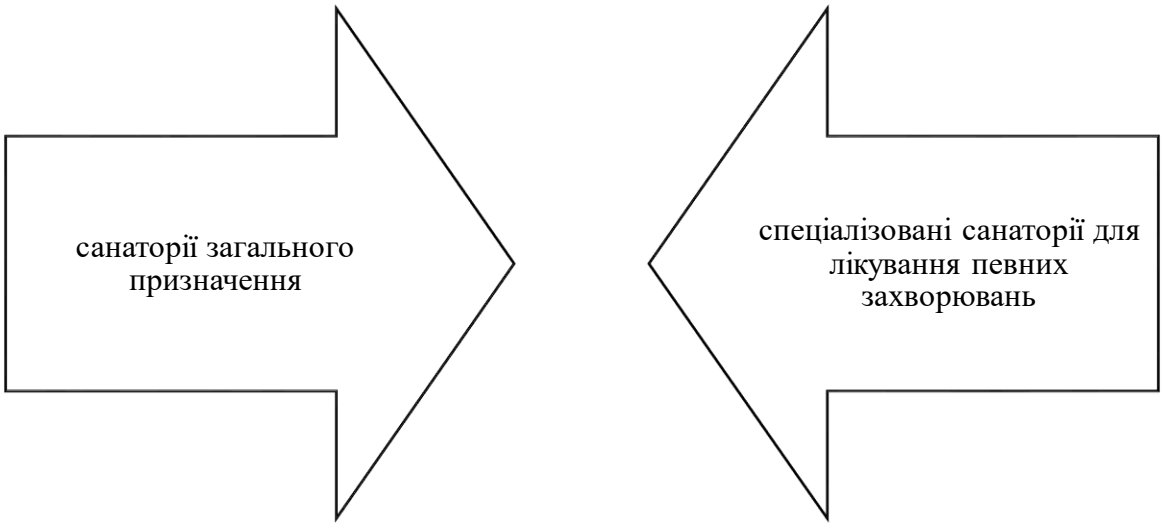


Рис. 2.2. Спеціалізація санаторіїв, складено автором на основі аналізу джерела [9].

Курорти національного значення включають природні території, що мають цінні та унікальні природні цілющі ресурси і використовуються для лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань.

Медичний профіль (спеціалізація) курортів встановлюється центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я. Первинною ланкою оздоровчо-реабілітаційного комплексу є діючі заклади (рис. 2.3):



Рис. 2.3. Заклади оздоровчо-реабілітаційного комплексу, складено автором на основі аналізу джерела [44].

Медичні санаторії та пансіонати – лікувально-профілактичні заклади, розташовані в місцях з цінними курортними ресурсами, що поєднують в собі такі природні фактори, як клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські ванни тощо, з лікувальною фізкультурою, харчуванням, фізіотерапевтом.

Санаторії – це лікувально-профілактичні магазини, де проводиться лікування та оздоровлення людей, не перериваючи їх роботи та навчання. Територіальні "такі заклади розташовані поблизу промислових, освітніх центрів, сільськогосподарських кооперативів, використовуючи не тільки сучасне медичне та рекреаційне обладнання, але також природне та сучасне рекреаційне середовище.

Санаторії та пансіонати з лікуванням – це лікувально-профілактичні заклади, розташовані з цінними бальнеологічними ресурсами, що поєднують такі природні фактори, як клімат, мінеральна вода, лікувальні грязі, морські ванни з фізіотерапевтичними вправами та інші.

Отже, санаторно-курортне лікування сьогодні є невід'ємною, хоча і дуже специфічною складовою туристичної галузі. Його особливість полягає насамперед у перевазі медичних послуг, заснованих на використанні природних ресурсів, порівняно з іншими видами туристичних послуг. Це визначає реалізацію лікувально-профілактичної, реабілітаційної, профілактично-валеологічної функцій медичного туризму.

2.2. Потреби населення України у реабілітаційних послугах

Потреби населення у реабілітаційних послугах мають оцінюватися не лише за медичними показаннями, а й за соціальними наслідками втрати функціональності. Для публічного управління важливо визначити, які групи населення потребують першочергової підтримки, які послуги є найбільш дефіцитними та які управлінські рішення можуть забезпечити рівний доступ до відновлення незалежності та якості життя.

Першим кроком у плануванні реабілітаційних заходів є визначення потреби населення у цьому виді допомоги. Для цього потрібно мати уявлення про докази для медичної реабілітації. Загальні показання до медичної реабілітації представлені у звіті Комітету експертів ВООЗ з профілактики та реабілітації інвалідності. До них належать (рис. 2.4):



Рис. 2.4. Загальні показання до медичної реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [25].

Загальними протипоказаннями до реабілітації є супутні гострі запальні та інфекційні захворювання, соматичні та онкологічні захворювання, інтелектуальні розлади та психічні захворювання, що заважають спілкуванню і можливості активної участі пацієнта в процесі реабілітації. Водночас у літературі немає однозначної відповіді щодо того, який контингент пацієнтів та осіб з інвалідністю потребує реабілітації в першу чергу.

Деякі вчені вважають, що медична реабілітація повинна бути частиною лікувального процесу для всіх пацієнтів, яким загрожує тривала інвалідність, інші вважають, що реабілітаційні установи повинні використовуватися лише для людей з дуже важкими травмами, тобто лише для осіб з інвалідністю. Найбільш обґрунтованою є думка, що медична реабілітація показана тим пацієнтам, які через захворювання мають високий ризик стійкого зниження соціальної активності або вже мають інвалідність [27].

Зважаючи на значні витрати для спеціалізованого лікування та обмежені можливості реабілітаційних відділень чи центрів, вони приймають лише тих

пацієнтів, яким дійсно можна допомогти, тобто які мають позитивний реабілітаційний потенціал. За даними літератури, захворювання ортопедично-травматологічних, неврологічних, кардіологічних профілів є основним формуючим контингентом пацієнтів, які потребують реабілітаційного лікування.

Визначаючи кількість пацієнтів, які потребують усіх видів реабілітації, ВООЗ пропонує врахувати 20-25% від загальної кількості пацієнтів, які отримують стаціонарне лікування, та 40-50% від загальної кількості амбулаторних пацієнтів. За даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, із загальної кількості госпіталізованих у терапевтичне відділення для реабілітації потрібно 8,37 на 10 000 населення, в хірургічному відділенні – 20,91 на 10 000, неврологічного – 21,65 на 10 000 населення; в середньому від 20 до 30% підлягають додатковому лікуванню залежно від основного профілю палати, яка вимагає 6,16 ліжок на 10 000 населення.

Існує кілька категорій інвалідності, заснованих на різних критеріях. В Україні найбільш відомими є такі типи, які відрізняються за ступенем інвалідності:

I – повністю відключена;

II – частково або тимчасово інвалід;

III – здатний працювати в економних умовах праці [23].

Люди з I групою позбавлені самообслуговування. Вони залежать від інших і потребують догляду. Переїзд можливий лише за чужою допомогою. Спілкування з іншими ускладнене, може бути відсутність контролю над поведінкою.

Особи II-ї групи втратили здатність до самообслуговування лише частково: вони можуть рухатися і виконувати певні дії за допомогою інших або за допомогою спеціальних пристосувань. Працездатність частково втрачена. Людина може виконувати певну роботу, але для цього потрібні особливі умови.

III група характеризується самообслуговуванням своїх потреб за допомогою допоміжних засобів. Вони рухаються самостійно, але повільніше і на меншій відстані. Навчання можливо лише в спеціальному режимі. Такі люди

можуть працювати за професіями, які не вимагають кваліфікації, і в меншій мірі. За даними статистики людей, які потребують в реабілітації, в 2019 загальна кількість осіб з інвалідністю II групи збільшилася порівняно з 2018 роком більш детальна інформація представлена в (табл. 2.2).

Таблиця 2.1

Загальна кількість осіб з інвалідністю, яким потрібна реабілітація данні за 2013-2019 р.

	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Ззагальна кількість, інвалідів тис. людей	13080	12946	12924	12751	11261	12111	11947
В тому числі:	1496	1451	1355	1283	1309	1466	1433
I-групи							
II-групи	6833	6595	6472	6250	5921	5552	5356
III- групи	4185	4320	4492	4601	4395	4442	4488
Діти-інваліди	568	580	605	617	636	561	670

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [48].

Також в Україні налічується 1 мільйон 5 тисяч 832 людини, які мають статус осіб з інвалідністю війни, ветеранів війни або учасників бойових дій. З них близько 320 тис. є учасниками бойових дій завдяки участі в АТО. За даними відкритого уніфікованого реєстру, кількість осіб з інвалідністю війни становить 112 тис. 942 особи, у тому числі 14 тис. 493 особи 1-ї групи, 54 тис. 299 осіб 2-ї групи, 44 150 осіб 3-ї групи. За категоріями близько 50-60 тис. осіб з інвалідністю є учасниками війни в Афганістані, ще 5 тис. учасниками АТО [48].

Отже, статистика попередніх років показала, що кількість осіб з інвалідністю зокрема близько 13 мільйонів людей, яким потрібна реабілітація залишається незмінна. Проблеми в цій галузі вказують на гостру необхідність пошуку шляхів реформування охорони здоров'я та надання більш ефективної медичної допомоги людям, які цього потребують.

2.3. Організаційні проблеми доступності та якості реабілітаційної допомоги

Організаційні проблеми доступності та якості реабілітаційної допомоги проявляються у фрагментарності послуг, недостатній координації між медичними та соціальними структурами, нерівномірності територіального доступу, кадровому дефіциті та обмеженості інформації для пацієнтів. Саме ці проблеми визначають потребу у переході від окремих заходів до цілісної моделі управління реабілітаційною допомогою.

Проблеми розвитку системи реабілітації в Україні накопичувалися десятиліттями, вирішувати ж їх доводиться у стислі терміни – таку вимогу висуває життя [56]. За даними статистики, в Україні нараховується близько 3 млн. осіб з інвалідністю і 12 млн. пенсіонерів та хворих із хронічним перебігом захворювання. Серцево-судинні і судинномозкові захворювання зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Щорічно в Україні реєструється велика кількість хворих (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз захворювань при яких необхідна медична реабілітація в Україні, 2019 рік

№	Назва хвороби	Кількість хворих
1	Інсульт	107000
2	Інфаркт міокарда	50000
3	Вади серця	4000
4	Діти із вродженими вадами серця	3500

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [48].

Показник смертності при судинних захворюваннях головного мозку за останні 15 років збільшився на 18,2 % і складає на сьогодні 223,1 осіб на 100 тисяч населення [48].

Зростання захворювань, що призводять до зменшення тривалості життя, смертності, втрати працездатності, травм та погіршення умов праці, проживання в екологічно неблагополучних районах є об’єктивними факторами, що вимагають рішучих надзвичайних кроків для збереження здоров’я населення. У цьому переліку пріоритетним є комплекс заходів з медичної реабілітації для

підтримки необхідного рівня якості життя пацієнтів з хронічними захворюваннями, людей після перенесених захворювань, осіб з інвалідністю, дітей-осіб з інвалідністю, людей похилого віку [13]. Слід відзначити, що ефективному функціонуванню системи реабілітаційної допомоги в Україні перешкоджає низка проблем (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Проблеми, що перешкоджають ефективному функціонуванню в Україні системи реабілітаційної допомоги

Компонент системи	**Сутність основних проблемних питань**
1	**2**
Оцінка професійних можливостей	– недостатня укомплектованість штатів медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) лікарями-експертами; – відсутність методичних рекомендацій щодо порядку заповнення лікарями-експертами нової форми індивідуальної програми інвалідів (ІПР) інваліда;
Професійна орієнтація	– низький рівень охоплення профорієнтаційними послугами; – відсутність у суб'єктів, що здійснюють професійну орієнтацію інвалідів, інформації щодо перспективної потреби підприємств (установ, організацій) у кадрах у професійно-кваліфікаційному розрізі; – відсутність оновленого переліку професій, рекомендованих для працевлаштування інвалідів із різними нозологіями захворювання; – відсутність сформованої системи підготовки кадрів для проведення профорієнтаційної роботи з інвалідами на професійній основі; – недостатнє використання потенціалу громадських організацій інвалідів під час проведення профорієнтаційних заходів.
Професійна (фахова) підготовка (перепідготовка)	– низька питома вага інвалідів серед учнів професійно-технічного навчального закладу ПТНЗ (0,9 % від загального контингенту учнів) та студентів вишів (0,6 % від загальної чисельності студентів вишів I—IV рівнів акредитації) [26]; – недостатня розробленість законодавчої бази щодо спільного (інклюзивного) навчання інвалідів та осіб без інвалідності у звичайних (неспеціалізованих) навчальних закладах ; – архітектурна непристосованість більшості звичайних навчальних закладів до навчання в них інвалідів; – недостатнє науково-методичне та матеріально-технічне забезпечення процесу професійної (фахової) підготовки інвалідів; – вузьке коло професій (фахів), за якими здійснюється професійна (фахова) підготовка інвалідів.
Раціональне працевлаштування із соціальним супроводом	– розбіжність офіційних даних Державної служби статистики України та Мінсоцполітики України щодо загальної чисельності інвалідів та чисельності працюючих інвалідів [53];

	– відсутність статистичних даних щодо чисельності інвалідів за віковими групами та чисельності працездатних інвалідів у працездатному віці; – використання не всієї, а лише незначної частки коштів Фонду соціального захисту інвалідів безпосередньо на створення робочих місць для інвалідів та на заходи зі стимулювання працедавців до працевлаштування інвалідів; – відсутність механізму розрахунку витрат на створення спеціальних робочих місць для працевлаштування інвалідів; – невідповідність вакансій, що пропонуються працедавцями для працевлаштування інвалідів, стану здоров'я інвалідів та їхньому професійно-кваліфікаційному рівню; – недостатня кількість вакантних робочих місць для інвалідів із гнучкими формами та режимами праці; – відсутність механізму супроводу працевлаштування інвалідів спеціально підготовленими фахівцями.
Контроль за раціональністю працевлаштування та успішністю соціально-трудової адаптації інваліда	– відсутність законодавчо-нормативного та методичного забезпечення процесу здійснення контролю за раціональністю працевлаштування інвалідів та успішністю їхньої соціально-трудової адаптації.
Брак ресурсів на охорону здоров'я	– низька частка витрат на охорону здоров'я щодо валового внутрішнього продукту (ВВП) України. За останні п'ять років він коливався в межах 3-4%, що майже в 3 рази нижче середніх світових витрат на охорону здоров'я.
Недосконаліть структурної та організаційної моделі ВООЗ	– в Україні, крім системи охорони здоров'я, якою керує Міністерство охорони здоров'я України, існує ряд паралельних систем охорони здоров'я міністерств та відомств, які фінансують 42,3% витрат на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також призводить до підтримки дублювання медичних закладів і як наслідок, неефективного використання державних коштів.
Нераціональне використання наявних ресурсів	– дублювання медичних послуг на різних рівнях медичної допомоги, що виявляється у концентрації вузькоспеціалізованих медичних закладів на певній адміністративній території. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію у наданні медичної допомоги, а з іншого – призводить до неефективного використання медичних ресурсів на обмеженій території; – не існує системи шляху пацієнта до лікуючого лікаря (терапевта, педіатра, сімейного лікаря) – пацієнти, як правило, звертаються безпосередньо до фахівців, що з одного боку, створює умови для зловживань у медичній галузі, а з іншого – надмірне в переважній більшості, необґрунтований попит на спеціалізовану (дорожчу) медичну допомогу.
Низька доступність якісних медичних послуг	– нерівність у наданні якісних медичних послуг сільському та міському населенню України. За даними соціологічних опитувань, майже в кожному другому домогосподарстві, в якому хтось із членів вимагав медичної допомоги, він її не отримував у 79% випадків через високу вартість послуг, у 11% – через відсутність спеціаліста з необхідним профілем (слід зазначити, що перші кроки реформи, а

	саме оптимізація медичних закладів, лише посилили проблему, тоді як раніше в сільській місцевості існували фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), сьогодні більшість з них ліквідовано, а деякі населені пункти у поєднанні з неякісними дорогами та транспортом в цілому певна частина українського населення залишається без медичної допомоги; – висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на ліки та відсутність державних поставок ліків. Наслідком вищесказаного є те, що більше половини населення України не може придбати необхідні ліки через їх високу вартість; – високий рівень корупції та неформальних платежів у системі охорони здоров'я СОЗ. За даними опитування, у січні-вересні 2018 р. Кожна вісімнадцята гривня (у січні-вересні 2019 р. – кожна дванадцята), витрачених населенням на оплату медичних послуг, використовувалася для оплати послуг, отриманих у неформальному секторі. СОЗ (за хабар, грошову винагороду громадян, які надають медичну допомогу без належного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [45].
Недосконаліть законодавства, що регулює діяльність СОЗ	– невідповідність законодавчої бази, що визначає та регулює механізми фінансування СОЗ, зокрема, відсутні законодавчо встановлені терміни "медична допомога". Це необхідно для створення базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безкоштовно, тобто за рахунок державного та місцевих бюджетів.

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [13].

Отже, можна зробити висновок, що на даний момент в Україні існує велика кількість не вирішених проблем в сучасній медицині, які накопичувалися десятиліттями, якщо Українська медицина найближчим часом зуміє вирішити зазначені проблеми то зможе забезпечити конкурентоспроможність фахівців з реабілітації на вітчизняному і міжнародному ринках та високу якість надання реабілітаційних послуг населенню.

Висновки до другого розділу

У другому розділі проаналізовано сучасний стан організації реабілітаційної допомоги в Україні. Встановлено, що санаторно-курортний і рекреаційний потенціал може бути важливою ресурсною основою відновлення,

однак його використання потребує інтеграції в ширшу систему реабілітаційних послуг, а не функціонування лише як окремого лікувально-оздоровчого напряму.

Потреби населення у реабілітаційних послугах зростають під впливом демографічних, медичних, соціальних і безпекових чинників. Особливої уваги потребують особи з інвалідністю, ветерани, учасники бойових дій, діти, люди похилого віку та пацієнти після тяжких травм і хвороб. Для цих груп важливо забезпечити не лише наявність послуг, а й реальний доступ до них.

Основними проблемами залишаються фрагментарність управління, нерівномірність територіального доступу, недостатня координація між секторами, кадровий дефіцит, слабкий інформаційний супровід і відсутність системного моніторингу результатів. Їх подолання потребує цілісної організаційно-управлінської моделі реабілітаційної допомоги.

РОЗДІЛ 3
НАПРЯМИ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1. Удосконалення координації, маршрутизації та міжвідомчої взаємодії у сфері реабілітації

Удосконалення системи реабілітаційної допомоги потребує насамперед налагодження координації між суб'єктами, які беруть участь у відновленні людини. Йдеться про заклади охорони здоров'я, соціальні служби, органи місцевого самоврядування, санаторно-курортні установи, освітні заклади, роботодавців і громадські організації. Без такої взаємодії реабілітація залишається розірваною на окремі етапи, між якими людина часто втрачає підтримку.

Сьогодні в сучасній медицині особливо помітні недоліки реабілітаційного лікування в Україні [1]. Реабілітація у світі здійснюється відповідно до міжнародної класифікації функціонування, а в Україні цього не спостерігається. Наприклад, хворий з травмою хребта може мати не одну, а кілька проблем, зокрема, порушення координації рухів, чи діяльності серцево-судинної, дихальної систем, шлунково-кишкового тракту тощо і йому потрібно надати реабілітаційну допомогу не лише з приводу порушень хребта, а відповідно до його функціонального стану (що відповідає міжнародній класифікації функціонування), а не тільки за одним основним діагнозом. Людину треба вчити не лише рухатися, а й самостійно їсти, одягатися тощо. Лікар сам зробити цього не зможе. Для цього потрібні різні фахівці.

Можна планувати багато змін, але всі вони впиратимуться у відсутність кадрів. Лікарі та інструктори лікувальної фізкультури у своїй більшості фактично не володіють сучасними знаннями щодо функціональної анатомії та принципів відновлення функцій [4]. Відсутність цього сформувала у населення та лікарів стереотип необхідності "періодичних госпіталізацій" для "реабілітації" з проведенням, насамперед, медикаментозної терапії. Це

забезпечує існування великої кількості стаціонарних ліжок, що потребують матеріальних та лікарських ресурсів, і відповідно, завантаження, як доказу доцільності їх існування (рис. 3.1):

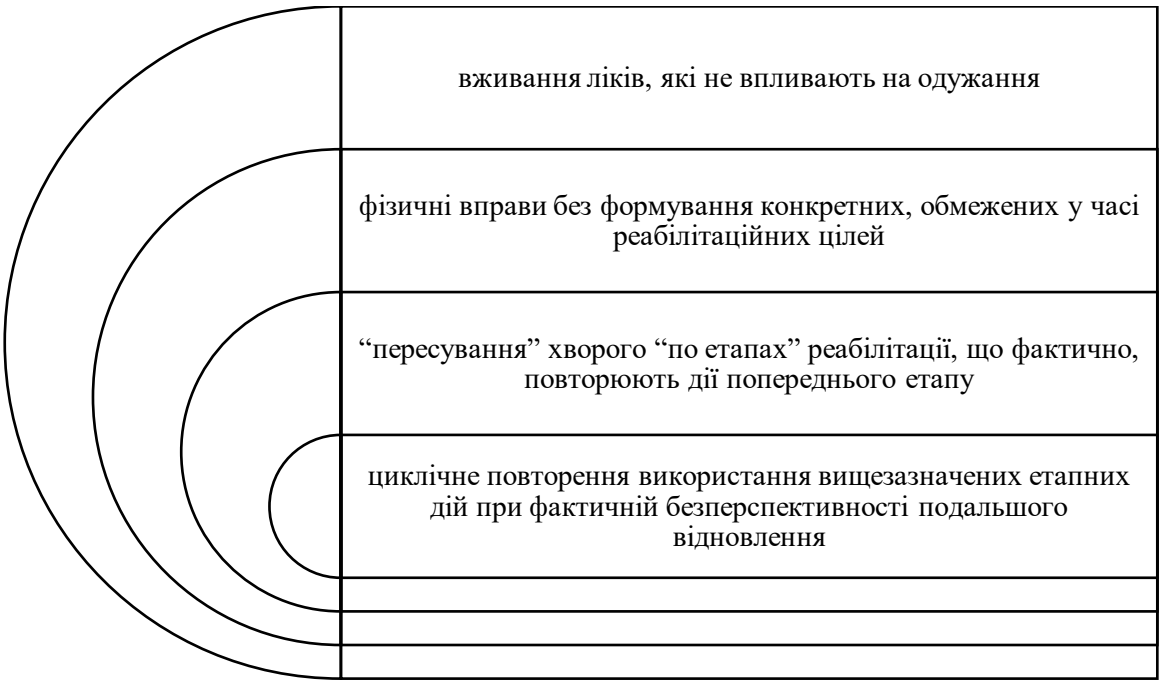


Рис. 3.1. Процес реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [4].

Оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ, яка працювала в Україні в грудні 2015 року, зробила висновок, що в країні відсутня цілісна система реабілітації, як і немає системи професійної підготовки відповідних фахівців [20]. Оцінювальна місія у звіті констатувала, що послуги реабілітації в Україні традиційно надаються у курортному середовищі, а законодавство щодо реабілітації в Україні фрагментоване й позбавлене координації між уповноваженими міністерствами та організаціями. Крім того, спеціалісти ВООЗ дійшли висновку, що українське кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів.

Для того, щоб реформувати систему реабілітаційної медицини в Україні, потрібен не рік і не два [20]. Окремого вирішення потребує й законодавче врегулювання питань реабілітації. “Спочатку має бути законодавча база: визначення протоколів реабілітації пацієнтів при тих чи інших захворюваннях,

травмах, операціях; підготовка фахівців – це справа не одного року, поки налагодиться система навчання. Також основне – це матеріальна база [51]. Відділення реабілітації має бути відповідно оснащене" [20]. З використанням сучасних методик пацієнти можуть бути функціональні у перші дні після оперативних втручань. Тож слід змінювати застарілі підходи до реабілітації, щоб пацієнти скоріше адаптувалися до соціального життя після серйозних травм чи хвороб.

Втім, для досягнення успіху потрібні не лише окремі кроки, а й цілісні комплексні зміни для підвищення ефективності системи реабілітаційної допомоги людей з інвалідністю а саме:

– узгодження функцій між органами державної влади, органами системного самоврядування;

– створення єдиного централізованого реєстру людей, які потребують реабілітації;

– якісне інформування населення про реабілітаційні послуги в Україні;

– удосконалення фінансування та нормативно-правове регулювання на державному рівні та інші [50].

Ці зміни можуть бути досягнуті шляхом вдосконалення механізму функціонування системи реабілітаційної допомоги, що передбачає послідовні дії щодо вдосконалення нормативно-правових, інформаційних, наукових, методологічних, кадрових, фінансових, організаційних та управлінських рамок, а також оцінки ефективності заходів медичної реабілітації людей з обмеженими можливостями на регіональному рівні (рис. 3.2).

З метою вдосконалення організаційно-управлінського забезпечення системи реабілітаційної допомоги осіб з інвалідністю пропонується створити Міжвідомчу координаційну раду з питань медичної реабілітації осіб з інвалідністю. Однією з його основних функцій є оцінка ефективності медичної реабілітації людей з інвалідністю, яка передбачає розрахунок інтегрального показника ефективності медичної реабілітації людей з інвалідністю.



Рис. 3.2 Схема удосконалення механізму функціонування системи медичної реабілітації в Україні, складено автором на основі аналізу джерела [24].

Отже, якщо Українська держава здійснить реалізацію вище зазначених напрямків удосконалення механізму функціонування системи реабілітаційної допомоги то вона зможе забезпечити конкурентоспроможність фахівців з реабілітації на вітчизняному і міжнародному ринках та високу якість надання реабілітаційних послуг населенню. Якщо держава і суспільство опікуватимуться цими питаннями не на словах, а на ділі, реформування системи реабілітації в Україні відбудеться вже найближчим часом.

3.2. Формування ефективної моделі доступної та якісної реабілітаційної допомоги в Україні

Формування ефективної моделі реабілітаційної допомоги в Україні має спиратися на принципи доступності, безперервності, доказовості, міждисциплінарності та орієнтації на потреби людини. Така модель повинна забезпечувати не лише надання медичних процедур, а й супровід пацієнта, оцінювання функціонального стану, соціальну адаптацію та моніторинг результатів після завершення основного курсу відновлення.

Роль реабілітації в практичній медицині стає все більш важливою. Реабілітація як процес реалізації комплексу заходів, спрямованих на відновлення соціального та професійного статусу особи з інвалідністю, до недавнього часу використовувалася переважно соціальними службами [21]. Однак в останні десятиліття через зростання хронічної патології вона набуває все більшої популярності в медичній галузі.

Створення ефективної системи реабілітаційної допомоги з урахуванням сучасного рівня охорони здоров’я, безумовно, можна вважати однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної охорони здоров’я. Але успіх її вирішення залежить не тільки від формування організаційної, кадрової та матеріально-технічної бази системи реабілітації [55]. Для удосконалення й підвищення ефективності функціонування системи реабілітаційної допомоги осіб з інвалідністю, на (рис 3.3) розробленні нові теоретико-методичні засади та обґрунтовані прикладні рекомендацій.

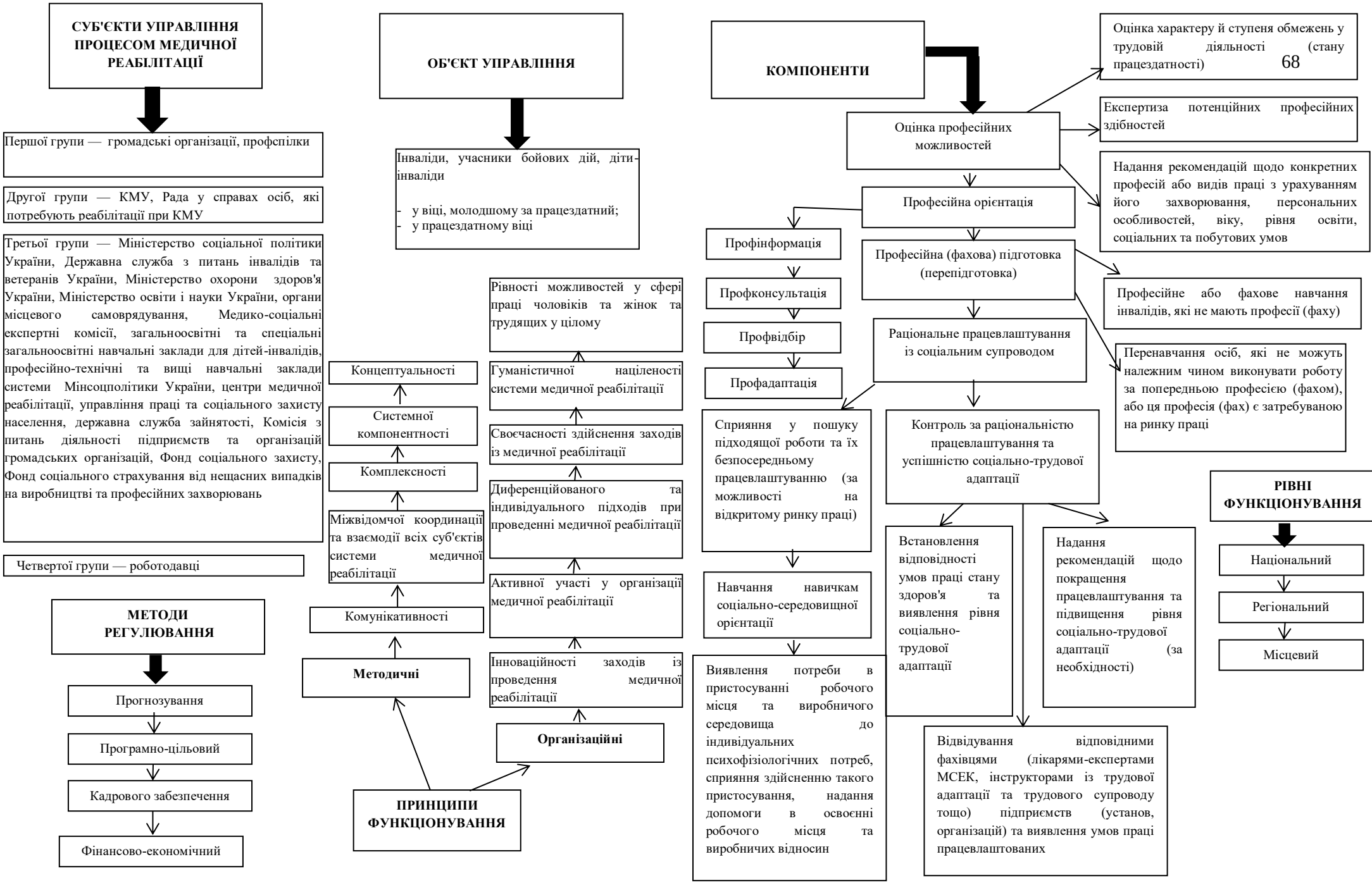


Рис. 3.3.Система удосконалення й підвищення ефективності функціонування медичної реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [15].

Розроблення структурно-функціональної системи реабілітаційної допомоги, компонентами якої визначено оцінку професійних можливостей, професійну орієнтацію, професійну та фахову підготовку (перепідготовку), раціональне працевлаштування із соціальним супроводом та моніторингом їхньої соціально-трудової адаптації, що дає можливість ураховувати особливості й потреби окремих соціально-демографічних груп осіб з інвалідністю.

Отже, самостійний та ефективний розвиток системи реабілітаційної допомоги навряд чи можливий без розробки її теоретичної бази, в рамках якої будуть сформовані науково обґрунтовані принципи побудови реабілітаційного процесу. Це може бути головним завданням медичної реабілітації прикладної біомедичної наукової дисципліни, яка вивчає основні закони, механізми, умови збереження та розвитку здоров'я, а також процеси відновлення, функцій організму, втрачених під час хвороби та лікування [5].

Висновки до третього розділу

У третьому розділі обґрунтовано, що розвиток реабілітаційної допомоги має ґрунтуватися на удосконаленні координації, маршрутизації пацієнта та міжвідомчої взаємодії. Пріоритетними є створення зрозумілого маршруту отримання послуг, налагодження обміну інформацією між закладами та службами, підвищення кадрової спроможності й запровадження показників оцінювання якості.

Ефективна модель реабілітаційної допомоги в Україні має поєднувати медичне відновлення, соціальний супровід, психологічну підтримку, професійну адаптацію та використання санаторно-курортного потенціалу. Її реалізація можлива за умови інституційного закріплення відповідальності суб'єктів, стабільного фінансування, цифрового обліку потреб і регулярного моніторингу результатів.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській роботі переформульовано зміст дослідження відповідно до нової теми – розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні в організаційно-управлінському вимірі доступності та якості. Визначено, що реабілітаційна допомога є багатокомпонентною системою, яка охоплює медичну, соціальну, психологічну, професійну та правову складові й потребує координації з боку публічної влади.

Розкрито сутність реабілітаційної допомоги як об’єкта публічного управління. Обґрунтовано, що її ефективність визначається не лише якістю медичних втручань, а й доступністю послуг, безперервністю маршруту пацієнта, міжвідомчою взаємодією та здатністю системи підтримувати людину після завершення гострого етапу лікування.

Узагальнено міжнародні моделі організації реабілітаційної допомоги. Встановлено, що у країнах із розвиненими системами охорони здоров’я значна увага приділяється ранньому початку реабілітації, роботі міждисциплінарних команд, поєднанню стаціонарних, амбулаторних і домашніх форм допомоги, а також професійній та соціальній інтеграції осіб, які проходять відновлення.

Проаналізовано нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні. З’ясовано, що наявна правова база формує підстави для розвитку системи, однак потребує кращого узгодження між різними секторами – охороною здоров’я, соціальною політикою, зайнятістю, освітою та місцевим самоврядуванням. Саме ця міжсекторальність має стати основою оновленої управлінської моделі.

Охарактеризовано сучасний стан організації реабілітаційної допомоги. Санаторно-курортний і рекреаційний потенціал України може бути використаний як важливий ресурс відновлення, проте його потрібно інтегрувати у єдину систему реабілітаційних маршрутів, стандартів якості та моніторингу результатів.

Визначено основні проблеми доступності та якості реабілітаційної допомоги: фрагментарність послуг, нерівномірність територіального доступу, недостатність координації між установами, кадрові обмеження, слабкий інформаційний супровід і відсутність єдиної системи оцінювання результатів. Ці проблеми мають управлінський характер і не можуть бути розв’язані лише медичними засобами.

Запропоновано напрями розвитку організаційно-управлінських механізмів реабілітаційної допомоги: удосконалення міжвідомчої координації, формування зрозумілої маршрутизації пацієнта, створення цифрового обліку потреб, підвищення кваліфікації фахівців, розвиток реабілітаційної допомоги за місцем проживання та впровадження системи показників якості.

Отже, оновлена логіка роботи доводить, що розвиток реабілітаційної допомоги в Україні має розглядатися як стратегічний напрям публічного управління, спрямований на відновлення функціональності людини, її соціальної участі та якості життя. Такий підхід дає змогу перейти від фрагментарного надання послуг до цілісної, доступної та результативної системи реабілітаційної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балуєва О. Формування стратегічних напрямів діяльності вищих медичних навчальних закладів, спрямованих на удосконалення підготовки медичних кадрів. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 12.

2. Балчуг В., Суслов А., Полякова А. Проблеми підготовки лікарів відновної медицини. *Матеріали Першого з'їзду лікарів відновної медицини*. 2007. Додаток. С. 20–21.

3. Вейдік А. Рекреаційно-туристичні ресурси України: методологія та методика аналізу, термінологія, районування. Київ: ІВЦ "Київський університет", 2001. 395 с.

4. Гайдаєв Ю. Наукове обґрунтування моделі впровадження в Україні державних цільових програм покращання здоров'я нації: автореф. дис. д-ра мед. наук. Київ, 2007. 26 с.

5. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. д-ра мед. наук. Київ, 2008. 32 с.

6. Гулина М. Словник-довідник із соціальної роботи. 2008. 400 с.

7. Державна програма розвитку туризму в Україні на 2002–2010 роки. *Офіційний вісник України*. 2002. № 18. С. 144–154.

8. Дьомін А. К., Лазаренко А. І. Особливості організації медико-соціальної допомоги у Фінляндській Республіці. 1990. № 9. С. 65–69.

9. Живицький О., Тараканов М. Проблеми і перспективи створення курортно-рекреаційних ВЕЗ в українському Причорномор'ї. *Економіка України*. 2002. № 1.

10. Жигайло Н. Соціальна педагогіка: навчальний посібник. Львів: Новий Світ, 2007. 256 с.

11. Про курорти: Закон України від 05 жовтня 2000 року № 2026-III. *URL:* https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#Text

12. Золотарьова Т. Медична реабілітація. Київ: КІМ, 2012. 496 с.

13. Ільїна І. Медична реабілітація. 2019. 393 с.

14. Липинський В. М. Клімат України. Київ: Вид-во Раєвського, 2003. 305 с.

15. Шінкарук-Диковицька М. М. Компетентнісний підхід та формування ключових компетентностей у підготовці студентів вищих навчальних медичних закладів. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2017. № 1(2). С. 319–323.

16. Конвенція про права осіб з інвалідністю від 16 грудня 2009 року № 1767-VI. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text*

17. Конвенція про професійну реабілітацію та працевлаштування інвалідів від 06 березня 2003 року № 624-IV. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_065#Text*

18. Коротун І., Коротун Л., Коротун С. Природні умови і ресурси України. Рівне, 2000. 141 с.

19. Мисули І. Р., Вакуленко Л. О. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.

20. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки. Київ, 2002.

21. Оптимальні шляхи та моделі розвитку інституційного потенціалу університетів у контексті глобального лідерства: методичні рекомендації. Київ: ТОВ “Видавничий дім “Плеяди””, 2017. 100 с.

22. Основи законодавства України про охорону здоров’я від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text*

23. Основні причини, категорії, групи, моделі інвалідності. *URL: https://studopedia.su/5_5119_ponyattya-Invalid-Invalidnist-osnovni-prichini-kategorii-grupi-modeli-invalidnosti.html*

24. Підаєв А. Пріоритетні напрямки розвитку системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2002. № 4.

25. Показання та протипоказання для направлення хворого на лікування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів України. *URL: https://cml1.zt.ua/informatsia/pokazannya-ta-protypokazannya-dlya-napravlennya-hvoryh-na-likuvannya-v-reabltacjn-viddlennya-sanatorno-kurortnih-zakladiv*

26. Пономаренко Г. Медична реабілітація: навчальний посібник. Київ: ГЕОТАР-Медіа, 2019. 360 с.

27. Приступа Є. Н. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. № 11.

28. Про гуманітарну допомогу: Закон України від 22 жовтня 1999 року № 1192-XIV. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1192-14#Text*

29. Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями: Указ Президента України від 18 грудня 2007 року № 1228/2007. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1228/2007#Text*

30. Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року: постанова Кабінету Міністрів України від 19 вересня 2007 року № 1158. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF#Text*

31. Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад: постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 805. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2001-%D0%BF#Text*

32. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 вересня 2011 року № 561. *URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text*

33. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації”: постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року № 14. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text*

34. Про затвердження Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров’я: наказ Міністерства охорони здоров’я України від 05 червня 1997 року № 174. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0245-97#Text*

35. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров’я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text*

36. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання: наказ Міністерства охорони здоров’я України від 08 жовтня 2007 року № 623. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07#Text*

37. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07 липня 2011 року № 3611-VI. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text*

38. Про Комплексну програму розв’язання проблем інвалідності: постанова Кабінету Міністрів України від 27 січня 1992 року № 31. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-92-%D0%BF#Text*

39. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21 березня 1991 року № 875-XII. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text*

40. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007–2015 роки: Закон України від 09 січня 2007 року № 537-V. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/537-16#Text*

41. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 року № 752. *URL:* *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text*

42. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06 жовтня 2005 року № 2961-IV. *URL:* https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text

43. Про соціальні послуги: Закон України від 17 січня 2019 року № 2671-VIII. *URL:* https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text

44. Про фізичну культуру і спорт: Закон України від 24 грудня 1993 року № 3808-XII. *URL:* https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text

45. Кулебякін Є. В. Психологія соціальної роботи. *URL:* https://www.studmed.ru/kulebyakin-ev-psihologiya-socialnoy-raboty_c6d4e794021.html

46. Розмова О. Розвиток медичної реабілітації за останній час виявило проблеми, без вирішення яких рух вперед буде гальмуватися. 2017. № 11(140).

47. Санаторно-курортне лікування в Україні. *URL:* https://www.kandagar.net/catalog/view/lechenie-v-ukraine

48. Соціальна педагогіка: підручник. 4-те вид., випр. та доп. За ред. Капської А. Й. Київ, 2009. 488 с.

49. Статистичні показники людей, яким потрібна реабілітація. *URL:* http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html

50. Стафійчук В. Рекреалогія: навчальний посібник. Київ: Альтер-прес, 2006. 264 с.

51. Стеблюк В. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження. *URL:* https://vz.kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukra%D1%97ni-potribne-povne-perezavantazhennya

52. Стратегія та пріоритетність у реформуванні системи охорони здоров'я України. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2000. № 3. С. 11–16.

53. Хвисюк М. І. Теорія і практика медичної реабілітації. Харків: Майдан, 2012. 360 с.

54. Тимошко Г. Організація діяльності державних і спеціалізованих соціальних служб: навчальний посібник. Ніжин: Вид. ПП Лисенко М. М., 2011. 247 с.

55. Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки: Указ Президента України від 13 липня 2001 року № 519/2001. *URL:* http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/U519_01.html

56. Хребтій Г. Інноваційні технології, направлені на розвиток клінічного мислення у студентів вищих медичних навчальних закладів України. *Буковинський медичний вісник*. 2015. Т. 19, № 2.

57. Швіренко І. Проблемні питання медичної реабілітації в сучасних умовах. *Університетська клініка*. 2017.

58. Шевчук В. Медико-соціальні пазли для інвалідів. *Ваше здоров'я*. 2015. № 31–32. С. 12–13.

59. Chen J. J., Yang R. K. The future of UIHC rehabilitation services: defining and measuring quality rehabilitation services. *Iowa Orthopaedic Journal*. 2009.

60. Firshein J. DPS system flunks test for rehabilitation providers. *Hospitals*. 2007.

61. Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*. 2010. № 6. С. 138–142.

62. Palat M., Menkyna R. Navstovna rehabilitacna sluzba – jeden z programov moderenej rehabilitacie. *Pract. Lee.* 2011. Vol. 68, № 4. С. 131–132.