

Міністерство освіти і науки України
Університет митної справи та фінансів

Факультет управління
Кафедра публічного управління та митного адміністрування

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
за темою: **Державне регулювання питань реабілітації в сфері охорони
здоров'я**

Виконав: студент групи ПУ23–1м
Спеціальність 281 «Публічне
управління та
адміністрування»
Лазарєв І.М.
Керівник к.держ.упр., доцент
Шевченко Н.І.

Рецензент:
Завідувач кафедри державного
управління і місцевого
самоврядування ННІ державного
управління НТУ «Дніпровська
політехніка»
д.держ. упр., професор
Чикаренко І.А.

АНОТАЦІЯ

Лазарєв І.М. Державне регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2025.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження і узагальнення теоретичних основ державного регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я та практичних аспектів їх вдосконалення в Україні з врахуванням кращих світових практик.

У роботі досліджено сутнісно-змістовне наповнення понять реабілітації, її особливостей її у сфері охорони здоров'я та механізму державного регулювання у цій сфері. На основі дослідження системи медикореабілітаційної допомоги як об'єкта державного регулювання встановлено, що для власного ефективного функціонування ця система повинна поєднувати механізми державного управління та саморегулювання, а саме правовий механізм з організаційним і економічним (розробка й прийняття нормативно-правових актів щодо організації та проведення діяльності органів, які здійснюють контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я), а також із застосуванням державних засобів регуляторного впливу (ліцензування й сертифікація, стандартизація, надання податкових та інших пільг тощо). Виокремлено особливості механізмів державного управління у сфері медичної реабілітації.

На прикладі США, Ізраїлю та країн Європейського Союзу досліджено досвід функціонування системи реабілітації в сфері охорони здоров'я та імплементація його в наші реалії. Окреслено ряд проблем та шляхи їх вирішення.

Ключові слова: державне управління, реабілітація, система охорони здоров'я, медична реабілітація, фахівці з реабілітації.

SUMMARY

Lazariev I. State regulation of rehabilitation issues in the healthcare sector

Qualification work for obtaining the degree of Master in specialty 281 «Public Administration». University of Customs and Finance, Dnipro, 2025.

The purpose of the qualification work is to study and generalize the theoretical foundations of state regulation of rehabilitation issues in the healthcare sector and the practical aspects of their improvement in Ukraine, taking into account the best international practices.

The work explores the substantive content of the concepts of rehabilitation, its features in the healthcare sector and the mechanism of state regulation in this area. Based on the study of the medical rehabilitation care system as an object of state regulation, it was established that for its own effective functioning, this system must combine mechanisms of state administration and self-regulation, namely, a legal mechanism with organizational and economic (development and adoption of regulatory legal acts on the organization and conduct of activities of bodies exercising control and supervision in the field of health care), as well as with the use of state means of regulatory influence (licensing and certification, standardization, provision of tax and other benefits, etc.). The features of state administration mechanisms in the field of medical rehabilitation are highlighted.

Using the examples of the USA, Israel, and the European Union countries, the experience of the rehabilitation system in the healthcare sector and its implementation in our realities are studied. A number of problems and ways to solve them are outlined.

Keywords: public administration, rehabilitation, healthcare system, medical rehabilitation, rehabilitation specialists.

Публікації:

Лазарєв І.М., Шевченко Н.І. Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі// Current trends in scientific research development Матеріали V Міжнародна науково-практична конференція . Бостон, США. 2024. с.658 – 667. – URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-current-trends-in-scientific-research-development-12-14-12-2024-boston-ssha-arhiv/>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1 Поняття реабілітації, її сутність та види	7
1.2 Реабілітація в сфері охорони здоров'я та принципи її проведення	13
1.3 Категорійно–понятійний апарат дослідження державного управління в сфері охорони здоров'я	22
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ДІЮЧОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	29
2.1 Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я	29
2.2 Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України	36
2.3 Особливості державного регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я в умовах повномасштабного вторгнення	42
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	51
3.1 Кращі світові практики державного регулювання системи медичної реабілітації	51
3.2 Перспективи розвитку системи надання реабілітаційних послуг в Україні	66
ВИСНОВОК	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	84
ДОДАТКИ	94

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітньої організації охорони здоров'я

ДСМК – Державна служба медицини катастроф

ЄСШР – Європейські сили швидкого реагування

ЛПЗУ – лікувально–профілактичні заклади України

МВС – Міністерство внутрішніх справ

МК – міжнародний контингент

МКФ – Міжнародний класифікатор функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я

ММО – міжнародні миротворчі операції

МРБ – Міжнародне робоче бюро

НПА – нормативно–правові акти

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОБСЄ – Організація з питань співробітництва й безпеки у Європі

ПМСД – первинна медико–санітарна допомога

УПО – Універсальний періодичний огляд

УПО – Універсальний періодичний огляд

ЮНЕСКО – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури

ЮНИСЕФ – Міжнародний надзвичайний фонд допомоги дітям при Організації Об'єднаних Націй

USAID – Агентство США з міжнародного розвитку

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сьогодні, в умовах високого рівня захворюваності населення та широкомасштабної війни проти України, коли щодня число поранених зростає, реабілітація в сфері охорони здоров'я, а саме її впровадження та розвиток, набуває особливої актуальності. Адже її основна мета – це надати своєчасну та ефективну допомогу особам з обмеженими фізичними, психічними чи соціальними можливостями, а також запобігти інвалідності в період лікування хворого. Тому вирішення проблеми реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні повинно здійснюватися на загальнодержавному рівні з використанням міжнародного досвіду.

Стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально–економічних, медико–санітарних і оздоровчо–профілактичних програм. Цивільний Кодекс України Стаття 284 також зазначає, що фізична особа має право на надання їй медичної допомоги.

Повномасштабне вторгнення російської федерації викликало необхідність опрацювання та оновлення нормативно–правових актів щодо забезпечення права кожної особи на медичну допомогу, зокрема на надання реабілітаційних послуг в Україні. Надання таких послуг забезпечує: збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг; досягнення соціально–психологічного благополуччя; зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій; запобігання інвалідності; профілактику агресивної та саморуйнівної поведінки тощо. Повномасштабна війна на території України зумовлює все більшу актуальність та потребу реабілітації осіб, які постраждали внаслідок бойових дій. В умовах війни важливо забезпечити військових та цивільних осіб високим рівнем медичної допомоги

та необхідними реабілітаційними послугами. Реалізація особами з інвалідністю їх конституційних прав; проведення державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, сприяння їх широкій інтеграції у суспільство – є одними з завдань держави.

Загальні питання державного управління сферою охорони здоров'я були об'єктом наукових пошуків таких українських учених: Н. В. Авраменко, В. Д. Бакуменка, О.В.Балуєвої, М. М. Білинської, І. А.Берлінець, Д. М. Джафарової, А.О.Дутко, Є. Х. Заремби, В. В. Загороднього, Д. В. Карамішева, Л. Ф. Матюхи, В. Ф. Москаленка, З. О. Надюка, Я. Ф. Радиша, І. М. Солоненка, І. І. Хожило, Л.С.Шостака та ін.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження і узагальнення теоретичних основ державного регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я та практичних аспектів їх вдосконалення в Україні з врахуванням кращих світових практик.

Відповідно до мети дослідження в процесі виконання роботи були поставлені наступні завдання:

- дослідити теоретичні аспекти сутності реабілітації, її особливостей в сфері охорони здоров'я та принципи її проведення;
- охарактеризувати категорійно–понятійний апарат дослідження державного управління в сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасний стан правового регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України;
- оцінити особливості державного регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я в умовах повномасштабного вторгнення;
- здійснити аналіз кращих світових практик державного регулювання у сфері охорони здоров'я з можливістю використання його в Україні;
- розглянути перспективи розвитку системи надання реабілітаційних послуг в Україні.

Об'єкт дослідження – державне регулювання сферою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для виконання дослідження були використані наступні методи: порівняльний – для дослідження основних понять та принципів державного регулювання у сфері охорони здоров'я; логічний – для структуризації аргументації та послідовності міркувань, які підтримують основний тезис досліджень; емпіричний метод для оцінки даних та фактів, що дозволяє розробити та вдосконалити політику у досліджуваній галузі; статистичний методи для аналізу розвитку сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні; порівняльного аналізу для аналізу законодавства та порівняння українського та зарубіжного досвіду у державному регулюванні систем охорони здоров'я; узагальнення та прогностичний з метою узагальнення результатів дослідження та формулювання висновків та рекомендацій.

Апробація матеріалів дипломної роботи Питання дослідження пройшли апробацію на V Міжнародній науково–практичній конференції «Current trends in scientific research development». Бостон, США 12–14.12. 2024р. у вигляді тез «Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі»

Структура та обсяг дипломної роботи. Логіка проведеного дослідження зумовила структуру роботи: вступ, три розділи (вісім підрозділів), висновки, загальний обсяг яких складає 97 сторінок. Список використаних джерел містить 97 найменувань, у тому числі 17 іноземною мовою. У роботі вміщено 2 рисунки та 3 таблиці. Положення основного тексту доповнює матеріал, викладений у трьох додатках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття реабілітації, її сутність та види

Реабілітація як поняття, є відносно новим в історії людства. У більшості культур люди, які стали інвалідами, або були такими від народження, або не змогли відновитися після перенесеної травми підлягали вигнанню (ізоляції) або навіть підлягали знищенню.

Реабілітація (від лат. *rehabilitatio*, (*re* – основа + *habilita* – здібність, здатність, спроможність, придатність, відновлення) :

а) поновлення втраченого доброго імені, відновлення репутації. Поновлення прав, відміна необґрунтованого звинувачення невинної особи або групи осіб через «відсутність складу злочину». Реабілітація відрізняється від амністії, помилування повним відновленням прав. До цього блоку відноситься: політична реабілітація, правова реабілітація, реабілітація жертв політичних репресій в СРСР.

Політична реабілітація, більш правильно Кримінально–правова реабілітація [7] – поновлення доброго імені, репутації несправедливо заплямованої або безпідставно звинуваченої людини. Також, відновлення в правах людини, стосовно якої скасовано судовий вирок.

Правова реабілітація – це відновлення у правах та поновлення репутації осіб, безвинно потерпілих від репресій або неправомірно притягнутих до кримінальної, адміністративної чи дисциплінарної відповідальності, що поєднується з компенсацією, відшкодуванням завданих цим особам матеріальних і моральних збитків.

Реабілітація – поновлення доброго імені, честі, гідності, репутації, соціального та громадянського статусу, відновлення усіх юридичних прав і

свобод та позитивних для людини правовідносин, компенсація майнових і фінансових збитків та моральної шкоди людині, незаконно та несправедливо обвинуваченої у вчиненні злочину, або щодо якої були допущені слідчі і судові помилки, а також щодо особи, стосовно якої мали місце факти репресій чи будь-яких зловживань владою, незаконних дій чи бездіяльності, прийняття незаконних рішень будь-якими органами влади і місцевого самоврядування чи їх посадовими особами, а також вжиття заходів адаптації реабілітованої людини в суспільстві як громадянина, повернення її до активного творчого і суспільного життя, відновлення довіри громадянина до держави[7].

Реабілітація жертв політичних репресій в колишньому СРСР – заходи для поновлення доброго імені жертв сталінського терору як за життя, так і після їх смерті.

б) комплекс медичних, педагогічних, професійних і соціальних заходів та послуг, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань. До цього блоку відносяться: Медична реабілітація, Фізична реабілітація, Психологічна реабілітація, Нейрореабілітація, Професійна реабілітація, Соціальна реабілітація.

Медична реабілітація – галузь медичної науки, яка вивчає механізм дії фізичних лікувальних чинників, обґрунтовує та створює технології відновлювального лікування, оцінює ефективність медичної реабілітації дорослих та дітей з різноманітною патологією.

Фізична терапія, також фізична реабілітація – це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих.

Психологічна реабілітація – комплекс заходів реабілітаційної (відновлювальної) медицини спрямованих на відновлення психічних та фізичних сил в людини, яка має психічний розлад до контрольного рівня,

тобто здатності працювати [7].

Нейрореабілітація – комплексний медичний процес, який має на меті сприяти одужанню після захворювання чи травми нервової системи, а також мінімізувати або компенсувати будь-які функціональні зміни внаслідок цього.

Професійна реабілітація – це система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадaptaції, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи [7]

Соціальна реабілітація – комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції людини з інвалідністю в суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування.

Трудова реабілітація – це система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць [7].

Фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану

Фізична реабілітація – це система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і

розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення ст. 1 ЗУ Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні.

Термін «реабілітація» використовується віддавна в юридичній практиці стосовно до осіб, відновлених у правах. Що стосується медицини, то історія реабілітації починається від років першої світової війни, коли у Великобританії були створені ортопедичні госпіталі для лікування інвалідів війни. У цих госпіталях широко застосовувалася трудотерапія, що здійснювалася під керівництвом кваліфікованих робітників. Трудотерапія знайшла своє застосування в психіатричній практиці як засіб лікування душевнохворих.

Значний розвиток реабілітації відбувся після другої світової війни, коли почали створювати різноманітні реабілітаційні служби і центри, коли Р. стала предметом турбот деяких громадських організацій і виділилася в окрему дисципліну.

Поняття «реабілітація» вперше було застосовано офіційно до хворих туберкульозом, коли в 1946 році у Вашингтоні був проведений конгрес по реабілітації цих хворих. Незважаючи на широке використання цього терміна в медичній науці і практиці, у відношенні сутності реабілітації, а також цілей і завдань її дотепер немає єдиної точки зору. У одних країнах під реабілітацією розуміють тільки відновлення здоров'я, в других це поняття відноситься і до відновлення працездатності, в третіх – до надання матеріальної допомоги постраждалим і т.д.

Вперше питання реабілітації в міжнародному масштабі розглядалось у 1958 року, коли відбулося засідання експертів ВОЗ по медичній реабілітації. У 1960 році було організаційно оформлено Міжнародне товариство по реабілітації інвалідів, що є членом ВОЗ і працює в тісному контакті з ООН, а також із ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО і Міжнародним робочим бюро (МРБ). Кожні три роки проводяться міжнародні конгреси, на яких розглядаються

різноманітні проблеми реабілітації. Наукові товариства по реабілітації організовані і працюють у багатьох країнах.

Відмінності між лікуванням та реабілітацією надано в додатку Б.

Ця галузь діяльності розглядається в нашій країні як державна проблема і регламентується відповідними законодавчими актами і постановами Уряду.

Реабілітація – це процес спрямований на досягнення певної мети людини, яка перенесла травму, захворювання або має загальний ослаблений стан організму. Реабілітація передбачає, що ця людина раніше була здатна адекватно функціонувати в тих сферах діяльності, активність в яких підлягала ослабленню. Відповідно, мета реабілітації – відновлення, повернення людини до попереднього стану або до попередньої здатності нормально функціонувати.

Виходячи із матеріалу, що викладений вище, види реабілітації зображено на рис.1.1

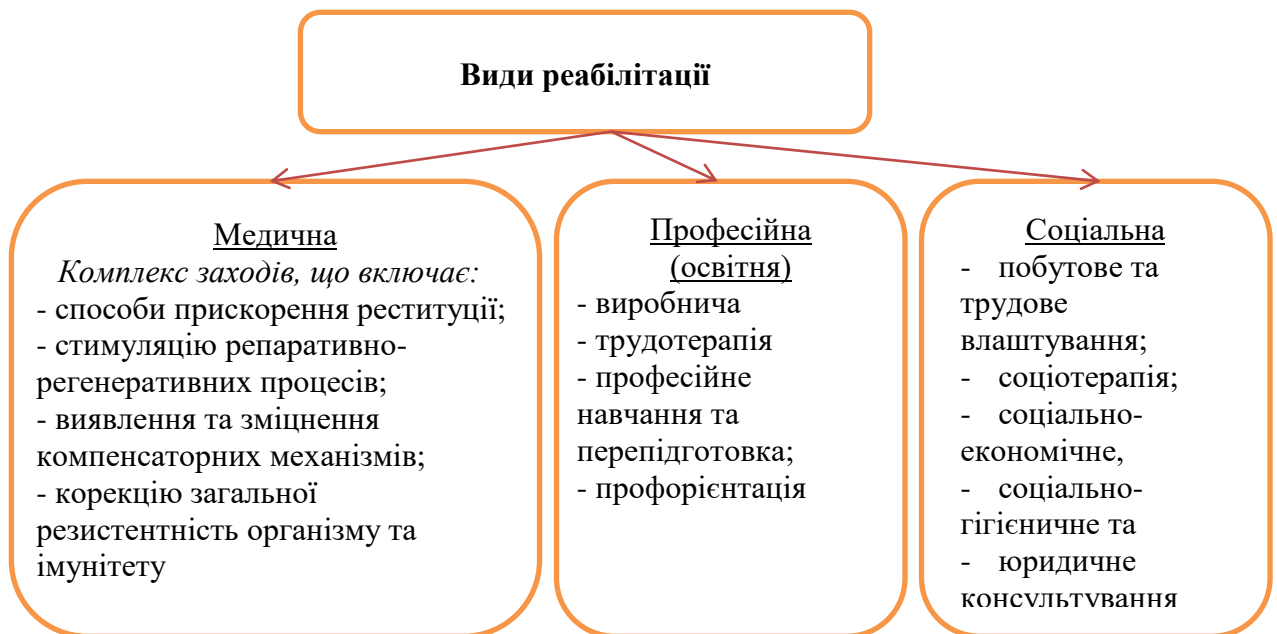


Рис.1.1 Види реабілітації

Поняття реабілітація починається із поняття «недостатність».

Недостатність – це наявність відносно важкого, тривалого, але

принципово підлягаючого відновленню порушення (соматичні, психічні), яке суб'єктивно або об'єктивно ускладнює життя людини і є наслідком відхилення у поведінці. В цьому визначенні ясно показано, що недостатність характеризується не тільки самим порушенням, але й його наслідками, його переробкою самим індивідом, а також реакцією оточення.

У сучасній науковій літературі й у нормативно–правових актах різних рівнів подано різні трактування терміна «медична реабілітація». У ст. 13 Закону України «Про реабілітацію з інвалідністю в Україні» № 2961–IV від 06.10.2005 вказано, що «...реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, відносяться до таких типів: медичної реабілітації; медико–соціальної реабілітації; соціальної реабілітації; психолого–педагогічної реабілітації; фізичної реабілітації; професійної реабілітації; трудової реабілітації; фізкультурно–спортивної реабілітації» [7].

На основі цього поділу реабілітаційних установ можна запропонувати таку класифікацію типів реабілітації: медична; медико–соціальна; соціальна; психолого–педагогічна; фізична; професійна; трудова; фізкультурно–спортивна; змішана.

На сьогоднішній день кількість людей, що постраждали від різноманітних соціальних, економічних, природних, техногенних психотравмуючих чинників неухильно зростає. Частково це пов'язано зі всезростаючою стресогенністю нинішнього людського існування.

Економічні негаразди, соціальна нестабільність, екологічні та техногенні катастрофи, стихійні лиха та озброєні конфлікти та війна призводять до зростання загального напруження, невротизації, а отже – до збільшення чисельності осіб, які потребують специфічної допомоги і ,перш за все, в сфері психічного здоров'я.

1.2 Реабілітація в сфері охорони здоров'я та принципи її проведення

Теоретико–методологічні узагальнення й науково–практичні рекомендації щодо функціонування та вдосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я були предметом дослідження багатьох українських фахівців. Різні аспекти трансформування та модернізації структур державного управління, характеристики їх організаційної ефективності, механізми формування державноуправлінських рішень та їх політичний вплив, організаційно–правові засади державного управління розглядали В. Д. Бакуменко [15], Д.Г. Гавриченко [10], В.В.Загородній [24], Я.Ф.Радиш [13] С.Л.Шостак [75] та ін.

Процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього повинна відбуватися оцінка будь–якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навички людини. Лікування стану в гострому періоді орієнтовано на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навички, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини. Отже реабілітація містить в собі визначення та корекцію факторів, які пов'язані як з особистістю, так і з оточенням людини, і які заважають повноцінній участі людини в житті суспільства.

Всесвітня організація охорони здоров'я ВООЗ визнає реабілітацію як «комбіноване і координоване застосування медичних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки (перекваліфікації) індивідуума на оптимум його працездатності». Реабілітація включає в себе усі заходи, що спрямовані на зменшення дії інвалідизуючих факторів і умов, що призводять до фізичних та інших дефектів, а також на забезпечення можливостей для інвалідів досягнути соціальної інтеграції [74].

Залежно від рівня проблеми, можна виділити наступні реабілітаційні періоди (таблиця 1.1)

Таблиця 1.1

Реабілітаційні періоди та їх складові [36]

Реабілітаційні періоди		
Реконвалесценція	Реадаптація	Ресоціалізація
Процес одужання з відновленням порушених біологічних та психологічних функцій	Процес пристосування до побуту, праці (навчання), навколишнього середовища	Процес відновлення соціальних функцій і становища особи в соціальному макро– та мікросередовищі
<ul style="list-style-type: none"> - Патологічна терапія - Хірургія - Медична реабілітація 	<ul style="list-style-type: none"> - Медична реабілітація - Соціальна та професійна (освітня) реабілітація - Патологічна терапія 	<ul style="list-style-type: none"> - Соціальна та професійна (освітня) реабілітація - Медична реабілітація - Патологічна терапія

Мета медичної реабілітація полягає в поліпшенні загального стану здоров'я пацієнта. Тут терапевти зосереджуються на боротьбі з болем, покращенні функцій організму та санітарному вихованні. Медична реабілітація також включає фармакологічні та дієтичні втручання, які допомагають пацієнтам краще справлятися з хворобою та покращують якість їхнього життя.

Визначення засобів реабілітації та послуг, які допоможуть пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені здібності. Вік має велике значення при плануванні реабілітаційного процесу; увесь контингент можна за віком розділити на 4 групи:

1. дитячий, у якому необхідні в основному педагогічні і трудові заходи, здійснювані в спеціалізованих дитячих дошкільних установах, школах і професійних училищах;

2. підлітковий, у якому трудові і професійні навички дістаються у професійних школах, училищах, технікумах, а при психічних розладах у лікувально–трудовах майстернях;

3. молодий і середній вік (при наявності виробничої або спеціальної підготовки), у якому в більшості випадків підготовка здійснюється по індивідуальній програмі на робочому місці у виробничих умовах, як правило, із збереженням колишньої кваліфікації (зниження кваліфікації або декваліфікація допускаються тільки при несприятливому клінічному і трудовому прогнозі);

4. передпенсійний і пенсійний, у якому показані полегшені умови праці зі зниженням кваліфікації [21]

При підготовці плану реабілітації враховується також статева приналежність реабілітанта, хоча вона і менш суттєва, чим вікові різниці. Слід пам'ятати, що жінки в порівнянні з чоловіками більш глибоко переживають стан своєї особистісної дестабілізації, у першу чергу в сімейних умовах. Тому тут на перший план виступає психологічна адаптація. У зв'язку з фізіологічними особливостями жіночого організму до вибору професії або роботи, доступній жінці, нерідко матері, потрібне уважне ставлення. Для створення нормальної обстановки на роботі й у сім'ї найчастіше потрібна допомога громадськості і родичів.

Реабілітація ґрунтується на філософії, що кожна людина має право бути відповідальною за своє здоров'я і що вона також має невід'ємну цінність [87]. Ця філософія призводить до того, що кожна людина розглядається як всеосяжна, цілісна та унікальна особа[90]. Це покладає на реабілітаційну команду відповідальність за надання необхідного навчання, знань і навичок людині з порушенням, щоб оптимізувати, покращити і максимізувати її незалежну функцію[90].

У медичній моделі надання допомоги перед лікарем стоїть завдання забезпечити виживання пацієнта[83]. Лікар відіграє активну роль у діагностиці та лікуванні пацієнта, тоді як пацієнт часто виконує пасивну роль у процесі лікування[83]. Ця модель може відігравати певну роль при вирішенні обмежених критичних ситуацій в екстреній медичній допомозі.

Хоча вона часто обмежена в допомозі пацієнтам зі станами, коли функціональність та участь у активності є справжнім викликом[83].

У перспективі, при такому стані, як інсульт, занепокоєння пацієнта може виходити за рамки вирішення проблеми болю або спастичності, а зосереджуватися на функціональних можливостях, таких як повернення до роботи, сексуальність, догляд за собою, пересування і так далі.

З іншого боку, реабілітація переважно використовує біо–психо–соціальну модель, яка зміщує фокус з хвороби на людину[90]. Реабілітація фокусується на розширенні можливостей людини навчитися максимізувати свої залишкові функції з метою мінімізації впливу порушення на повсякденну активність[83]. Цю роль виконує команда фахівців з реабілітації, до якої входять лікарі, медсестри, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, психологи, соціальні працівники та інші фахівці з реабілітації[83]. Завдяки цій моделі застосовується більш цілісний підхід до надання допомоги, коли людина та її структури підтримки, такі як сім'я та друзі, включені в процес реабілітації, що дозволяє всім зрозуміти стан і розробити стратегії для ефективного управління цим станом[83].

Принципи реабілітації керують наданням реабілітаційної допомоги. Ці принципи керують фахівцем з реабілітації при розробці плану допомоги людині, яка проходить реабілітацію[83]. Крім того, принципи реабілітації повинні бути зрозумілі всім членам реабілітаційної команди для досягнення бажаних результатів у процесі реабілітації. Реабілітація відбувається за такими принципами:

- Сприяння адаптації. Проблеми, які супроводжують порушення та втрату функцій, часто є непосильними для пацієнта і часто включають фізичні, соціальні та емоційні виклики[90]. Через це для отримання бажаних результатів у реабілітації необхідно мати розуміння загального стану людини. Це розуміння має бути спрямоване на підтримку, заохочення та розбудову сили і винахідливості[90]. Для практикуючих фахівців з

реабілітації також важливо розуміти, що повне відновлення не завжди може бути кінцевою метою реабілітації для багатьох людей, а скоріше для максимізації функцій. Тому вони повинні знати, що реабілітація допомагає людям пристосуватися до складних станів здоров'я, а не лише “вилікуватися” від них[90]. Термін «одужання» часто неправильно розуміється людиною як такий, що відрізняється від того, що може мати на увазі працівник охорони здоров'я[85].

Таким чином, використання терміну «адаптація» може створити більш реалістичні пропозиції для людини, щоб дати їй змогу впоратися зі змінами, які відбулися внаслідок стану здоров'я, особливо в умовах, які передбачають зміни впродовж життя, і пристосуватися до них.

Дійсно, під час реабілітації відбувається зменшення активності, обмежень і збільшення участі в житті суспільства та реінтеграція, але створення відчуття адаптації у пацієнта підвищує рівень його впевненості в собі, покращує сприйняття свого образу «Я» та адаптацію до ролей, які він виконує після проблем зі здоров'ям[92].

- Підкреслити здібності. Реабілітація підкреслює оптимістичну перспективу для людей, які зазнали різних проблем зі здоров'ям, пов'язаних з умовами, що змінюють життя[90]. Таким чином, реабілітація фокусується не на тому, що втрачено, а на тому, що може бути відновлено і досягнуто шляхом взаємної постановки цілей фахівцем з реабілітації та людиною[82].

- Ставтеся до людини як до особистості. Основоположним принципом реабілітації є комплексний підхід до лікування[80]. Необхідно завжди пам'ятати, що лікується людина, а не хвороба. Це означає, що переваги, походження, культура, релігійні переконання, соціальна підтримка, фізичні можливості, стадії розвитку, психологія людини повинні бути враховані при розробці планів надання допомоги членами реабілітаційної команди[89].

- Час Вплив часу на реабілітацію широко вивчався, починаючи з найкращого періоду для початку реабілітації і закінчуючи тривалістю,

необхідною для досягнення найбільшої користі від реабілітації[81]. Загалом, час має велике значення в реабілітації. Ранній початок реабілітації може знизити ризик реадмісії при певних станах, таких як хронічні обструктивні захворювання легень [86]покращують рухову функцію при травмах спинного мозку[94] і інсульті і так далі.

- Навчайте. Реабілітація – це не чарівна пігулка, і освіта є життєво важливим аспектом реабілітаційного процесу на всіх етапах, що забезпечує людині та тим, хто її підтримує, правильне розуміння того, що відбувається, для формування реалістичних очікувань та ставлення SMART–цілей. [84]. Навчання людини в процесі реабілітації дозволяє їй взяти на себе відповідальність за власне здоров'я, сприяє наданню допомоги, орієнтованої на пацієнта, а також забезпечує максимальний рівень незалежності в активності та залучення до планів реабілітації. [84]

- Догляд, орієнтований на людей. Підхід до догляду, який свідомо сприймає людей, осіб, які здійснюють догляд, сім'ї та громади як учасників і бенефіціарів довірених систем охорони здоров'я, організованих навколо комплексних потреб людей, а не окремих захворювань, і поважає соціальні переваги. Догляд, орієнтований на людину, також вимагає, щоб пацієнти мали освіту та підтримку, необхідну для прийняття рішень та участі у власному догляді, а особи, які здійснюють догляд, могли досягти максимальної функціональності у сприятливому робочому середовищі. Допомога, орієнтована на людей, є ширшою, ніж допомога, орієнтована на пацієнта.

- допомога, орієнтована на пацієнта, і включає не лише клінічні випадки, але й увагу до здоров'я людей у їхніх громадах та їхньої вирішальної ролі у формуванні політики в галузі охорони здоров'я та медичних послуг[96].

Таким чином, головне завдання реабілітаційної допомоги – відновлення, стабілізація втрачених функцій органів або систем організму; запобігання втраті та підвищення досягнутого рівня функціональної

спроможності, соціальної незалежності, відновлення психологічного статусу, пристосування до нових умов у рамках хвороби, відновлення, компенсація та адаптація професійних і соціальних функцій.

Реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такої, у якій можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування та якості життя у її середовищі. Принципи реабілітації зображені на рис. 1.2 (стаття 5 ЗУ «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я»),

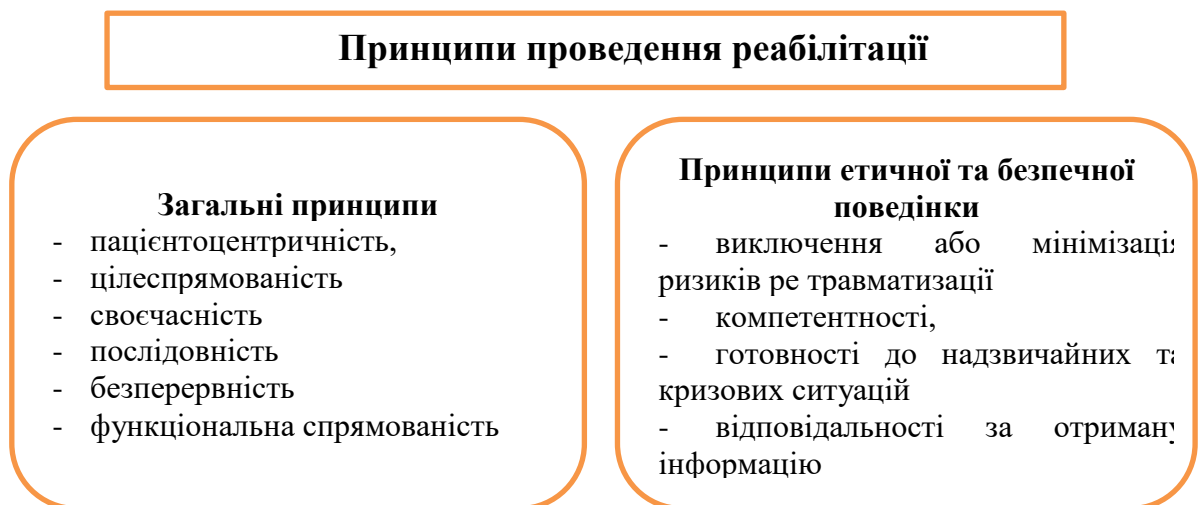


Рис.1.2. Принципи проведення реабілітації в сфері охорони здоров'я

1. Загальними принципами проведення реабілітації є:

1) пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;

2) цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго– та короткострокових завдань;

3) своєчасність – реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

4) послідовність – кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

5) безперервність – процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;

6) функціональна спрямованість – реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

2. Психологічна допомога в процесі реабілітації організовується з урахуванням таких принципів етичної та безпечної поведінки:

1) виключення або мінімізація ризиків ретравматизації, що передбачає проведення виключно тих заходів та втручань, які гарантовано не погіршать стан здоров'я особи;

2) компетентності, правильної оцінки та ознайомлення з ризиками, спричиненими ситуаціями, в яких могла бути особа;

3) готовності до надзвичайних та кризових ситуацій, у яких особа, якій надається реабілітаційна допомога, може перебувати;

4) відповідальності за отриману інформацію, що передбачає використання інформації з користю для особи, якій надається реабілітаційна допомога, а також для вдосконалення методів протидії різним формам насильства.

Особливої актуальності набирає питання реабілітації під час активної

фази загарбницької війни російської федерації проти України.

Швидке та гнучке реагування медичної служби на зміну оперативної обстановки під час проведення міжнародних миротворчих операцій здійснюється згідно з концепцією медичного забезпечення таких операцій. Відповідно до вимог ООН головними складовими концепції медичного забезпечення ММО є своєчасне й адекватне прийняття управлінського рішення на основі глибокого та всебічного аналізу таких положень:

- підтримання здоров'я особового складу міжнародного контингенту та запобігання захворюванням (профілактична діяльність);
- надання медичної допомоги та евакуація поранених і хворих (медична допомога та евакуація); забезпечення медичним майном і технікою;
- медична реєстрація та звітність; координація ресурсів медичної служби (людських та матеріально–технічних);
- своєчасна та висококваліфікована підготовка медичного й немедичного персоналу.

Виділяють такі основні рівні надання медичної допомоги, які повинні бути доступними для всіх багатонаціональних МК та співробітників ООН і організовуватись у порядку зростання:

- базовий рівень (рівень військовослужбовця чи товариської взаємодопомоги) включає невідкладну медичну допомогу, яка надається найближчою до постраждалого особою на місці ураження з використанням індивідуальних засобів медичного захисту (індивідуальний перев'язувальний пакет, кишенькова маска для проведення штучної вентиляції легенів тощо); це рівень національної відповідальності;
- перший рівень медичного забезпечення полягає у наданні першої медичної допомоги – основи життєзабезпечення (рівень національної відповідальності);
- другий рівень медичного забезпечення полягає у здійсненні реанімаційних заходів (враховуючи й такі, що стабілізують стан життєво важливих органів та функцій організму) – подальше життєзабезпечення

(рівень відповідальності ООН);

- третій рівень медичного забезпечення передбачає проведення всіх життєво необхідних і таких, що зберігають кінцівки, хірургічних втручань у поєднанні з подальшим післяопераційним доглядом та основним медичним лікуванням (рівень відповідальності ООН);

- четвертий рівень медичного забезпечення ММО в контексті функціонування ООН полягає в організації та здійсненні остаточного лікування поранених і хворих. Воно проводиться на національному рівні, в рідній для МК країні.

Медичне забезпечення здійснюється з метою підтримання боєздатності військовослужбовців, надання медичної допомоги пораненим і хворим і якнайшвидшого повернення їх до виконання службових обов'язків. Організація медичного забезпечення враховує маневреність і швидкість ведення бойових дій, розподіл праці і відокремлення підрозділів від основних сил під час дій, що підвищує складність медичної служби і вимагає великої кількості медичний персонал. Обов'язок надання медичної допомоги воїнам (силам) блоку повністю покладається на національні медичні служби. Крім того, практичному вирішенню медичних завдань передбачається сприяти спільним зусиллям військово–медичних служб і цивільних медичних закладів.

1.3 Категорійно–понятійний апарат дослідження державного управління в сфері охорони здоров'я

Механізми державного управління в охороні здоров'я є за своєю суттю сукупністю певних інституційно–технологічних інструментів, які системно пов'язані між собою та належать до державного управління.

В дослідженні Берлінець І. А. яку поділяємо і ми, наведено думку Г. В. Атаманчука, який наголошує на тому, що механізм державного управління будь якою системою – це «...конструювання логічно

обґрунтованих систем, які повинні бути поєднані у вигляді цілісного механізму, який працює на практиці» [3, с. 134].

У монографії «Синергетичні засади державного управління в умовах реформ» за загальною редакцією С. М. Серьогіна зазначено, що в рамках державно–управлінської системи повинні надаватися послуги, які адекватно реагують на потреби громадян і є фінансово справедливими. Відповідальність за загальне функціонування соціальної системи в країні несе уряд, проте важливим є також розумне керівництво в регіонах і окремих організаціях [33, с. 35].

Згідно з поглядами О.Ю. Оболенського який об'єднує «механізми держави», «державний апарат» і саме «державний механізм», механізми сучасної держави – це «...просякнута єдиним, законодавчо закріпленим принципом, заснована на розподілі влади і наявності необхідних матеріальних придатків система органів державної влади та органів місцевого самоврядування» [16, с. 417].

При цьому Берлінець І. А наводить думку Ю. А. Тихомирова, який вважає механізмом державного управління «...демократичну державну організацію управлінського впливу на суспільні процеси, де повною мірою відображається взаємодія різних елементів управління, що мають ознаки взаємозалежностей та причиннонаслідкових зв'язків» [3, с. 182].

На його думку, система механізмів має включати: – систему управління; – соціальні й правові норми; – способи визначення цілей; – управлінський процес як цикл дій керівної системи, що послідовно змінюються [3].

Водночас В. Д. Бакуменко, В. М. Князев розглядають механізми державного управління як «...практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь–яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей» [15, с. 92].

Вони вважають механізми державного управління комплексною

складовою «...системи політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління» [15, с. 92].

Інший науковець С. М. Вовк у своїх дослідженнях доходить висновку, що механізми державного управління охороною здоров'я – це «...цілеспрямована просторово–тимчасова структурно–упорядкована і послідовна діяльність органів державного управління щодо впливу на об'єкт управління і надання йому заданого стану» [8].

О. А. Дегтяр, у своїй монографії «Державне регулювання розвитку соціальної сфери: концептуальні засади та практика» зазначає, що «...механізми управління – це обов'язкові елементи держави, головні ознаки соціальної системи, які обумовлені унікальною здатністю суспільства пізнавати природну та соціальну дійсність і вже відповідно з цим формувати цілі, організувати та регулювати свою свідомість, поведінку та діяльність» [19, с. 127].

Дослідниця О. В. Балуська переконана, що система охорони здоров'я – це «...сукупність державних і громадських заходів соціально–економічного характеру щодо організації медичної допомоги, запобігання захворюванням, підвищення рівня здоров'я населення країни» [2, с. 14].

Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що вона цілком підпорядкована державі та є компонентом громадського здоров'я. Згідно з В.В.Загороднім, механізми держави – це «...сукупність усіх структур держави, що реалізують його завдання й функції. Через механізми держави здійснюється систематичний і безперервний керівний вплив на суспільство, поведінку та діяльність населення, реалізується державна влада, досягаються державні цілі й завдання. Механізми держави – це зумовлена цілями та завданнями держави внутрішньо цілісна система органів і установ. Вони мають складну будову й не зводяться лише до сукупності органів держави або державного апарату» [24, с. 273].

Зауважимо, що в більшості науково–практичних праць сучасних

науковців щодо проблематики механізмів державного управління охороною здоров'я основну увагу приділено рівням ієрархії галузі, майже не зроблено акцентів на прогнозуванні реакцій керованої системи на ті або інші керівні впливи, а в науково–теоретичних працях, навпаки, досліджено переважно проблематику синтезу оптимальних механізмів управління й моделей реакцій керованої системи на ті або інші дії.

Здійснивши контент – аналіз наукової літератури щодо державного управління охороною здоров'я, ми можемо виокремити такі підходи до суб'єктно–об'єктних відносин:

- державне управління сферою охорони здоров'я є механізмом та водночас формою реалізації управління суспільством;

- державно–управлінський вплив на заклад охорони здоров'я обов'язково має організаційний компонент із статичним (структурним) та динамічним (функціональним) проявами. Отже, сфера охорони здоров'я як загальний інститут управління може бути подана як суб'єктна структура, що включає як органи державного управління, так і фінансово–економічні інститути;

- об'єктами державного управління охорони здоров'я є певні суспільні відносини, з одного боку, а з іншого – відносини в самій організаційній системі.

Для кращого сприйняття проблематики цього наукового дослідження варто навести приклади деяких підходів до визначення державного управління охороною здоров'я. Так, Д. В. Карамішев, В. М. Лехан, М. М. Шутов та інші наводять визначення державного управління сферою охорони здоров'я як сукупності цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у межах певних компетенцій соціально–економічної системи, а також впливають на увесь соціальний організм держави з метою його упорядкування, збереження або перетворення. Тобто сутність механізмів державного управління медичною сферою є різновидом соціально–економічного управління, а також особливою соціальною функцією держави,

яка виникає з потреб суспільства [70].

Водночас З. С. Гладун пропонує власне розуміння державного управління в галузі охорони здоров'я: «...діяльність, яка має здійснюватися з урахуванням наслідків, які в коротко– і довгостроковій перспективі можуть впливати на стан суспільства в цілому, при цьому вони зазвичай проявляються не відразу, тому потребують кваліфікованих оцінок та визначення ризиків, які можуть виникати в результаті прийняття неефективних державно–управлінських рішень» [75, с. 79].

Система охорони здоров'я загалом і система медичної реабілітації зокрема є надзвичайно широкою сферою державного управління. Функціонування органів управління і закладів охорони здоров'я перебуває в тісному взаємозв'язку з діяльністю практично всіх інших сфер життя держави.

У таблиці 1.2 наведено методи державного регулювання сфери охорони здоров'я.

Таблиця 1.2

Методи державного регулювання сфери охорони здоров'я

Методи	Опис	Інструменти реалізації
Адміністративні	Такі методи базуються на силі державної влади та містять у собі міри заборони та примусу (тобто зобов'язують працівників мати певні сертифікати, дотримуватись стандартів), а також дозволу(згода на здійснення медичної діяльності).	Розроблення та контроль виконання програм безкоштовної медичної допомоги; атестація медичних працівників; видача ліцензій на послуги та регулювання цін на них; встановлення квот на надання медичної допомоги; акредитація медичних установ; підготовка кадрів.
Економічні	Створюють умови, за якими учасники ринку діють у тому напрямку, що відповідає потребам суспільства.	Перш за все це забезпечення фінансування; податкові пільги; придбання нового обладнання; регулювання фінансових потоків
Соціально–мотиваційні	За їх допомогою зменшується навантаженість на бюджет, а також вони спряють зацікавленості громадян у піклуванні за своїм здоров'ям.	Державні соціальні програми та соціальне страхування; метод морального переконання; інформування про діяльність закладів, про стан здоров'я громадян, про те наскільки ефективно функціонує галузь.

Ефективне функціонування сфери охорони здоров'я неможливе без дієвого інструментарію, за допомогою якого регулюються процеси, що відбуваються у цій сфері. Цей інструментарій являє собою забезпечення умов, які запобігатимуть негативним наслідкам. Існує 3 види методів державного регулювання сфери охорони здоров'я – адміністративні, економічні та соціально–мотиваційні.

Використання цих методів дозволяє досягти певного балансу між розвитком економіки та соціальною справедливістю. Вони дозволяють державі регулювати ринки, вирішувати певні проблеми та впливати на соціально–економічні процеси в країні.

Ефективна діяльність системи медичної реабілітації потребує значного інфраструктурного, матеріально–технічного й кадрового забезпечення. Це є комплексною державною проблемою, а не лише галузевою. Відповідно до чинного національного законодавства (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

На сьогодні вона 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).

Проаналізовано визначення різних типів реабілітації, наведені в цьому Законі, і наголошено, що, крім психологопедагогічної реабілітації, там виокремлено поняття «психологічна реабілітація». Натомість, немає визначення поняття «медикосоціальна реабілітація», хоча в ст. 13 (як

зазначено вище) вказано на існування такого типу реабілітаційних установ.

Державне управління розвитком медикореабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я є процесом, який поєднує соціальну, економічну та організаційну функції. Реалізація цих основних функцій державного управління в сучасних умовах пов'язана із загостренням суперечностей між керівною та керованою підсистемами й невідповідністю фактичних потреб населення реальним можливостям сфери охорони здоров'я.

Як висновок, можна сказати, що класифікація механізмів управління включає в себе різні інструменти, що використовуються державою для забезпечення доступності та ефективності медичних послуг. Сутність розглянутих механізмів полягає у встановленні правильної системи керування, яка в свою чергу забезпечує координацію, регулювання, контроль аспектів сфери охорони здоров'я. Ефективне управління медичною сферою є ключовим фактором для покращення здоров'я громадян, забезпечення якісної медичної допомоги для них, а також сталого розвитку суспільства в цілому. Тому враховуючи всі проблеми та виклики в сучасному світі, потрібно постійно вдосконалювати механізми державного управління сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ДІЮЧОГО МЕХАНІЗМУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я

Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування гарантує кожному статтею 49 Конституції України. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм [28]. Загальні засади правового регулювання суспільних відносин у сфері реабілітації встановлені в Основах законодавства України про охорону здоров'я (Основи) [43]. Спеціальним нормативно-правовим актом у цій сфері став Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який набрав чинності 31.12.2020 р., а був введений в дію 30.06.2021 р. [64]. Цим законом були визначені правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування. Вперше було законодавчо визначено ключові терміни для цієї галузі: абілітація, реабілітація, реабілітація у сфері охорони здоров'я, реабілітаційна допомога, обсяг реабілітаційної допомоги, психологічна допомога в реабілітації, ерготерапія, фізична терапія, фахівці з реабілітації, індивідуальний реабілітаційний план, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, телереабілітація, дитина з інвалідністю, особа з інвалідністю, особа з обмеженнями повсякденного функціонування, заняттєва активність, заняттєва участь та інші. Розвиток та вдосконалення реабілітаційної допомоги населенню відкриває додаткові можливості для досягнення показників здоров'я населення. Медична реабілітація після тяжких та тривалих захворювань, операцій та травм у багатьох випадках має не менш важливе значення, ніж сам процес лікування. Важливо акцентувати увагу на

тому, що зміни законодавчої бази фізичної реабілітації відбуваються комплексно. Зокрема, одночасно з прийняттям спеціального закону необхідні доповнення були внесені і в загальний. Так до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [43] були включені наступні терміни та їх визначення: життєдіяльність, обмеження життєдіяльності, стан здоров'я, реабілітація, реабілітаційна допомога, реабілітаційна послуга тощо. Крім того, поряд з вказівками на медичну допомогу, була включена і реабілітаційна допомога, а у розділ X були внесені необхідні доповнення щодо порядку її надання, а також професійних прав, обов'язків та обмежень для фахівців з реабілітації. Іншим прикладом може слугувати Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 р. № 2347-IX, яким до Основ, окрім іншого, були внесені доповнення щодо видів медичної допомоги (екстрена, первинна, спеціалізована, паліативна) та де вона може надаватися (за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах). Цим же ж НПА відповідні уточнення були внесені також і до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Зокрема, положення про те, що реабілітаційна допомога надається на первинному та спеціалізованому рівнях медичної допомоги. Координація руху пацієнтів з питань надання реабілітаційної допомоги між рівнями медичної допомоги здійснюється відповідно до індивідуального реабілітаційного плану.

На спеціалізованому рівні медичної допомоги забезпечується надання реабілітаційної допомоги в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у стаціонарних та амбулаторних умовах [52].

Важливо відмітити, що правове регулювання відносин корегується з актуальними соціально-економічними умовами та потребами щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги. Так, Законом України № 2494-IX встановлено, що в період дії воєнного стану в Україні та протягом шести місяців після його припинення чи скасування:

1) до надання реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації можуть залучатися фахівці з реабілітації, які є іноземцями або особами без громадянства;

2) на первинному рівні медичної допомоги надання реабілітаційної допомоги низького обсягу в амбулаторних умовах також забезпечується фахівцями з реабілітації, залученими до надання такої допомоги як волонтери;

3) на спеціалізованому рівні медичної допомоги надання реабілітаційної допомоги в гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у стаціонарних та амбулаторних умовах також забезпечується фахівцями з реабілітації, залученими до надання такої допомоги як волонтери у мультидисциплінарних реабілітаційних командах, які працюють у палатах гострої реабілітації закладів охорони здоров'я або у стаціонарних чи амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах [78].

Згідно зі ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство», воно можливе й у сфері охорони здоров'я. У ст. 2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» зазначено, що надавачами медичних послуг можуть бути «...заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів» [55].

Використання приватних лікувально-профілактичних закладів, що надають медико-реабілітаційну допомогу, для надання такої громадянам, які самостійно не спроможні оплатити реабілітаційні заходи, можливе через систему Національної служби охорони здоров'я. При цьому важливою є взаємодія держави та приватних клінік, яка можлива через створення державно-приватних партнерств. Для держави у сфері співробітництва основний ефект полягає в економії бюджетних коштів та залученні

приватних інвестицій у державний сектор охорони здоров'я. Державно-приватні партнерства дозволяють вирішувати завдання забезпечення населення медичною реабілітаційною допомогою, в основі якої доступність, безпека, якість та ефективність. Реалізація моделей державно-приватного партнерства у сфері медичної реабілітації також дозволить вирішити низку складних питань, серед яких запровадження механізмів державних закупівель, підготовка навчальних центрів для фахівців із консультування тощо. Розвиток ринку реабілітаційної медицини, зокрема її комерційного сегмента, може визначити підготовку кваліфікованих кадрів у цьому напрямі у навчальних закладах. Медична реабілітація здійснюється не просто медичними організаціями, що мають ліцензію на медичну діяльність, а організаціями державного та приватного сектору охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями, при отриманні ліцензії на медичну діяльність, із зазначенням робіт (послуг) з медичної реабілітації як складника виду діяльності, що ліцензується [32].

Послуги з реабілітації, що надаються особам з інвалідністю, наступні:

1) медична реабілітація: яка включає відновну терапію, реконструктивну хірургію, профілактичні заходи, медичне спостереження, медичний патронаж, санаторно-курортне лікування;

2) психолого-педагогічна реабілітація включає: консультування, психолого-педагогічні діагностику, патронаж, корекцію, психологічну та педагогічну адаптацію, супроводження (спостереження), профілактику, консультування; освітні послуги: інституційна форма здобуття освіти (очна (денна, вечірня), заочна, дистанційна, мережева), зокрема в інклюзивних групах/класах), індивідуальна форма здобуття освіти (екстернатна, сімейна (домашня), педагогічний патронаж;

3) фізична реабілітація: консультування, ерготерапія, кінезотерапія, лікувальний масаж, лікувальна фізкультура. Саме фізична реабілітація в умовах війни має важливе значення і може допомогти людям, які отримали травми або постраждали через воєнні дії, повернутися до повноцінного життя

і забезпечити їх фізичне та психічне благополуччя. Застосування інтегрованого підходу до реабілітації дозволяє швидко та якісно відновити функціональний стан організму військовослужбовців, нормалізувати їх емоційний та мотиваційний стан, а також досягти оптимального рівня особистісної адаптації та професійно важливих якостей, необхідних для виконання своїх обов'язків;

4) професійна реабілітація: експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна (професійно-технічна) освіта, професійна адаптація, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації;

5) трудова реабілітація: пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб особи з інвалідністю, раціональне працевлаштування, (поновлення трудової діяльності особи з інвалідністю за колишньою або новою професією);

6) фізкультурно-спортивна реабілітація: навчання осіб з інвалідністю заняттям з фізичної культури, оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю, навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом;

7) соціальна реабілітація: пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень, навчання основних соціальних навичок, соціально-побутовий патронаж, працетерапія [17].

Серед перелічених видів реабілітаційних послуг важливим є проведення психологічної реабілітації. Психологічна допомога в реабілітації - діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги [50].

Психологічну допомогу в реабілітації здійснює клінічний психолог (психолог, психотерапевт) у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди [64].

В даний час великі дослідницькі центри у світі та в Україні намагаються проводити реабілітацію дистанційно (наприклад, лікувальна гімнастика, логопедія та нейропсихологічна корекція, психологічне консультування в режимі відеоконференцзв'язку, використання віртуальної реальності та біологічних технологій зворотного зв'язку, механотерапія). Розвитку дистанційної реабілітації сприяє телемедицина, проте застосування у широкій клінічній практиці «віддаленого» режиму контакту пацієнта та лікаря поки що можливе лише в обмежених випадках. Телереабілітація – складова телемедицини, що забезпечує надання пацієнтам реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації шляхом телеконсультування (телевідеоконсультування) разом з обстеженням, телеметрії та в інших формах, що не суперечать законодавству, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій [43].

Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об'єктів санітарних заходів», який: набирає чинності 18.12.2024р., передбачається для здійснення їхнього медичного обслуговування формування єдиного державного вебпорталу електронних послуг, зокрема з використанням мобільного додатка Порталу Дія (Дія), засобами мобільного зв'язку та сервісів обміну повідомленнями в мережі Інтернет може забезпечуватися надсилання пацієнтам текстових повідомлень, необхідних для здійснення їхнього медичного обслуговування; організація профілактичних медичних оглядів дітей, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих; забезпечення медичними

виробами та допоміжними засобами реабілітації на безкоштовній основі.

Питаннями медичного обстеження і диспансеризації в рамках реабілітації населення України регулюються Постановою КМУ від 05.08.1994 № 532 - перелік категорій населення, які проходять обов'язкові медичні огляди (ветерани війни та особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною) періодичність проходження обов'язкових медичних оглядів – щорічно; Законопроект 8318 від 29.12.2022 «Про внесення змін до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» щодо медичного обслуговування ветеранів війни» - замінити щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів на безоплатні профілактичні медичні огляди не рідше ніж один раз на рік; Законопроект 8318-1 від 10.01.2023 «Про внесення змін до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» щодо медичного обслуговування та соціального захисту ветеранів війни» - безоплатні профілактичні медичні огляди не рідше ніж один раз на рік і диспансеризація, за потреби, із залученням необхідних спеціалістів, а також позачергове, при необхідності, забезпечення лікуванням учасника бойових дій за кордоном та проїзду до країни, у якій може бути проведено лікування, з відшкодуванням таких видатків за рахунок державного бюджету у порядку, затвердженому КМУ. У період дії воєнного стану військовослужбовці можуть бути направлені відповідно до висновку військово-лікарської комісії для подальшого надання їм медичної допомоги або проведення медико-психологічної реабілітації до медичних закладів, розташованих за межами України. На зазначених військовослужбовців та супроводжуючий їх медичний персонал не поширюються обмеження щодо виїзду громадян України за межі України і регулюється постановою КМУ від 05.04.2022 №411 «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон» та наказом МОЗ від 05.04.2022 № 574 «Про затвердження Критеріїв направлення

громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2022 р. за № 414/37750.

Останнім часом правове регулювання фізичної терапії та реабілітації зазнало істотних змін.

Прийняття спеціального закону, який регулює відносини у цій сфері, приведення змісту інших НПА у відповідність йому, закріплення правового статусу фахівців у галузі фізичної терапії та реабілітації є позитивним кроком у напрямі систематизації законодавства. Необхідні зміни та доповнення вносяться у взаємопов'язані НПА комплексно, обумовлюються соціальноекономічною необхідністю.

2.2 Інституційне забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я України

Модернізація системи охорони здоров'я в Україні вимагає скоординованого підходу на всіх рівнях управління для створення оновленої нормативно-правової бази галузі. Перетворення функцій органів державної влади у медичному секторі, яке триває останні роки, спрямоване на виконання стратегічно значущих завдань, що стосуються впровадження медичної реформи та виконання міжнародних зобов'язань України у цій сфері.

Механізми державного регулювання в Україні реалізуються через певні нормативно–правові дії органів державної влади щодо впливу на ціни, обсяги, структуру, якість послуг у системі охорони здоров'я.

У таблиці 2.1 детально описані функції згаданих органів.

Загальна відповідальність за реалізацію реформ та заходів у сфері охорони здоров'я покладається на Кабінет Міністрів України, який

забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я та інших пов'язаних з нею сферах, вживає заходів до забезпечення реалізації відповідних прав і свобод людини і громадянина; організовує розроблення та виконання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, спрямовує та координує діяльність міністерств, інших органів виконавчої влади, здійснює контроль за їх діяльністю у цій сфері; створює рівні умови для розвитку та провадження діяльності постачальників медичних послуг усіх форм власності та управління; укладає міжурядові угоди та здійснює міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я; здійснює інші повноваження, визначені Конституцією та законами України [42].

Таблиця 2.1

Характеристика головних функцій суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкт	Характеристика
Верховна Рада	Формує політику охорони здоров'я, при цьому встановлюючи законодавчі, конституційні принципи, мету, пріоритети, завдання, нормативи фінансування.
Президент України	Є гарантом влади, особисто несе відповідальність за реалізацію політики, та приводить її у життя.
Кабінет міністрів України	Створює економічні, організаційні механізми, що впливають на ефективну діяльність, організовує розробку цільових програм, координує міжнародне співробітництво та забезпечує постійне вдосконалення медичних закладів.
Міністерство охорони здоров'я	Виконує програми та здійснює заходи щодо реалізації політики у медичній галузі.
Національна служба здоров'я	Виконує функції замовника послуг і засобів за програмою медичних гарантій, реалізовує політику у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування громадян.
Міські ради, їх відділи, комітети	Відповідають за управління закладами та їх розвиток, забезпечують рівний доступ до медичних послуг

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, реалізує державну політику в цій галузі відповідно до своїх повноважень, визначених законами України.

Центральні органи виконавчої влади в межах своїх компетенцій беруть участь у розробці та впровадженні організаційно-правових, фінансових і економічних механізмів, необхідних для формування та реалізації ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

До суб'єктів управління у цій сфері належать Верховна Рада, Уряд, Міністерство охорони здоров'я, а також місцеві органи влади, зокрема департаменти обласних адміністрацій та місцевих рад, які здійснюють керівництво медичною галуззю на регіональному рівні.

Що стосується інституційної структури управління системою охорони здоров'я України, то на сьогодні її здійснюють: Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я; Національна академія медичних наук України[3].

1 квітня 2018 року уряд України створив єдиного замовника – Національну службу здоров'я України, та затвердив Положення про Службу, створено офіційний сайт - <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>

До основних завдань НСЗУ відносять:

– реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

– виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

– внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [38].

Міністерством юстиції України підготовлено Керівні принципи з імплементації рекомендацій, отриманих в рамках проходження механізму Універсального періодичного огляду (УПО), в якому визначено комплекс

правил і процедур щодо прийнятності рекомендацій, наданих за результатами проходження УПО, а також проведення моніторингу і оцінки їх виконання [39].

У ході проходження УПО держава отримує рекомендації у сфері прав людини від інших держав-членів ООН, які мають бути імplementовані протягом наступних 5 років. Кінцевою метою запровадженого у 2006 р. резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 60/251 механізму УПО є вдосконалення ситуації з правами людини у кожній країні зі значними наслідками для людей у всьому світі. У результаті огляду Україна отримала 190 рекомендацій від 47 членів ООН щодо проблемних питань у сфері прав людини, які необхідно розв'язати. Україна прийняла 163 рекомендації та відхилила 27 з них [39].

Інституційне забезпечення стратегічного управління галуззю охорони здоров'я в сфері реабілітації здійснюють:

- центральні органи влади (КМУ, Президент, МОЗ, Мінрегіон, Мінфін, НСЗУ, Держлікслужба);
- державні підприємства (ДП «Медичні закупівлі»);
- органи місцевої влади (місцеві державні адміністрації) та місцевого самоврядування (ради народних депутатів адміністративно-територіальних одиниць);
- міжнародні організації (ВООЗ, Світовий Банк, МФ «Відродження», міжнародні проєкти технічної допомоги, Національний демократичний інститут);
- медичні організації;
- пацієнтські організації (БФ «Пацієнти України», БО «100% Життя»);
- громадські організації (Всеукраїнське лікарське товариство, Всеукраїнська громадська організація «Фармацевтична асоціація «ФАРМУКРАЇНА», громадська організація «Український офіс здоров'я», громадська організація «Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів», громадська спілка «Коаліція Реанімаційний Пакет Реформ»,

громадська спілка «Ліга Сильних», громадська організація «Група Активної реабілітації» (ГО ГАР)).

Співробітництво України з вказаною всесвітньою організацією – одна з важливих складових міжнародного співробітництва, що спрямована на забезпечення конституційного права кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Всесвітня асамблея охорони здоров'я – вищий керівний орган Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), головними функціями якого є визначення загальних політичних напрямків діяльності Організації. Співробітництво України з ВООЗ здійснюється переважно через Європейське регіональне бюро (ЄРБ) згідно з рамковими дворічними угодами, що укладаються між Україною та ЄРБ. В угодах визначаються пріоритетні напрямки співробітництва, на які скеровуються кошти, що виділяються з основного бюджету ВООЗ на підтримку заходів на рівні країни [31].

Окрім основних державних структур, які безпосередньо займаються охороною здоров'я, функціонування системи підтримується іншими державними органами, які виконують наглядові та управлінські завдання. До них належать: Президент України (зокрема через діяльність Офісу Президента), Рада національної безпеки і оборони України, Верховна Рада України та її профільний Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Також до цих функцій залучені Уповноважений Верховної Ради України з прав людини, Кабінет Міністрів (через відповідні міністерства та органи центральної виконавчої влади), Генеральна прокуратура та її територіальні підрозділи, а також судові органи України.

У квітні 2024 року Міністерство охорони здоров'я України винесло на громадське обговорення проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024–2026 роках» для сприяння здоров'ю та добробуту громадян шляхом забезпечення

справедливого доступу до якісних медичних послуг, побудови стійкої системи охорони здоров'я та забезпечення участі суспільства у її діяльності.

Структура інституційного механізму державного управління охороною здоров'я базується на інтеграції методів запровадження державної політики в сфері охорони здоров'я, методів управління галуззю, формами застосування важелів управління, конкретних інструментів управління.

Серед методів управління охороною здоров'я організаційні та економічні можуть застосовуватися як на державному, так і на регіональному, місцевому рівні, такі методи, як психологічні, спеціальні, адміністративні застосовуються в більшій мірі на регіональному рівні та в процесі організації функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я та інших медичних установ.

Більш конкретні методи, що використовуються в інституційному механізмі державного управління охороною здоров'я це – технології, Програми, Концепції та Постанови. Що стосується технологій, то вони мають дві форми – високотехнологічні пристрої для лікування, що містять у собі наукові доробки в сфері фармацевтики, інформаційних технологій, електроніки та технології (протоколи) лікування, які містять у собі нові інноваційні методики лікування. Проектом Стратегії та операційним планом з її реалізації визначено ключові проблеми здоров'я населення України та сформовано рішення і заходи, спрямовані на створення сприятливих умов для їх розв'язання, розвиток системи охорони здоров'я, кадрового потенціалу та забезпечення доступу до якісних медичних послуг.

Концепції загальнонаціонального масштабу, які затверджуються на державному рівні мають значний вплив на розвиток системи охорони здоров'я. Також, важливим інструментом інституційного механізму державного управління охороною здоров'я є Постанови Кабінету Міністрів, якими затверджуються важливі рішення в медичній сфері.

2.3 Особливості державного регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я в умовах повномасштабного вторгнення

Повномасштабне військове вторгнення та регулярні масовані обстріли російською федерацією цивільної інфраструктури України стали значним викликом для всієї медичної системи. Кількість людей, які після стабілізації стану та лікування потребують реабілітації, збільшується чи не щодня, тож повернення постраждалих до повноцінного, активного життя – один із головних пріоритетів Міністерства охорони здоров'я.

Щоб реабілітаційна допомога стала доступнішою, наприкінці 2022 року Міністерство охорони здоров'я України додало до Програми медичних гарантій два пакети послуг, націлених на покращення системи реабілітації в Україні: «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах». Людина, яка потребує комплексного відновлення – може самостійно обрати один із медичних закладів, законтракованих НСЗУ, за даними пакетами. При цьому, послуги з реабілітації – доступні й безоплатні, та повністю покриваються Національною службою здоров'я України в рамках Програми медичних гарантій.

Амбулаторна реабілітація передбачає наступний перелік безоплатних послуг:

- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди;
- встановлення діагнозу та складання індивідуального реабілітаційного плану, програми реабілітаційної терапії;
- визначення прогнозу за результатами реабілітаційного обстеження для планування подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта;
- моніторинг клінічного стану і коригування реабілітаційного плану за потреби;

- реабілітаційна допомога;
- підбір, налаштування та навчання користування допоміжними засобами реабілітації;
- психологічна допомога;
- консультації лікарів;
- навчання пацієнтів, членів родини або доглядачів особливостям догляду;
- оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлень на медико–соціально–експертну комісію та/або лікарсько–консультативну комісію тощо.

В рамках реабілітації у стаціонарних умовах кожен пацієнт може розраховувати на наступні послуги:

- реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, іншими спеціалістами і фахівцями з реабілітації;
- складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії;
- моніторинг клінічного стану й коригування реабілітаційного плану за потреби;
- лабораторні та інструментальні обстеження;
- консультації лікарів інших спеціальностей;
- надання реабілітаційної допомоги одночасно за кількома напрямками;
- цілодобовий медсестринський догляд;
- психологічна допомога;
- своєчасне знеболення на всіх етапах реабілітації;
- лікарські засоби з Національного переліку основних лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- харчування в стаціонарних умовах.

Безоплатні медичні послуги зі стаціонарного чи амбулаторного відновлення може отримати будь-яка людина. Незалежно від статі, віку та соціального статусу. При цьому, вибір лікарні – за пацієнтом.

Під потреби людини, в залежності від важкості травми чи хвороби є дві форми реабілітаційної допомоги: стаціонарна – коли пацієнт цілодобово перебуває в медичному закладі; амбулаторна – коли пацієнт приходить у заклад у певний визначений час.

Реабілітація – комплексний процес, у якому неможливо обмежитись лише одним спеціалістом. Для ефективного психологічного та фізичного відновлення людини потрібна багатопрофільна команда людей, об'єднаних спільною метою. З цілої плеяди різних вузькопрофільних фахівців формуються мультидисциплінарні команди, які потім надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в гострому, післягострому чи довготривалому періодах. В цьому контексті, слід зазначити, що професії «реабілітолог» не існує, як не існує й однієї, універсальної пігулки від всіх хвороб.

Згідно із Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди входять:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які очолюють команду, відповідають за організацію її роботи і виконання індивідуального реабілітаційного плану;
- фізичні терапевти, які не є лікарями, але допомагають, наскільки це можливо, відновити рухові функції організму;
- ерготерапевти – спеціалісти, що відновлюють побутові, соціальні, робочі навички людини після травми;
- терапевти мови і мовлення;
- протезисти–ортезисти;
- психологи, психотерапевти;
- сестри медичні з реабілітації;
- асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів[38].

Основне завдання такої команди – максимальне відновлення психічних та фізичних функцій людини. Бо саме вона та її потреби в центрі уваги. Як короткотривалі так і довгострокові цілі реабілітації встановлюються та підлаштовуються під індивідуальні потреби кожного пацієнта. Спочатку мультидисциплінарна команда їх аналізує з різних кутів, а потім опрацьовує на максимальному рівні своїх професійних можливостей.

Серед багатьох людей досі доволі поширена думка, що реабілітація після травм полягає в санітарно–курортному лікуванні. Втім, це не так. Грязі, басейни й електрофорез можуть коштувати значних грошей, але не допоможуть відновити втрачені рухові чи мовленнєві функції. Справжня доказова реабілітаційна допомога передбачає тісну співпрацю мультидисциплінарної команди фахівців із пацієнтом за індивідуально складеним планом відновлення.

Відповідно до вимог Типового положення про мультидисциплінарну команду, Типового положення про реабілітаційне відділення, затвержені постановою Кабінету Міністрів України від 03 листопада 2021 року № 1268, всі медичні реабілітаційні центри у своєму складі мають реабілітаційні відділення відповідного профілю, де в повному обсязі надають реабілітаційну допомогу протягом гострого і післягострого реабілітаційних періодів створеними мультидисциплінарними реабілітаційними командами фахівців (лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар–невропатолог, лікар–психотерапевт, психолог, лікар–ортопед, лікарі інших спеціальностей (за необхідності) [61].

Електрофорез, «лікувальні» грязі та «цілюща» мінеральна вода не мають жодного стосунку до доказової, пацієнтоорієнтованої реабілітаційної допомоги. Описане явище – так звана «пасивна реабілітація», коли пацієнт нічого не робить, лежить у ванні чи гріється під електрофорезом. Дехто може переконувати вас, що це нібито сприяє відновленню рухові функції. Втім, доведеної ефективності та наукового підґрунтя дані методи не мають. В іноземних джерелах, дослідники нерідко називають такі підходи «wishful

thinking», коли бажане видають за дійсне. Тепло від електрофорезу – це, звісно, дуже приємно, але м'язи, які припинили працювати внаслідок поранення чи травми в такий спосіб не відновити. Недієвими також прийнято вважати гідромасаж та магнітотерапію[68].

Головне, що слід розуміти, – лежачи або сидячи пацієнт не досягне жодних результатів у реабілітації. Процес комплексного відновлення людини – це, перш за все, рух. Реабілітація не дорівнює тисячам гривень, витраченим на санаторно–курортне лікування. Психологічне та фізичне відновлення – наполеглива та чітко структурована робота пацієнта з групою фахівців. Причому, інколи, досить довга і складна. Відновлення втрачених внаслідок травми функцій – кропітка праця за складеним індивідуальним реабілітаційним планом через піт, біль та «не можу».

Робота з людиною, яка потребує реабілітації, повинна починатись із моменту її потрапляння до лікарні. В ідеалі, після стабілізації стану, біля ліжка пацієнта мають з'явитись лікар із фізичної та реабілітаційної медицини, психолог, фізичний терапевт і ерготерапевт. Втім, даний сценарій не завжди спрацьовує. Це, переважно, пов'язано з помилковим розумінням сучасного підходу до реабілітації, як з боку деяких лікарів, так і зі сторони окремих пацієнтів.

Дана галузь – лише почала процес трансформації від недієвих радянських до найкращих світових практик. Тож і досі можна натрапити на лікарів із застарілими поглядами, які вважають, що для повноцінного відновлення людини достатньо апаратної фізіотерапії. Звісно, в таких підходів немає не лише науково доведеної ефективності, а й фінансового забезпечення від Національної служби здоров'я України.

Також, інколи, окремі спеціалісти побоюються починати реабілітацію занадто рано через ризик виникнення ускладнень. Хоча мізерна вірогідність виникнення відповідних проблем і існує, їм легко запобігти. Для цього лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти й ерготерапевти

ретельно обслідують пацієнта та визначають оптимальний обсяг і інтенсивність відновлювальних занять.

В окремих випадках, сама людина може вважати, що пасивні методи терапії їй підходять більше. Проте найкращий та найефективніший метод відновлення – це активна реабілітація, тобто рух. Її альтернативи не існує. Бо впроваджений в Україні комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, функціонального стану, здатності до самообслуговування і працездатності пацієнтів ґрунтується на найкращих світових практиках. Подібні доказові підходи застосовують навіть у найпрогресивніших в напрямку реабілітації країнах – Швеції і Сполучених Штатах Америки. [74]

У травні 2024 року в Києві відбувся національний круглий стіл «Ефективна реабілітація у сфері охорони здоров'я: якою вона має бути для постраждалого населення?», організований БФ «Право на захист» за підтримки та сприяння консорціуму ACCESS (ДОСТУП).

Метою заходу було обговорення актуальних питань, пов'язаних з наданням та отриманням реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, а саме: забезпеченням якісної, своєчасної, доказової та доступної реабілітаційної допомоги через імплементацію рекомендацій Всесвітньої організації здоров'я; потенційної можливості залучення сімейних та лікуючих лікарів до надання такої допомоги; безбар'єрності у наданні реабілітаційних послуг; практичних аспектів надання реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану.

Круглий стіл об'єднав представників органів державної влади, громадського сектору, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, керівників реабілітаційних центрів та представників наукової спільноти, які здійснюють підготовку майбутніх фахівців із надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я.

За словами Михайла Редуцького, голови Комітету Верховної Ради з питань здоров'я нації, у 2023 році більше 200 тис. пацієнтів отримали реабілітаційну допомогу. Національна служба здоров'я України

законтрактувала понад 500 медичних закладів, з яких 37 є приватними. Також запроваджено систему ліцензування таких медичних закладів, які надають реабілітаційну допомогу[78]

Вперше в Державному бюджеті на 2024 рік заклали €750 мільйонів на зубопротезування для ветеранів у рамках Бюджетної програми «Пілотний проект щодо зубопротезування окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України», яка поширюється на учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни, та військовослужбовців, які проходять військову службу.

Надання спеціалізованої медичної допомоги учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни, учасникам війни згідно із Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та іншим постраждалим з вогнепальними пораненнями, отриманими внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України за рахунок коштів державного бюджету затверджено Постановою КМУ від 03.03.2021 № 181 «Деякі питання впровадження та реалізації нового механізму фінансового забезпечення надання спеціалізованої медичної допомоги в окремих науково–дослідних установах Національної академії медичних наук» та здійснює такими закладами: Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН (м. Київ); Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова НАМН (м. Київ); Національний інститут серцево–судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН (м. Київ); Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН» (м. Київ); Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН (м. Київ); Науково–практичний центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН(м. Київ); Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН (м. Київ); Інститут травматології та ортопедії НАМН (м. Київ).

Загальна кількість госпіталів для ветеранів війни в Україні – 20 (додаток В)

Ексклюзивними госпіталями, які фінансуються коштом МОЗУ є:

- ДЗ «Центр психічного здоров'я реабілітації «Лісова Поляна» Міністерства охорони здоров'я України» (Лікування психотравми (ПТСР, участь у бойових діях, фізичне та сексуальне насильство, горе від втрати близьких тощо); Лікування наслідків легкої черепно–мозкової травми (посткомоційного синдрому); Допомога особам, які пережили полон та тортури);

- Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравми (м. Клевань) (Працюють з наслідками важких черепно–мозкових ; Реабілітація спинальних травм; Підбір і навчання користуванню кріслами колісними);

- Український державний медико–соціальний центр ветеранів війни (с.Циблі Київської області) Комплексне лікування ветеранів; Реабілітація ветеранів; Зубопротезування)

Реабілітаційні центри для ветеранів : Державна реабілітаційна установа – «Центр комплексної реабілітації для осіб інвалідністю «Галичина» (м.Львів) та Державна реабілітаційна установа – «Всеукраїнський центр комплексної реабілітації для осіб інвалідністю» (с., Лютіж, Київська обл.), КП «Медичний центр реабілітації учасників бойових дій Луцької міської територіальної громади» «Advance center»

Приватні реабілітаційні ініціативи для ветеранів: Національний проєкт RECOVERY, метою якого є реабілітація, допомога в протезуванні та лікуванні тяжкопораненим під час війни (15 центрів по Україні із червня 2020 р, станом на листопад 2024 р), Проєкт Національного реабілітаційного центру Unbroken (м. Львів) та БФ «МАЙНДІ»(м.Київ). [38]

В умовах війни актуалізувалась необхідність у антикризовому управлінні, у побудові системи регулювання ринку медицини, який орієнтований на забезпечення соціальної та економічної безпеки та організація закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Зокрема, було створено Координаційний штаб з гуманітарних та соціальних питань,

організована евакуація тяжкохворих на лікування закордон та спрощена доступність до послуг. Додаток Good SAM був імплементований у систему екстреної медичної допомоги, що дозволяє медичним працівникам швидко отримувати геолокацію пацієнтів та мати спеціальних мобільний зв'язок [40].

Отже, ринок медицини знаходиться під постійним впливом негативних факторів, що потребують постійної уваги та своєчасного реагування. Проблеми, що виникають у контексті трансформації є багатогранними та досить складними. Підвищення поінформованості серед населення про можливості у сфері медичної реабілітації, необхідності спрощення процедури проходження медико–соціальної експертної комісії, зокрема шляхом її цифровізації, та забезпечення багатовимірної безбар'єрності в реабілітаційних закладах, оскільки саме ці фактори є ключовими в процесі надання якісної, ефективної, доступної, пацієнтоорієнтованої реабілітаційної допомоги в Україні є надзвичайно актуальними на сьогодні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Кращі світові практики державного регулювання системи медичної реабілітації

Світове товариство намагається об'єднати спільні зусилля аби подолати глобальні виклики та передбачити майбутнє людства, аби уникнути загроз для його існування. Це проблеми науково–технічного, економічного, суспільно–політичного характеру та стосуються життєвих інтересів всього населення, а розв'язання їх має забезпечити подальший суспільний прогрес. У сучасному світі дуже багато країн стикаються із серйозними проблемами, які пов'язані із здоров'ям. Вони виникають внаслідок епідеміологічних та демографічних змін, нестачі ресурсів, соціальноекономічних змін, зростання потреб громадян та швидкого розвитку технологій, а набирають особливої гостроти у періоди економічних криз [40, с. 45].

На сьогодні це одне з перших і найболючіших проблемних питань та один з гальмівних чинників на шляху до розвитку медичної реабілітації в Україні. У країнах Євросоюзу медична реабілітація є окремою, незалежною медичною спеціальністю, яка сконцентована на просуванні фізичного та когнітивного функціонування, активності (у т. ч. поведінки), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистісних та зовнішніх (середовище) чинників.

Спеціалісти з медичної реабілітації у своїй роботі базуються на цілісному підході до осіб із гострими й хронічними станами, наприклад, із м'язовоскелетними та неврологічними проблемами, після ампутацій, із дисфункцією тазових органів, кардіореспіраторною недостатністю й порушеннями внаслідок хронічного болю чи раку. Лікарі реабілітологи

працюють у різноманітних установах – від гострих блоків до суспільних закладів. Вони використовують спеціальні діагностичні інструменти та з реабілітаційною метою застосовують засоби, що включають фармакологічні, фізичні, технічні, освітні й професійні втручання [41].

В Україні запит на спеціалістів з реабілітації наразі дуже зростає. Спеціальність 227 «Терапія та реабілітація» належить до галузі знань 22 «Охорона здоров'я». До 2022 року ця спеціальність називалась «Фізична терапія. Ерготерапія», тому в деяких вишах ще можна зустріти освітні програми саме з такою назвою.

Випускники спеціальності «Терапія та реабілітація» — це фахівці, які допомагають пацієнтам одужувати після хвороби та повертати рухові та навички самообслуговування. Саме тому цю спеціальність пропонують не тільки медичні університети, але й інші виші: педагогічні, гуманітарні, фізичної культури тощо.

10 найпопулярніших університетів серед вступників на реабілітолога у 2024 році: Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського; Івано–Франківський національний медичний університет; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця; Національний університет фізичного виховання і спорту України; Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова; Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»; Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького; Буковинський державний медичний університет.

Перед випускниками за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» двері відчинені як в медичні установи - лікарні, госпіталі, диспансери, медико–соціальної експертизи, так і в освітні та соціальні заклади — інклюзивно–ресурсні центри, науково–дослідні інститути. Також випускники

спеціальності 227 можуть працювати в санаторно–курортних закладах й спортивних клубах. Коли обиратимете, ким працювати за спеціальністю 227, можете обрати будь–яку із цих професій: фізичний реабілітолог; спортивний масажист; фізичний тренер; спортивний інструктор; ерготерапевт; соціальний працівник; методист лікувальної фізкультури; викладач; консультант з питань здорового способу життя; медичний копірайтер [48].

Варто визнати, що українська медицина гостро потребує фахівців з медичної реабілітації. Саме через те, що впроваджена медична реабілітація до системи охорони здоров'я, медицина США та Європи значно ефективніша, ніж наша. Ці країни менше витрачають на сферу охорони здоров'я, оскільки, заклавши хоча б 1 долар у реабілітацію, Європа та США отримують економію до 20 доларів завдяки заощадженню витрат системи охорони здоров'я.

Це можна пояснити тим, що на Заході хворий після операції не лежить 7–14 днів у палаті й не займає ліжко, не витрачають кошти на його харчування, як це відбувається в Україні, його направляють до реабілітаційного відділення, де з ним працює лікар–реабілітолог лише 2–3 години на день. Крім того, науково доведено: якщо людина 3 тижні не займається реабілітацією, а просто лежить, вона втрачає близько 30–40% своїх функціональних можливостей, і реабілітологу на пізніших термінах важче працювати.

У Європі та США в кожній лікарні є великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі–реабілітологи. Хворого на 3–4–й день після операції направляють туди. Це значно спрощує лікування, економить час хворого й приводить до швидшого одужання.

В Україні хворий після довготривалого перебування в лікарні, сам повинен собі шукати реабілітолога. Доволі цікавим є досвід упровадження медичної реабілітації в країнах Балтії, реформування якої розпочалось ще 20 років тому. На сьогодні медична реабілітація функціонує за європейським зразком і набула форми мультидисциплінарної моделі.

Зауважимо, що країни Балтії починали майже в тих самих умовах, у яких зараз перебуває Україна. Саме тоді реабілітаційну медицину не відокремлювали як самостійну наукову галузь, не було таких понять, як «фізичний терапевт», «ерготерапевт» тощо.

Реформу реабілітаційної системи в країнах Балтії підтримувала сама держава. На її реалізацію було виділено значне фінансування. Що ж стосується Латвії, то реформування відбулось і наблизило її реабілітаційну медицину до європейської.

На сьогодні в Латвії функціонують дві системи – санаторно–курортна й нова мультидисциплінарна. У всіх санаторіях створені мультидисциплінарні команди, які ефективно надають послуги з медичної реабілітації, однак, поряд із ними ще залишилися лікарі старої системи. Держава виділяє кошти на впровадження нової методики медичної реабілітації, однак, якщо пацієнт хоче користуватися старими методами, це не заборонено, проте такі послуги хворий оплачує самостійно [81].

Систему медичної реабілітації Німеччини за своїм охопленням і диференційованістю по праву можна вважати основою європейського бб стандарту. До Основного Закону ФРН у 1994 р. було внесено таку поправку: «Ніхто не повинен утискатися через свої недоліки (розумові або фізичні)». Вона надає всім громадянам «право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя» і зобов'язує законодавчу, виконавчу владу та судові органи як на федеральному рівні, так і на рівні земель та громад, а також інші заклади й організації громадської влади використовувати всі можливості для введення інвалідів усіх груп, «наскільки це можливо», у нормальне життя. У цивільному праві передбачено заборону заподіяння шкоди інвалідам при відносинах між приватними особами. Проте в Конституції Німеччини немає вимоги щодо надання переваги або сприяння інвалідам для встановлення однакових умов життя й однакових шансів[86].

Законодавчі документи Німеччини містять юридичні норми щодо забезпечення прав інвалідів і їх реабілітації, у т. ч. гарантій їх виборчого

права, навчання, освіти, користування суспільним транспортом, спеціального устаткування робочих місць, поліпшення їх становища на ринку праці, зниження безробіття цієї категорії населення.

Ідеологія реабілітації в Німеччині будується згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яку застосовують і в Україні. Безумовно, підходи до визначення поняття «інвалідність» у Німеччині та Україні різні.

У Німеччині людей, які мають хронічні захворювання більше ніж 6 місяців, вважають інвалідами, тому в цій країні, за даними ВООЗ, 11–12% населення – інваліди. Однак потрібно враховувати, що поняття «інвалідність» як таке відсутнє. Таких осіб називають «неповносправними громадянами» – *behinderter Menschen* (*das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches*, 2011).

Крім того, поряд з терміном «фізіотерапевтичні процедури» (*physiotherapeutische Maßnahmen*) вживають поняття «ерготерапевтичні заходи» (*ergotherapeutischen Maßnahmen*). У Німеччині багато неповносправних громадян, які потребують реабілітації. Якщо хвороба створює значні обмеження життєдіяльності людини, їй надають пільги на проїзд, вона захищена від звільнення з роботи тощо. Якщо людина втрачає можливість працювати за професією, її навчають нової, вищої за кваліфікацією, спеціальності.

Згідно з Кодексом соціального законодавства, особливу увагу держава приділяє реабілітації інвалідів і заходам раннього виявлення хвороби з використанням усіх доступних засобів для максимально можливого залучення їх у повноцінне життя суспільства, усунення або зменшення наслідків захворювання.

На початковому етапі реабілітації інвалідам, як правило, надають послуги медичного характеру: застосовують лікувальну гімнастику і спорт, масаж, особливу терапію з урахуванням характеру інвалідності. Активно розробляють проблеми реабілітації хворих і інвалідів літнього віку, створені

68 оптимальні структури геріатричної реабілітації, яку можна визначити як комплекс фізіотерапевтичних, санітарно–освітніх заходів, групової психотерапії, власне заходів реабілітації, соціального консультування для осіб похилого віку.

У концепції медичного обслуговування викладено показання до проведення реабілітації, залежно від клініко–функціонального діагнозу та ступеня вираженості обмежень життєдіяльності визначається тривалість перебування пацієнта в реабілітаційному центрі.

Сторонами, що здійснюють реабілітацію дорослих, є лікарі (сімейні), лікарняні каси, реабілітаційні центри. Вони визначають, який обсяг медичної допомоги для конкретного пацієнта відповідає меті, чого потрібно досягти, наскільки це реально. При цьому методи реабілітації в усіх центрах повинні бути приблизно однаковими.

Щодо дитячого населення, то необхідність проведення реабілітації тієї чи іншої дитини визначають вихователі дитячого садка, шкільний чи сімейний лікар.

Збір та обробка заяв на медичну реабілітацію проводяться організовано. Після встановлення діагнозу й підтвердження потреби в реабілітації лікуючий (домашній) лікар робить заявку, в якій обґрунтовує амбулаторну або стаціонарну форму її проведення. Заявка подається на затвердження до лікарняних кас, які здійснюють фінансування реабілітації, або інших організацій, що фінансують, приватних страхових компаній. Іноді для підтвердження медичної заявки на проведення реабілітації необхідно отримати додатковий висновок медичних експертів.

Амбулаторний варіант реабілітації застосовують для людей, які мешкають далеко від реабілітаційних центрів, що розташовані зазвичай у невеликих містах або на околицях великих міст, тому що займають великі площі (у середньому 8 га). Діти дошкільного віку проходять курс реабілітації з батьками. Іноді батьки супроводжують і дітей–школярів, якщо в тих є важкі

наслідки захворювання й проведення реабілітації без присутності батьків неможливо.

Реабілітація здійснюється в стаціонарних і амбулаторних медичних установах і так званих денних клініках. До стаціонарних установ належать реабілітаційні центри, реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень, санаторно–курортні організації. При цьому перевагу віддають, по можливості, амбулаторному способу лікування. Реабілітаційні центри для дорослих призначені для реабілітації хворих з наслідками травм, захворюваннями шлунково–кишкового тракту, онкологічними захворюваннями, психосоматичними розладами тощо.

Спеціалізація реабілітаційних центрів залежить від етапу реабілітації. У реконвалесцентному й постконвалесцентному періодах відповідно до стадії захворювання (підгостра чи хронічна) виявляється переважання обсягу медичної чи професійної реабілітації в центрі, тому існують реабілітаційні центри двох рівнів.

Реабілітаційний центр першого етапу практично являє собою реабілітаційну клініку, куди госпіталізують хворих у підгострому стані й де переважає медична реабілітація. Одночасно з медичною реабілітацією існують майстерні, зали для навчання роботи на комп'ютерах, кухні, де хворі отримують елементи соціально–побутової й професійної реабілітації. Центри першого етапу здебільшого є спеціалізованими за профілем медичної реабілітації: ортопедичні, неврологічні тощо.

У реабілітаційних центрах другого етапу проводять широку програму з відновлення професійних здібностей інваліда, його навчання й перенавчання, здобуття нової професії та працевлаштування. Медична реабілітація представлена потужним комплексом служб, особливо фізичної, соціально–побутової й рекреаційної терапії, а також реабілітаційноінженерною службою.

До центрів другого етапу зазвичай потрапляють важкі хворі, які потребують здобуття навичок незалежного життя – хворі з

ортопедотравматологічною патологією, з важкими неврологічними захворюваннями, ЧМТ чи спинномозковою травмою, наслідками інсультів, поліомієліту, після ампутації кінцівок тощо. У Німеччині близько 200 медичних центрів спеціалізуються на реабілітації таких захворювань, як ревматизм, хвороби серця й судин, діабет тощо, та 19 спеціальних реабілітаційних центрів (на 3200 ліжко–місць). Медичні центри реабілітації організовують за місцем проживання.

Під час реабілітації використовують метод опитування та клінічного обстеження, психотерапію, природні фактори, голкорексфлексотерапію, масаж, лікувальну фізкультуру, заняття зі здорового способу життя. У центрах виготовляють протези, надають ортопедичні й інші допоміжні засоби. Варіантами організації центрів реабілітації є центри, що здійснюють тільки медичну або тільки професійну реабілітацію, а також суміщають обидва види реабілітації. Реабілітація в центрах, як правило, триває від 4 до 6 тижнів. При цьому лікарняні каси намагаються затвердити заявку строком на 4 тижні, а лікарі прописують більш тривалий курс, для призначення якого потрібне переконливе обґрунтування. Досягнення домовленості щодо термінів стаціонарної реабілітації можливо й без додаткових адміністративних процедур. Крім реабілітаційних центрів існують лікарні, які працюють як реабілітаційні клініки, і, навпаки, при реабілітаційних клініках є відділення 71 лікарень. Фахівці пропонують розміщувати реабілітаційні клініки в курортних зонах і перетворювати їх на центри здоров'я[48].

Для реабілітації дітей у Німеччині функціонують близько 100 центрів. Багато уваги приділяють реабілітації дітей із цукровим діабетом, надмірною вагою, бронхіальною астмою. Варто відзначити високу ефективність «шкіл діабету» й «астма–шкіл», у яких дітям розповідають про суть і причини захворювання, методи боротьби з ним[48].

Дитина за час перебування в центрі проходить 10 занять за програмою «школи діабету», 6 занять із правильного збалансованого харчування та 4

заняття з психологом. Крім того, дітям рекомендовано 72 виявляти максимальну рухову активність.

У багатьох дитячих клініках ліфти відключені й вітається гасло: «Реабілітація – це не відпочинок». Контроль якості у сфері медичної реабілітації здійснюється шляхом анкетування хворих під час виписування з реабілітаційного центру. Сьогодні формуються стандарти реабілітації для аналізу та гарантії якості проведеного курсу[38].

Система охорони здоров'я держави базується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного обов'язкового страхування (ДОС) та приватних страхових фондів. Усі лікарні в країні поділяють на громадські (близько 54% всіх лікарняних ліжок), благодійні (фінансуються некомерційними організаціями, такими як Червоний Хрест, або із церковних бюджетів; близько 38% ліжок) та приватні (невеликі клініки, які діють за принципами комерційних підприємств; близько 8% ліжок).

Певний інтерес становлять і шляхи реалізації права на реабілітацію іншою стороною – лікарняною касою. Створені об'єднання лікарняних кас. Система страхування нараховує 70 млн осіб (усього в державі проживає 80 млн), працюють 350 страхових компаній. Кожна людина віддає до лікарняної каси приблизно 13,5% зарплати, ще стільки ж вносить роботодавець. Однак зі зростанням доходів людини підприємству стає невигідно платити настільки високі внески до лікарняних кас, тому, якщо річний дохід працівника перевищує 40 тис. євро, він повинен додатково страхуватися у приватних страхових компаніях або цілком переходити на договір із приватною компанією. Оплата реабілітації пенсіонерів та дітей здійснюється за рахунок лікарняних кас. Договір між центром реабілітації та лікарняною касою укладають на 1 рік.

Звернімось також до досвіду Франції. Першим законодавчим кроком із соціального захисту громадян у Франції стало запровадження страхування від нещасних випадків на виробництві та захисту від інвалідності. Високого

соціально–політичного значення медична реабілітація набула в період Першої світової війни, яка спричинила величезну кількість жертв. Стрімко зросла потреба в медичній реабілітації, тому що поранені солдати повинні були в найкоротші терміни повернутися на фронт. Після війни для забезпечення інвалідів, постачання їх протезами було організовано Міністерство ветеранів війни, країні потрібна була робоча сила для відновлення післявоєнного господарства.

За змістом і структурою реабілітація у Франції є складником госпітальної медицини та вважається новою гілкою в розвитку медицини. Медична реабілітація у вузькому розумінні слова позначається як «*reeducation et readaptation fonctionnelles*». Французька термінологія, з одного боку, не дає чітких критеріїв розмежування медичного забезпечення госпітальної та реабілітаційної ланки, як це існує в Німеччині, з іншого – не робиться відмежування й від курортної медицини. Більше того, під реабілітацією розуміють і просто лікувальну гімнастику[3].

До заходів медичної реабілітації належать також психологічні, виховні методи й елементи превентивних заходів у формі консультаційної та роз'яснювальної роботи. На систему реабілітації впливають особливості організації системи охорони здоров'я Франції загалом, які полягають у широкому впливі держави, відсутності конкуренції між лікарняними касами, загальній обов'язковості соціального страхування, відсутності меж страхових внесків, застосуванні принципу відшкодування витрат, відсутності обмежень на вартість лікарської допомоги в приватній практиці й високому особистому залученні хворих до оплати лікування.

Особливостями системи медичної реабілітації у Франції можна вважати такі визначальні моменти:

- немає чіткого розмежування госпітального та курортного лікування;
- єдиною структурою, що фінансує, є державне медичне страхування;
- медичну реабілітацію в 90% випадків проводять у межах стаціонарного госпітального лікування в період доліковування;

– в цілому значущість медичної реабілітації у Франції невисока[3].

Збору та обробки заяв на медичну реабілітацію, як це організовано в Німеччині, у Франції не проводять. Виняток становить призначення лікування з реабілітаційного сектору з боку лікарів, які мають приватну практику. У такому разі до структур державного медичного страхування подають письмову заявку про його реалізацію, протягом наступних 10 днів приймається рішення. Якщо протягом цього терміну позитивна або негативна відповідь не отримана, то рішення вважається позитивним, і лікарняна каса пацієнта зобов'язана покрити вартість призначеного лікування. Інший випадок, коли подача письмових заявок обов'язкова, – призначення амбулаторного реабілітаційного лікування клінічними лікарями.

Проведення медичної реабілітації на підставі рішення страхових структур, як це роблять у Німеччині, у Франції не передбачено. Особливих передумов для реалізації медичної реабілітації з боку застрахованих немає. При цьому 90% усіх реабілітаційних заходів призначають і проводять у госпітальних лікувальних закладах. У спеціалізованих центрах реабілітації реалізуються лише 10% заходів, які призначають в основному лікарі, які мають приватну практику.

Значна частина стаціонарних реабілітаційних заходів проводиться у формі відновного лікування на період перебування пацієнта в лікарні. У Франції прийнято поділяти стаціонарне лікування на категорії залежно від тривалості лікування:

- *curteduree*, або короткострокове лікування з приводу гострого стану;
 - *moyenne duree*, або лікування середньої тривалості, прирівнюється до реабілітаційного або оздоровчого лікування;
 - *longueduree*, або довгострокове лікування в будинках інвалідів.
- Реабілітація у Франції іноді ще визначається як «*mojen sejour*», або лікування середньої тривалості. Близько 40% лікарень мають реабілітаційні відділення.

Усього існує до 1600 реабілітаційних відділень лікарень на 92 тис. ліжок, за рік відбувається близько 82 тис. випадків стаціонарного реабілітаційного лікування (для порівняння: у Німеччині на 1400 реабілітаційних клінік і 190 тис. ліжок припадає близько 1,740 млн випадків реабілітаційного лікування, тобто на 47% більше, ніж у Франції); на 1 тис. жителів – 1,6 реабілітаційних ліжок (у Німеччині – 2,3 ліжка, в Австрії – 2,5); 2/3 лікарень Франції належать до бюджетного сектору, решта – до приватного, а також громадські комерційні і некомерційні організації.

Лікарні державного сектору й приватні клініки, які працюють за договорами з державною медичною страховкою, фінансуються із секторальних і регіональних бюджетів, причому кошти розподіляються на підставі регіональних планів охорони здоров'я спеціальними агентствами з урахуванням вартості ліжко–дня.

Вартість ліжко–дня у французьких реабілітаційних відділеннях порівняно з Німеччиною висока й становить від 168 до 369 євро. При цьому вона варіює залежно від типу реабілітаційного відділення та виду переважного захворювання.

Середня тривалість лікування в реабілітаційних відділеннях – 33,5 дня при середній завантаженості ліжка 81,9%. У приватних клініках середня тривалість лікування вища, ніж у державних, і становить відповідно 35,2 і 31,3 дня (середня завантаженість ліжка відповідно 83,6 і 79,2%). Для порівняння: у Німеччині середня тривалість реабілітаційного лікування в цілому становить 26,4 дня, а середня завантаженість реабілітаційного ліжка – 82%.

Штатна комплектація центру або клініки залежить від напрямку їх роботи. Керівник реабілітаційного центру призначає лікаря реабілітаційної медицини. У Франції близько 700 лікарів цього профілю. Кількість інструкторів лікувальної гімнастики розраховують з відношення до кількості пацієнтів – приблизно 1 до 10, ерготерапевт – з відношення 1 до 25. В основній масі вік реабілітантів у Франції перевищує 60 років, і переваги в

користуванні пільгами медичної реабілітації мають чоловіки й жінки старші від 60 років.

Рентабельність багатьох клінік не гарантована, оскільки структури медичного страхування, що фінансують реабілітацію, планують згортання доплат, що при споконвічно високій оплаті лікування роблять медичну реабілітацію практично недоступною. Причиною планованих скорочень є, крім дефіциту бюджету, низька якість реабілітаційного лікування. Також об'єктом критики є надмірний державний контроль в охороні здоров'я, який, на думку багатьох експертів, шкодить якості медичного забезпечення.

Оскільки страхування необхідного догляду за зразком Німеччини у Франції не існує, є проблема забезпечення необхідними засобами осіб, які потребують постійного догляду. Місць у доступних за ціною будинках інвалідів недостатньо, тому реабілітаційні відділення заповнені хворими цієї групи й не можуть використовуватися за прямим призначенням.

Єдиною фінансовою структурою медичної реабілітації у Франції є медичне страхування. Воно належить до системи загального соціального страхування й охоплює до 80% населення; інша частина населення включена до численних розрізнених особливих та автономних систем страхування. Місячні внески до лікарняних кас становлять 13,55% від бруто заробітної плати, причому 12,8% припадає на працівника і 0,75% – на роботодавця. Конкуренції серед лікарняних кас, як у Німеччині, не існує, тому що всі вони належать до єдиної Національної лікарняної каси, за винятком невеликих лікарняних кас у рамках особливих і автономних систем медичного страхування певних професійних груп.

Проведений аналіз національних систем надання медикореабілітаційної допомоги в Німеччині та Франції як країн – представників ЄС вказує на можливість використання окремих позитивних рис для їх імплементації до української системи. Проте, необхідно брати до уваги відмінності в побудові загальних національних систем охорони здоров'я, рівня фінансового

благополуччя домогосподарств, загальний стан економіки досліджуваних держав

Активно в Україні вивчається досвід США у рамках програми «Система реабілітації у США та шляхи реформування в Україні: від підготовки фахівців до практичної реалізації» при підтримці агентство США з міжнародного розвитку на основні принципів роботи реабілітаційної мультидисциплінарної команди.

Західна медицина не набагато розвинутіша, ніж наша, але, завдяки тому, що у них впроваджена медична реабілітація, система охорони здоров'я в країнах Європи і США функціонує більш ефективно. Нам потрібно зрозуміти як саме функціонує ця система, і з'ясувати чого саме не вистачає нашій системі охорони здоров'я. Коли впроваджена медична реабілітація, країна не витрачає, як часто здається лікарям, а економить гроші: вклавши 1 долар у реабілітацію, країни отримують економію у 7–17 доларів за рахунок заощадження витрат системи охорони здоров'я. Адже пацієнт, якого на 2–3 день після операції направили на реабілітацію, не займає дороговартісне ліжко у лікарні, а знаходиться у реабілітаційному відділенні, де з ним працюють по 2–3 години на день, проводять профілактику пролежнів, гіпостатичних пневмоній, тромбоемболічних ускладнень, уросепсису та інших ускладнень. Було проведено дослідження, в якому встановлено: якщо людина 3 тижні не займається реабілітацією, а просто лежить, всі її системи втрачають близько 30% функціональних можливостей, які потім відновлюємо місяцями. Крім того, команда реабілітологів точно знає, куди спрямувати пацієнта на амбулаторну реабілітацію, яка може забирати у 4–5 разів менше часу, ніж зараз, коли пацієнт шукає таку допомогу самотійно.

Людина з інвалідністю і непрацездатність – різні речі. У нашій країні пацієнт втративши ногу або маючи іншу причину обмеження життєдіяльності хоче одержувати пенсію і не працювати, а в західних країнах йому знаходять відповідну роботу, яку він може робити без ноги. Якщо він хоче повернутись до своєї спеціальності, то йому зроблять абсолютно

функціональний протез або ефективно компенсують втрачену функцію за рахунок девайсів, приладів, пацієнта супроводжують до його соціалізації або до переведення у хоспіс, якщо така соціалізація неможлива. У нас же реабілітацію розуміють як відновне лікування у поліклініці або санаторно–курортному закладі.

Реалії Ізраїлю такі, що на її кордонах практично постійно відбуваються військові дії та існує терористична загроза. Система надання реабілітаційної допомоги формувалась одночасно з розвитком держави та сьогодні є однією з найдосконаліших у світі.

Це стосується фізичної та реабілітаційної медицини з мультидисциплінарним підходом до функціонального відновлення, спрямованого на особу, при травмах нервової системи та опорно–рухового апарату, складних ампутаціях, больових синдромах. Із 60–ти річною історією існування загальнодержавної гарячої лінії невідкладної психологічної допомоги ERAN, яка інтегрована до системи державного повідомлення населення про будь–які загрози. Також із найякіснішою у світі системою раннього втручання та інклюзивного підходу до дитячої реабілітації, інноваційними методиками реабілітації людей з залежностями.

Уявіть собі успішну приватну реабілітаційну клініку з чергами на декілька місяців та світовим рівнем надання допомоги. Як вона мала би розвиватися? Замість формування мережі та збільшення приватних прибутків, заклад винаймає юристів, які протягом декількох років змінюють законодавство країни. Систему раннього втручання починають реалізовувати на державному рівні, незважаючи на фінансові можливості осіб, які потребують допомоги.[МОЗ]

Фокусом надання реабілітаційної допомоги фактично стає родина, де є дитина з обмеженнями життєдіяльності. Сучасні реабілітаційні знання отримують не тільки батьки та молодші члени родини, а також бабусі та дідусі.

Реабілітаційна лікарня «Левінштейн» окрім різноманітних

реабілітаційних втручань займається розробкою інструментів кількісної оцінки ступеня вираженості функціональних розладів, якими постійно користуються професіонали реабілітації зі всього світу.

«Важливо не тільки врятувати життя, але й надати особі подальшу можливість гідного життя», – говорить професор Амірам Кац, медичний директор лікарні «Левінштейн».

У медичному центрі «Сураскі» реабілітаційна допомога традиційно починається в реанімаційному відділенні та продовжується в стаціонарних реабілітаційних закладах, які безпосередньо входять до складу лікарні, організаційно, структурно та логістично пов'язані з нею. Для України це є прикладом функціонування моделей гострої та підгострої реабілітації в багатопрофільній лікарні, яка надає невідкладну допомогу.

Для того, щоб медична реабілітація запрацювала в Україні, потрібно, на думку фахівців, законодавчо створити реабілітаційні відділення, де працюватимуть реабілітаційні команди, у кожній багатопрофільній лікарні. А також перевести підготовку фахівців з реабілітації до системи охорони здоров'я, як це відбувається, принаймні, у США, Ізраїлі, Європейських країнах. Наразі ж 20 тисяч реабілітологів в Україні випустили університети системи МОН, які не мають клінічних баз.

3.2 Перспективи розвитку системи надання реабілітаційних послуг в Україні

Стандартизація медичної допомоги в Україні є ключовим напрямком у забезпеченні високоякісних і доступних послуг для населення. Стандарти мають на меті не лише вирівнювання якості лікування, але й сприяють оптимізації ресурсів, підвищенню ефективності системи охорони здоров'я, а також дотриманню принципів доказової медицини. У багатьох розвинених країнах стандарти є фундаментом системи охорони здоров'я, надаючи чіткі рекомендації для лікарів і медичних закладів.

В Україні, попри значні зусилля, стандартизація ще не досягла належного рівня через низку внутрішніх і зовнішніх факторів, які стримують прогрес.

Стандартизація передбачає впровадження єдиних норм і протоколів, що регулюють усі етапи медичної допомоги: від профілактики та діагностики до лікування й реабілітації. Це допомагає лікарям в ухваленні рішень і дає пацієнтам упевненість у тому, що вони отримують допомогу відповідно до сучасних медичних знань. У країнах ЄС існують стандарти, що стосуються технічного оснащення медичних закладів, визначення переліку препаратів і процедур, обов'язкових у певних випадках. В Україні стандартизація охорони здоров'я перебуває на стадії поступової інтеграції до європейської системи.

Після початку реформування медичної системи в Україні було ухвалено кілька важливих документів, зокрема Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», відповідний наказ Міністерства охорони здоров'я України, що визначає основні напрямки та положення стандартизації. Однак необхідно продовжувати удосконалення нормативно-правової бази, оскільки багато аспектів залишаються невирішеними або потребують адаптації до сучасних викликів. Для цього Україна тісно співпрацює з міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) тощо, які надають рекомендації та технічну допомогу.

Однією з найбільших проблем, що гальмують процес стандартизації в Україні, є недостатнє фінансування охорони здоров'я. У більшості європейських країн стандартизація фінансується державою на високому рівні, що дозволяє створювати ефективні системи контролю якості. В Україні ж, попри поступове зростання фінансування, залишається проблема нерівномірного розподілу коштів і залежності від місцевих бюджетів. Крім того, існують дефіцит кваліфікованих кадрів і низька мотивація медичних

працівників, що є ще однією перешкодою на шляху до ефективної стандартизації.

Стандарти забезпечують лікарям чіткі керівні принципи, що знижує ризик медичних помилок, покращує комунікацію між спеціалістами та гарантує послідовність у лікуванні. Пацієнти, своєю чергою, отримують доступ до лікування, яке відповідає найвищим стандартам. Наприклад, використання стандартів у діагностиці дозволяє уникати непотрібних процедур і спрямовує ресурси на ефективні методи. Це також створює передумови для об'єктивного оцінювання якості послуг та підвищує рівень довіри пацієнтів до медичних закладів.

Одним із напрямків стандартизації в Україні є розробка та впровадження Державного формуляра лікарських засобів, який сприяє ефективному використанню ресурсів і зменшенню кількості непотрібних або застарілих препаратів у медичних закладах. Це дозволяє забезпечити пацієнтів якісними та перевіреними ліками за доступними цінами. Формуляр визначає перелік препаратів, що сприяє уніфікації лікування та зниженню ризику застосування неефективних або шкідливих засобів.

Важливим питанням залишається затвердження методології розробки та табелів матеріально-технічного оснащення. Адже таблиць — це не тільки мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, як зазначено в законодавстві, а й спроможність забезпечення дотримання тієї чи іншої технології охорони здоров'я в певному закладі.

Реабілітаційна допомога є важливою складовою якісної системи охорони здоров'я. В Україні вона поступово отримує більше уваги, і стандартизація тут допоможе створити єдиний підхід до реабілітації після інсультів, травм чи інших серйозних станів. Відсутність чітких стандартів у цій сфері призводить до нерівномірного доступу до реабілітації та погіршує прогноз для пацієнтів. Впровадження стандартів у цій сфері допоможе розвинути комплексну систему реабілітаційної допомоги, яка враховуватиме

індивідуальні потреби пацієнтів і забезпечуватиме рівні можливості для всіх. Стандартизація реабілітаційної допомоги сприятиме подоланню викликів, з якими стикнулася наша держава під час військової агресії з боку росії. Адже велика кількість військових і цивільних громадян потребують такої допомоги.

Цифровізація медичних даних дозволяє швидше та якісніше збирати, аналізувати й інтегрувати інформацію, необхідну для розробки та впровадження стандартів. Електронні медичні записи та цифрові системи контролю якості можуть полегшити контроль за дотриманням стандартів, автоматизувати процеси та забезпечити прозорість роботи медичних установ. Україна поступово впроваджує цифрові технології, і розвиток електронного реєстру пацієнтів, як і національної системи обліку медичних послуг, є важливим етапом на шляху до ефективної стандартизації. Створення єдиної цифрової платформи, що дозволить об'єднати усі визначені законом стандарти у сфері охорони здоров'я, значно спростить користування ними лікарям, пацієнтам та органам влади.

Для України стандартизація медичної допомоги є не лише внутрішньою потребою, але й вимогою євроінтеграційних процесів. Поступова адаптація до вимог Європейського Союзу відкриває перспективи для поглибленої співпраці в галузі охорони здоров'я, а також для обміну досвідом і впровадження інноваційних рішень. Українська система охорони здоров'я має всі можливості для досягнення стандартів, які відповідають найкращим світовим практикам, але це вимагає значних зусиль з боку держави, медичних установ та суспільства в цілому.

За ініціативи Уповноваженого був проведений моніторинг дотримання прав людини на реабілітацію у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення. Було здійснено 11 моніторингових візитів до органів місцевого самоврядування в різних регіонах України, відвідано 8 реабілітаційних закладів соціальної сфери та 11 закладів охорони здоров'я. За результатами моніторингу встановлено низку проблемних питань.

Проблеми та виклики сьогодення

1. Відсутність місцевих цільових програм розвитку системи.
2. Розрізненість політики: політика щодо надання реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я та соціального захисту є розрізненою, що ускладнює надання комплексних послуг.
3. Недостатнє визначення потреб: не здійснюється визначення потенційної потреби в реабілітаційних послугах для прийняття управлінських рішень.

Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» передбачає, що реабілітаційні послуги мають надаватися комплексно. Це включає медичні та соціальні реабілітаційні послуги, такі як трудова, професійна та соціальна реабілітація. Однак місцева політика часто орієнтована на фінансову спроможність громад, а не на реальні потреби населення.

Воєнні дії призвели до збільшення кількості внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які потребують соціальних послуг. Активні міграційні процеси змушують проводити системний облік таких громадян для визначення їхніх потреб. Не всі громади мають можливість самостійно вирішувати ці питання, що потребує державної підтримки.

Постанова Уряду від 07.07.2022 № 784 визначає порядок компенсації державою окремих витрат на соціальні послуги під час воєнного стану. Проте, наскільки цей варіант фінансової підтримки вирішує проблеми громад, ще потребує обговорення з представниками місцевих органів влади.

Офіс Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини тісно співпрацює із законодавчою та виконавчою владою України для того, щоб закони, які стосуються прав людей, були справедливими і вирішували проблеми та виклики, спричинені війною. Усі рекомендації щодо проблемних питань у сфері захисту прав людини на реабілітацію та отримання соціальних послуг будуть розглянуті, та спільно з компетентними органами будуть напрацьовані варіанти їх вирішення.

Для забезпечення гідного життя людей з порушеннями функціональності необхідно:

1. Розробити та впровадити місцеві цільові програми розвитку реабілітаційних послуг.
2. Забезпечити комплексність надання реабілітаційних та соціальних послуг.
3. Проводити системний облік потреб населення в соціальних послугах.
4. Розширити спектр соціальних послуг відповідно до потреб вразливих категорій населення.
5. Забезпечити фінансову підтримку з боку держави для вирішення місцевих проблем.

Забезпечення комплексних соціальних та реабілітаційних послуг є важливим аспектом розвитку суспільства, тому спільні зусилля державних органів, місцевих громад і міжнародних партнерів сприятимуть поверненню людей до звичного життя та їх інтеграції в суспільство.

Парламентський контроль необхідний, і він відбувається. Дмитро Лубінець здійснює постійний парламентський контроль за додержанням прав на реабілітацію. У 2023 році було проведено 14 моніторинрів у 9 областях України, відвідано 10 реабілітаційних закладів соціальної сфери та 13 закладів охорони здоров'я.

Комплексний підхід ще необхідно забезпечувати на всіх рівнях. Бо він потрібен для ефективної реабілітації та повинен включати як медичні, так і соціальні реабілітаційні послуги.

Проблеми реабілітаційних закладів існують, і їх необхідно продовжувати вирішувати. Багато реабілітаційних закладів змінюють напрям діяльності із соціальної на медичну реабілітацію через фінансову вигоду, що створює ризики припинення надання комплексних послуг.

Місцеві політики слід продовжувати формувати та робити ефективними чинні. Необхідно сформувати місцеву політику в такий спосіб, щоб вона враховувала потреби громадян в отриманні реабілітаційних послуг,

а не лише базувалася на основі наявних фінансових можливостей громад та іноді й неточної статистики даних щодо постраждалих на місцях.

Ключовими питаннями для місцевих органів влади залишаються:

- визначення потреб осіб з інвалідністю в реабілітаційних послугах;
- створення мережі реабілітаційних закладів;
- підготовка та підвищення кваліфікації кадрів;
- забезпечення належного доступу до інформації про реабілітаційні послуги;
- доступ до Централізованого банку даних з проблем інвалідності.

Потреба в реформуванні вимагає додаткових вкладень у цю сферу. Ні для кого не секрет, що сфера надання комплексної реабілітації в Україні потребує реформування, а заклади реабілітації – додаткової фінансової підтримки.

Усі питання потребують постійного висвітлення. Зокрема, у щорічній доповіді Уповноваженого детально описано питання реабілітації.

Реабілітація цивільних заручників потребує особливої уваги. Вкрай важливим є проведення реабілітаційних заходів для звільнених цивільних заручників. І вже є затверджений порядок проведення відновлювальних заходів для осіб, які перебували в полоні.

Необхідні подальші конкретні кроки на рівні державних національних відомств та різних установ. МОЗ, Мінсоцполітики та інші відповідальні органи мають розробити нормативно-правові акти для реалізації відновлювальних заходів.

Міністерство охорони здоров'я України та компанія Danone підписали Меморандум про співпрацю у розвитку тривалої медико-соціальної реабілітації в Україні. У рамках програми 3 млн євро будуть спрямовані французькою компанією як благодійна допомога українським закладам охорони здоров'я.

Співпраця держави та бізнесу передбачає розвиток та удосконалення системи медичної реабілітації в Україні, а саме розвиток інфраструктури та умов для:

- проходження реабілітації пацієнтами;
- навчання та підвищення компетентності фахівців у сфері медичної реабілітації;
- стандартизації послуг відповідно до світових практик.

У межах останнього напрямку особлива увага приділяється сучасним європейським і світовим практикам реабілітації, до яких включена й нутритивна підтримка пацієнтів із використанням харчових продуктів для спеціальних медичних цілей.

Нині програма впроваджується у трьох медичних закладах, на базі яких пацієнти проходять медичну реабілітацію. Це – Національний інститут раку, Національний реабілітаційний центр «Незламні» та Центр довготривалої медико–соціальної реабілітації ветеранів війни. Кожен із них одержав по 1 млн євро.

Мета проекту – формування 7800 ліжко–місць для пацієнтів із травмами, хворобами та пораненнями, які потребують процесу активного відновлення. В основі моделі розвитку реабілітації – досвід Ізраїлю, що враховує потреби як цивільних, так і військових пацієнтів.

Перший заступник міністра охорони здоров'я України Сергій Дубров високо оцінив важливість цієї співпраці для розвитку медичної реабілітації в Україні: «Щодня ми маємо допомогу від наших міжнародних партнерів: медичне обладнання, витратні матеріали, матеріали для нутритивного забезпечення. Нам дуже хотілося б, щоб Danone продовжував розвивати цей проєкт із розвитку відділень реабілітації. Ми навіть звернулися до компанії з проханням дізнатися, який ще заклад вони хотіли б підтримати. Але ми не можемо наполягати, ми вдячні за те, що отримуємо. Для нашої системи охорони здоров'я будь–яка допомога є важливою», – зазначив він[6].

Розповідаючи про перспективи, що їх МОЗ бачить у напрямку розвитку

медичної реабілітації в Україні найближчими роками, заступник міністра зазначив, що мова йде про створення реабілітаційних відділень у кожній кластерній лікарні. Зараз переглядаються вимоги до надавачів послуг у контексті забезпечення якісної доказової реабілітації та відповідність навантаження до кількості персоналу.

2024 року МОЗ суттєво переглянуло фінансові коефіцієнти залежно від тяжкості травми пацієнта або діагнозу. На сьогодні найтяжчий випадок реабілітації за добу в середньому коштує понад 2800 грн. У груповій реабілітації застосовуються понижувальні коефіцієнти[38].

Нині важливу роль для пацієнта в системі надання реабілітаційних послуг відіграє Програма медичних гарантій, яка з 2022 року була розширена відповідними пакетами послуг. Торік ними вже скористались 264 000 пацієнтів в Україні. Станом на квітень 2024-го 473 медичних заклади було законтрактовано Національною службою здоров'я України для надання послуг із медичної реабілітації[38].

Як зауважила генеральна директорка НДП «Національний інститут раку» Олена Єфименко, «варто пам'ятати, що медичної реабілітації потребують не лише постраждалі внаслідок воєнних дій, а й інші пацієнти, яким потрібне відновлення функцій після травм, хвороб або операцій. Інститут раку одним із перших почав впроваджувати реабілітаційні заходи для онкопацієнтів, які отримали спеціалізоване лікування – хірургічне, хіміотерапевтичне, променеве» [42].

Цього року МОЗ затвердило стандарт медичної допомоги «Нутритивна підтримка при онкологічних захворюваннях у дорослих», розроблений на основі відповідної європейської клінічної настанови. Тепер ця підтримка є невід'ємною частиною реабілітації відповідно до європейських стандартів.

Варто розуміти, що в Україні з онкологічним діагнозом живуть 1 млн пацієнтів, а щороку фіксується приблизно 120 тис. нових діагнозів. Понад 50% таких пацієнтів потребують медичної реабілітації після спеціалізованого лікування. Крім того, в Україні фіксується майже 134 000 випадків інсульту

на рік – і приблизно 90% таких пацієнтів потребують медичної реабілітації після проведеного спеціалізованого лікування. [42].

Тож додаткове фінансування цього напрямку дозволить створити додаткові можливості та зробити реабілітацію в цих закладах більш доступною для пацієнтів.

«Компанія Danone протягом багатьох років розвивала експертизу у сфері харчових технологій і нутритивної підтримки. Працюючи задля пацієнтів у таких терапевтичних напрямках як хірургія, інтенсивна терапія, інсульти й онкологія, ми розуміємо цінність та ефективність реабілітаційних заходів задля забезпечення комфорту життя, поліпшення показників лікування та швидкого відновлення соціального статусу людини», – наголосив генеральний директор Danone CEE Адріан Паску.

Наприкінці 2022 року Програму медичних гарантій розширили пакетами:

- «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» (пакет 53) і «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах» (пакет 54).

- у 2023 році понад 264 тис. пацієнтів мали безоплатну медичну допомогу за пакетами реабілітації в межах Програми медичних гарантій.

У 2023 році відділення ФРМ Дніпровської міської клінічної лікарні №4 стало одним із центрів досконалості, тобто місцем, де постійно впроваджуються нові доказові методи надання реабілітаційної допомоги та навчаються команди з інших медзакладів, аби масштабувати успішний досвід на всю країну.

Мультидисциплінарна команда центру досконалості регулярно підвищує кваліфікацію та проводить навчання одне для одного після відвідування тренінгів. [38].

Троє українських фахівчинь з реабілітації Дніпровської міської клінічної лікарні №4 пройшли унікальне навчання в одному з найвідоміших центрів реабілітації США — NYU Langone's Rusk Rehabilitation. Фахівчині

ознайомилися з сучасними методами відновлення пацієнтів та отримали можливість перейняти найкращі практики від закордонних колег, аби згодом застосувати набуті навички в Україні.

NYU Langone надає всебічну стаціонарну та амбулаторну допомогу пацієнтам із різними станами, включаючи травми головного мозку, онкологічні захворювання, кардіологічні та легеневі проблеми, хронічні неврологічні захворювання, втрату кінцівок, ортопедичні та опорно-рухові захворювання, дитячі захворювання та травми, травми спинного мозку та інсульти[38].

Тариф на реабілітацію в амбулаторних умовах і медичну реабілітацію немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя становить 10 820 грн. До 2024 року існував єдиний тариф на реабілітацію у стаціонарних умовах – 19 769 грн за цикл тривалістю 14 днів. Він не залежав від важкості травми.

Однак, зрозуміло, що пацієнти з важкими пораненнями потребують значно більше уваги. Тому відтепер, завдяки змінам, внесеним у Програму медичних гарантій НСЗУ, оплата напряду залежатиме від тяжкості травми.

Для цього встановлено чотири категорії складності реабілітаційної допомоги.

- Перша – найважчі випадки. Вона передбачає наявність двох діагнозів, які пов'язані з травмами головного мозку, спинного мозку та внутрішніх органів. До цієї категорії застосовуватиметься підвищувальний коефіцієнт 2,1. При цьому кожен пацієнт матиме право на 8 циклів реабілітації на рік тривалістю щонайменше 14 днів. За кожен ітерацію медзаклад отримуватиме 41 500 грн.

- Друга категорія складності передбачає наявність одного діагнозу, який, зокрема, належить до множинних ампутацій, трав спинного та головного мозку. Кожен пацієнт матиме право на 8 циклів реабілітації на рік тривалістю від 14 днів кожен. Для медзакладів, які надаватимуть відповідну

допомогу, застосовуватиметься підвищувальний коефіцієнт 1,6: надавачі послуг отримуватимуть понад 31 600 грн.

- Третій рівень складності включає широкий перелік діагнозів, які передбачають помірне обмеження функціонування. Для пацієнтів у цьому випадку передбачено до двох реабілітаційних циклів на рік тривалістю від 14 днів. До цієї категорії застосовуватиметься коефіцієнт 1. Кожна ітерація принесе медзакладу 19 769 грн.

- Четвертий рівень складності реабілітаційної допомоги стосується незначних обмежень функціонування, які не входять до перших трьох категорій. Тривалість реабілітації – 14 днів, кількість циклів – два на рік. Для медзакладів, які надаватимуть відповідну допомогу, застосовуватиметься коефіцієнт 0,8. За кожен цикл нараховуватиметься трохи більше ніж 15 800 грн.

Для дітей, діагноз яких належить до третього та четвертого рівня складності реабілітаційної допомоги, передбачено щонайменше чотири цикли відновлення на рік. Тривалість кожного – від 14 днів.

Медзаклади надаватимуть безплатну психологічну допомогу ветеранам. Зазначається, що медичні заклади, які укладуть відповідний договір із Національною службою здоров'я України, безплатно надаватимуть ветеранам низку послуг. Зокрема, йдеться про: реабілітаційне обстеження; індивідуальний реабілітаційний план і програму терапії; нейрореабілітацію, ортопедичну, кардіореспіраторну реабілітацію та ін.; знеболення у стаціонарі; психологічну допомогу.

Міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко, ректор Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького Орест Чемерис і голова Наглядової ради Фундації дитячої лікарні та науково-дослідного інституту «Надія» (Фінляндія) Анна-Катерина Бернер підписали меморандум про співпрацю. Метою співпраці є реалізація проекту зі створення Реабілітаційного центру для фізичної та психологічної реабілітації українських дітей, які пережили фізичні та психологічні втрати, поранення і травми внаслідок повномасштабної війни на базі університету.[6]

У рамках меморандуму планується створити дитячий медичний реабілітаційний центр для забезпечення якісної фізичної та психологічної реабілітаційної допомоги. Проект включатиме віртуальну лікарню, реабілітаційний центр та науково–дослідний інститут, зокрема:

- реабілітаційний центр – буде центром передового досвіду з якісної медичної реабілітації, присвяченої пацієнтам педіатричного профілю (стаціонарна та амбулаторна фізична та психологічна реабілітація);

- віртуальна лікарня – включатиме телемедицину, міжнародну підтримку рівня компетентності та тріаж для амбулаторної реабілітації. Лікарня використовуватиме у роботі віртуальну платформу;

- дослідний і освітній інститут – поширення європейських практик реабілітації для розвитку медичної реабілітації в Україні. Навчальний центр зосереджуватиметься на навчанні та ліцензуванні спеціалістів, напрацьовуючи нові найкращі практики, що можуть бути поширені в Україні та за її межами.

Для реалізації проекту буде взято успішний досвід Фінляндії у створенні Нової дитячої лікарні у 2017 році. Фінансування проекту фундацією «Надія» здійснюватиметься протягом наступних 5–7 років. Фінансування Віртуальної лікарні складатиме близько 10 млн євро, а Реабілітаційного центру – 50 млн євро. Решту коштів буде отримано завдяки реалізації Програми медичних гарантій. Створення Науково–дослідного центру покриватиметься фундацією на початковому етапі.

Реалізація проекту сприятиме створенню та розвитку сучасного реабілітаційного центру, доступного для всіх українських дітей та сімей, де впроваджуватимуться ефективні методики фізичної та психологічної реабілітації, поширюватимуться провідні європейські практики для розвитку медичної реабілітації в Україні. Крім того, даний центр стане місцем, де використовуватимуться можливості телемедицини, щоб гарантувати, що кожна дитина отримує спеціалізовану допомогу, на яку вона заслуговує, безоплатно та незалежно від того, де вона знаходиться. Центр об'єднуватиме передових фахівців та медиків для освітньої, наукової та інноваційної діяльності та розробки прогресивних підходів до лікування українських дітей [6].

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено та узагальнено теоретичні основи державного регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я, а також практичні аспекти їх вдосконалення в Україні з урахуванням найкращих світових практик. Одержані результати дозволяють зробити такі висновки:

1. Реабілітація – це процес, спрямований на досягнення певної мети людини, яка перенесла травму, захворювання або має загальний ослаблений стан організму. ВООЗ визначає реабілітацію як «комбіноване і координоване застосування медичних, соціальних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки (перекваліфікації) індивідуума до оптимального рівня працездатності».

2. Дослідження системи реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання показало, що для ефективного функціонування ця система повинна поєднувати механізми державного управління та саморегулювання, зокрема правовий, організаційний і економічний механізми (розробка та прийняття нормативно-правових актів щодо організації та діяльності органів, які здійснюють контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я), а також державні засоби регуляторного впливу (ліцензування, сертифікація, стандартизація, надання податкових та інших пільг тощо).

3. Виокремлено особливості механізмів державного управління медичною реабілітацією у сфері охорони здоров'я. Ефективність цих механізмів залежить від комплексності та одночасності їх дії, що дозволяє виявляти синергетичний вплив на об'єкт управління. Основні завдання підсистеми медичної реабілітації в національній системі охорони здоров'я включають забезпечення максимально можливого відновлення рівня здоров'я індивідуума, який потребував медичної допомоги, а також

виконання системою охорони здоров'я України соціальних функцій у суспільстві.

4. На основі аналізу понять «державне управління у сфері охорони здоров'я», «медична реабілітація», «реабілітація» сформульовано визначення терміна «державне управління реабілітацією в сфері охорони здоров'я» як комплексного впливу держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єктів національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

5. Загальні засади правового регулювання суспільних відносин у сфері реабілітації встановлені в Основах законодавства України про охорону здоров'я, низці законів та постанов Кабінету Міністрів України, а також у відомчих нормативно-правових актах, які змінюються і доповнюються з часом. У роботі проведено їх огляд.

6. В Україні державне управління у сфері реабілітації здійснюють Міністерство охорони здоров'я (медична реабілітація), Міністерство соціальної політики (соціальна реабілітація, надання допоміжних засобів), Міністерство освіти і науки (науково-педагогічний супровід і підготовка кадрів з реабілітації). Такий розподіл повноважень призводить до нестачі координації між цими владними інституціями. Рекомендується передати повноваження щодо сертифікації фахівців у цій сфері професійній громадській організації, надавши їй право видачі, пролонгування та припинення терміну дії професійного сертифіката у сфері медичної реабілітації. Основними тригерними чинниками, які негативно впливають на ефективне функціонування системи медичної реабілітації, є збільшення навантаження на систему (зростання кількості осіб, які потребують комплексної медико-психологічної реабілітації), відсутність стратегії її розвитку, територіальна нерівність доступу до закладів, що надають медико-

реабілітаційну допомогу, та деконцентрація регулювання діяльності закладів системи (державні, комунальні, відомчі, приватні).

7. Виявлено проблеми кадрового забезпечення у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги, спричинені неготовністю національної системи охорони здоров'я до введення нових спеціалістів: лікарів фізичної та медичної реабілітації, фізичних та ерготерапевтів, а також молодшого медичного персоналу – асистентів фізичного терапевта та ерготерапевта. Запропоновано внести зміни в освітній процес підготовки фахівців у галузі медичної реабілітації, передбачаючи перехід від авторитарної педагогіки до педагогіки співпраці, що сприятиме впровадженню інноваційних освітніх технологій у практику вищої школи. Такий підхід дозволить посилити кадрову компоненту організаційного механізму державного управління системою медико-реабілітаційної допомоги.

8. На основі аналізу виявлено основні недоліки системи медичної реабілітації: недосконала нормативно-правова база, неефективна система державного управління, неякісне інформування про медико-реабілітаційні послуги, розпорошеність функцій системи медичної реабілітації між різними закладами, віддаленість реабілітаційних центрів від споживачів послуг, корупційні ризики в процесі оформлення пільгового надання послуг, недостатнє та застаріле оснащення медико-реабілітаційних закладів, погана поінформованість населення про можливість отримання медико-реабілітаційних заходів, недостатнє кадрове забезпечення (швидка плінність кадрів). Ці питання будуть врегульовані Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об'єктів санітарних заходів», який набирає чинності 18.12.2024 р. Передбачається створення єдиного державного вебпорталу електронних послуг для медичного обслуговування, зокрема з використанням мобільного додатка Порталу Дія, засобів мобільного зв'язку та сервісів обміну повідомленнями в Інтернеті для надсилання пацієнтам текстових

повідомлень, необхідних для медичного обслуговування; організація профілактичних медичних оглядів дітей, вагітних жінок, працівників підприємств з шкідливими умовами праці, військовослужбовців та осіб, чия діяльність пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих; забезпечення медичними виробами та допоміжними засобами реабілітації на безкоштовній основі.

9. Встановлено, що державне управління якістю медико-реабілітаційної допомоги та послуг є перспективним напрямом стратегічного управління системою реабілітації у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність інтеграції цього управління в національну систему охорони здоров'я. Потрібно подальше вдосконалення нормативної бази, реабілітаційних команд та мережі медичних закладів. Планується диверсифікація реабілітаційних послуг у рамках Програми медичних гарантій відповідно до реабілітаційного періоду та складності випадку, посилення координації з іншими аспектами відновлення людини, такими як зайнятість, інклюзивна освіта, соціальна підтримка тощо, а також розвиток цифрових рішень.

10. На прикладі кількох країн Європейського Союзу досліджено зарубіжний досвід функціонування системи медичної реабілітації. Показано, що найкращі практики побудови національних систем медичної реабілітації базуються на принципі безперервного підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги та послуг, а також їх ефективності. Проаналізований зарубіжний досвід дозволяє запропонувати такі напрями вдосконалення національної системи охорони здоров'я: 1) підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги та послуг; 2) кадрове планування системи медичної реабілітації; 3) перерозподіл інвестиційних коштів, залучених підприємствами та організаціями на створення та підтримку професійної профілактико-реабілітаційної підсистеми. Можливість імплементації та адаптації таких технологій в Україні повинна підтримуватися державою в рамках державно-приватного партнерства.

11. Україна, де з 2014 року тривають активні бойові дії, а з 24 лютого 2022 року – повномасштабне вторгнення, не має аналогів у світі щодо надання комплексних, мультидисциплінарних реабілітаційних заходів. Серед актуальних проблем: значне зростання кількості осіб, які потребують професійної психологічної допомоги внаслідок повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації в Україну; неможливість реалізувати бюджетну програму психологічної реабілітації ветеранів війни за «довоєнним» механізмом; нагальна потреба у формуванні цілісної системи психологічної допомоги населенню.

Недоступна, невчасна, неякісна психологічна допомога призводить до зростання кількості суїцидів серед ветеранів та родин загиблих, домашнього насильства, розлучень, протиправних дій, асоціальної поведінки та зловживання психоактивними речовинами.

12. Серед шляхів вирішення цих проблем: надання комплексних, інтегрованих послуг з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки ветеранам війни, членам їхніх сімей та родинам загиблих; підвищення доступності, ефективності та результативності послуг у сфері охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки; розширення географії послуг при зменшенні потреби у ресурсах; впровадження електронних ресурсів в організацію надання послуг; дотримання принципу наступності в наданні послуг (можливість перенаправлення отримувача послуг між відомствами, рівнями та інституціями).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальна інформація з реабілітації. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. - <https://moz.gov.ua/uk/aktualna-informacija-z-reabilitacii>
2. Балусьва О. В. Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Донецьк, 2007. 20 с
3. Берлінець І. А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: дис... к. з держ. упр. за спец. 25.00.02 – механізми державного управління / Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020. 217 с.
4. Бруннер Е. Ю. Модель центра реабілітації інвалідів: бельгійський досвід. *Гуманітарні науки*. 2009. № 2. С. 52–58.
5. Бук М.О. Правове регулювання соціального обслуговування осіб з інвалідністю в Україні: дис...к. юрид. наук 12.00.05 – трудове право; право соціального забезпечення. / Львівський національний університет імені Івана Франка. Львів, 2020. 210 с.
6. В Україні створять сучасний реабілітаційний центр для відновлення українських дітей від травм війни. Міністерство охорони здоров'я України, 10 жовтня 2024 року. <https://www.kmu.gov.ua/news/v-ukraini-stvoriat-suchasnyi-reabilitatsiinyi-tsentri-dlia-vidnovlennia-ukrainskykh-ditei-vid-travm-viiny>
7. Вільна енциклопедія Вікіпедія - <https://uk.wikipedia.org/wiki/>
8. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : Вид-во Р. А. Козлов, 2017. 315 с
9. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23, № 2 (83). С. 105.
10. Гавриченко Д. Г. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 9. – URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1750> (дата звернення: 05.11.2024). DOI: 10.32702/2307-2156-2020.9.60
11. Галай В. О. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство» Розділ VII. Адміністративне право і процес; фінансове*

право; інформаційне право. 2022. № 6. С. 189-194. DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2022.06.34>. URL: <http://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/273738/269079>

12. Демографічна ситуація в Україні катастрофічна URL: https://glavcom.ua/country/society/demohrafichna-situatsija-v-ukrajini-katastrofichna-ekspert-priholomshiv-prohnozom--996050.html#google_vignette (дата звернення 01.10.2024).

13. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : Вид-во НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

14. Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю. Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. № 1686. Офіційний вісник України. 2006. № 50. Ст. 3311; 2020, № 20, Ст. 763.

15. Державне управління : словник-довідник / уклад.: В. Д. Бакуменко та ін. ; за заг. ред. В. М. Князева. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.

16. Державне управління та державна служба : словник-довідник / уклад. О. Ю. Оболенський. Київ : КНЕУ, 2005. 480 с.

17. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб: Постанова Кабінету Міністрів України від 9.11.2022 № 1338 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.11.2024).

18. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році: Постанова КМУ від 22 грудня 2023 р. № 1394 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF#Text>

19. Дегтяр О. А. Державне регулювання розвитку соціальної сфери: концептуальні засади та практика : монографія. Харків : С.А.М., 2014. 508 с.

20. Джафарова Д. М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2004. 20 с.

21. Діміч А. Нормативно-правове регулювання психологічної та медичної реабілітації учасників організації об'єднаних сил як характерологічний вид логістичного забезпечення державної безпеки в Україні: проблеми та шляхи удосконалення. *Часопис Київського університету права.* 2019. № 1. С. 99–102.

22. Дутко А.О. Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету,* 2024 Серія Право. Випуск 84: ч. 1. – URL: DOI

3322.2024.84.1.39

23. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / уклад. : І. А. Грицяк, Ю. П. Сурмін та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 7 : Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції. 764 с.

24. Загородній В.В. Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я (на матеріалах м. Києва) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.05 / Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2001. 17 с.

25. Зарецька Н. В., Гридковецька Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. Вісник [Київського інституту бізнесу та технологій]. 2016. Вип. № 3 (31). С. 26–33.

26. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення) : матер. II Всеукр. наук.-практ. конфер. (17–18 квітня 2008 р.). Львів, 2008. С. 129–136.

27. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. № 1 (86). С. 51-56.

28. Конституція України від 28 червня 1996 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення 01 жовтня 2024).

29. Краснова О.І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Економічна наука*. 2018. № 7. С. 46-48. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf

30. Левченко О.Є., Шекера О.Г., Левченко Ф.М. Вихідні положення концепції системи медичного забезпечення армії Сполучених Штатів Америки. *Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць УВМА*. Випуск 10, К., 2002, С. 31 – 36.

31. Лисенюк В.П., Самосюк І.З., Самосюк Н.І., Ткаліна А.В. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. URL: www.mif-ua.com (дата звернення 02.11.2024).

32. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення 10.11.2024).

33. Логановський К. М., Напрєєнко О. К., Зданевич Н. А., Логановська Т. К., Напрєєнко Н. Ю., Гресько М. В. Психоневрологічна допомога

постраждалим внаслідок військових дій на сході України. *Психічне здоров'я*. 2017. № 1-2 (50-51). С. 28-35.

34. Любінець О. В., Гржибовський Я. Л., Ходор О. Є. Організація медичної допомоги на дошпитальному етапі: правові аспекти. *Медичне право*. 2015. № 1 (1). С. 87–90

35. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Федченко В.Ю. та ін. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. *Львівський клінічний вісник*. 2020. № 1 (29). С. 21-28. <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.

36. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2016. № 6. С. 58-64.

37. Мельник А.П. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. Т. 2. №. 29. С. 100-105

38. Міністерство у справах ветеранів. Офіційний сайт. Лікування та реабілітація. – URL:<https://mva.gov.ua/category/71-likuvannya-ta-reabilitatsiya>

39. Міністерство юстиції України . Офіційний сайт . <https://minjust.gov.ua/>

40. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. №1-2. С.43-52. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

41. Науменко Т. Медична реабілітація в Україні: що МОЗ планує запроваджувати найближчим часом. *Електронне видання MIND* 14.06.2024 р - <https://mind.ua/publications/20274982-medichna-reabilitaciya-v-ukrayini-shcho-moz-planue-zaprovadzhuvaty-najblizhchim-chasom>

42. Національна служба здоров'я України. Офіційний сайт. <https://nszu.gov.ua/>

43. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

44. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету міністрів України від 3.11.2021 № 1268 – URL:

45. Порядок використання коштів, передбачених у державному бюджеті на забезпечення постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях санаторно-

курортним лікуванням: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 200 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200-2015-%D0%BF#Text>

46. Порядок виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян Постанова Кабінету Міністрів України від 17 червня 2004 р. № 785 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/785-2004-%D0%BF#Text>

47. Порядок забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві держадміністрацій, виконавчими органами міських, районних у містах (у разі їх утворення (крім м. Києва) рад: Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/187-2006-%D0%BF#Text>

48. Порядок забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2011 р. № 446 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/446-2011-%D0%BF#Text>

49. Порядок здійснення реабілітаційних заходів: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 січня 2022 р. № 31 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 03 липня 2024).

50. Порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях: Наказ МОЗ України від 17.09.2022 № 1695 – URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1155-22?fin_d=1&text (дата звернення 04 липня 2024)

51. Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об'єктів санітарних заходів: Закон України від 21.08.2024 № 3911-IX: набирає чинності 18.12.2024 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3911-20#Text> (дата звернення 01.12.2024 р),

52. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану: Закон України від 29.07.2022 р № 2494-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text>

53. Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських

засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.1998 № 1303 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-98-%D0%BF#Text>

54. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р № 2168-VIII – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

55. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>

56. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2022 р. № 411 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2022-%D0%BF#Text>

57. Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України: Наказ Міністерства оборони України № 591 від 04.11.2016 р.» – URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16>.

58. Про затвердження Критеріїв направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану та визначення закладів охорони здоров'я, які здійснюють координацію направлення громадян України для лікування за кордон на період дії воєнного стану: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 05.04.2022 № 574., зареєстровано в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2022 р. за № 414/37750 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0414-22#Text>

59. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби, їх переліку: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>

60. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони, Служби безпеки, Служби зовнішньої розвідки, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації, Міністерства внутрішніх справ, інших центральних органів виконавчої влади, які відповідно до закону здійснюють керівництво військовими формуваннями, особам, визначеним пунктами 7, 11-14 частини другої статті 7 Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 лютого

2022 р. № 150 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/150-2022-%D0%BF#Text>

61. Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах: Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2083. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 р. за № 1516/38852 – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>

62. Про ліцензування медичної практики: Наказ МОЗ від 29.11.2024 № 1983. <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-29-11-2024-1983-pro-licenzuvannya-medichnoyi-praktiki>

63. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення 01.12.2024 р)

64. Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення 12.10.2024).

65. Про реабілітацію з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

66. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 р № 2011-XII – URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>

67. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 21.11.2024).

68. Про утворення та затвердження складу Мультидисциплінарної робочої групи Міністерства охорони здоров'я України з питань відбору інструментів функціонального оцінювання та доменних наборів міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я для ведення індивідуального реабілітаційного плану: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 квітня 2023 року № 768.

69. Протокол проведення реабілітації https://protocol.ua/ua/pro_reabilitatsiyu_u_sferi_ohoroni_zdorov_ya_stattya_5/

70. Рябець Д.М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. *Економічні горизонти*. 2018. № 4(7). С. 164–174. URL: <http://eh.udpu.edu.ua/article/view/212757/212805>

71. Уряд ухвалив зміни щодо організації надання реабілітаційної допомоги в Україні. Кабінет міністрів України. Офіційний сайт.– URL:<https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-ukhvalyv-zminy-shchodo-orhanizatsii-nadannia-reabilitatsiinoi-dopomohy-v-ukraini>

72. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV– URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення 10.10.2024).

73. Шевчук В.І., Яворовенко О.Б., Беляєва Н.М., Шевчук С.В. Реабілітація інвалідів: Монографія. Вінниця: ФОП Данилюк В.Г., 2012. 216 с. <https://dspace.vnmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3036/>

74. Шишка І.В. Інституційне та інформаційне забезпечення механізму стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Економіка та суспільство*. Випуск №47 / 2023 DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-47-97>

75. Шостак С. Л. Публічне управління у сфері реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України у рамках єдиного медичного простору охорони здоров'я України: дис...д-ра філософії за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» / Міжрегіональна Академія управління персоналом, Київ, 2024. 230с

76. Шостак С. Л. Функціонування медичних сил в контексті створення єдиного медичного простору України задля здоров'язбереження нації. *«Вчені записки ТНУ. Серія: Публічне управління та адміністрування»* Том 34 (73) № 2. 2023. С. 96-101. DOI: <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.2/16>.

77. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 р– URL:<https://moz.gov.ua/uploads/skeditor> (дата звернення 01.10.2024).

78. Щороку близько 200 тисяч пацієнтів потребують якісної медичної реабілітаційної допомоги – URL:<https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3778529-soroku-majze-200-tisac-pacientivpotrebuut-medicnoi-reabilitacijnoi-dopomogi-moz.html> (дата звернення 03.10. 2024).

79. Юридична Енциклопедія: [у 6 т.] / ред. кол.(відп. ред.) Шемшученко Ю.С. [та ін.]. К. Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2003. Т. 5: П-С. 736 с. ISBN 966-7492-05-2.

80. Barnitt R, Pomeroy V. An holistic approach to rehabilitation. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*. 1995 Feb 2;2(2):87-92. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjtr.1995.2.2.87>

81. Burns AS, Marino RJ, Kalsi-Ryan S, Middleton JW, Tetreault LA, Dettori JR, Mihalovich KE, Fehlings MG. Type and timing of rehabilitation following acute and subacute spinal cord injury: a systematic review. *Global spine journal*. 2017 Sep;7(3_suppl):175S-94S. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5684843/>

82. Cardol M, Jong BD, Ward CD. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*. 2002 Jan 1;24(18):970-4.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12528676/>

83. Cobble N, Burks JS. Introduction to principles of rehabilitation. *Journal of Neuro*. 1990 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12528676/>

84. Dreeben-Irimia O. Patient education in rehabilitation. Jones & Bartlett Publishers; 2010 Oct 22. books.google.com.ua/books/about/Patient_Education_in_Rehabilitation.html?id=L3gqsXsoiiAC&redir_esc=y

85. Easton KL. Gerontological rehabilitation nursing. WB Saunders Company; 1999.

86. Fehlings MG, Tetreault LA, Aarabi B, Anderson P, Arnold PM, Brodke DS, Chiba K, Dettori JR, Furlan JC, Harrop JS, Hawryluk G. A clinical practice guideline for the management of patients with acute spinal cord injury: recommendations on the type and timing of rehabilitation. *Global spine journal*. 2017 Sep;7(3_suppl):231S-8S.

87. Gender A. Scope of Rehabilitation and Rehabilitation Nursing. *Rehabilitation Nursing Practice*. McGraw-Hill. 1998. pp.3-20 https://samples.jbpub.com/9781449634476/80593_ch01_5806.pdf

88. Habel M. Rehabilitation: Philosophy, goals, and process. McCOURT, AE (Ed.). 1993. https://samples.jbpub.com/9781449634476/80593_ch01_5806.pdf

89. Lindberg J, Kreuter M, Taft C, Person LO. Patient participation in care and rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013 Nov;51(11):834-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23999110/>

90. Mauk KL. Overview of rehabilitation. *Rehabilitation Nursing: A Contemporary Approach to Practice*. 2011 https://samples.jbpub.com/9781449634476/80593_ch01_5806.pdf

91. NATO Principles and Policies of Medical Support : MC 0326/3. – 2011. – 26 p.; Allied joint doctrine for medical support. Edition B. Version 1 : NATO standard AJP-4.10. 2015. 170 p

92. Rawl SM, Easton KL, Kwiatkowski S, Zemen D, Burczyk B. Effectiveness of a nurse-managed follow-up program for rehabilitation patients after discharge. *Rehabilitation Nursing*. 1998 Jul 8;23(4):204-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9832919>

93. Recovery. Офіційний сайт – URL: <https://recoveryua.org/pro-proekt>

94. Sumida M, Fujimoto M, Tokuhiko A, Tominaga T, Magara A, Uchida R. Early rehabilitation effect for traumatic spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001 Mar 1;82(3):391-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11245763/>

95. The role of WHO in public health. World health organization. URL: <http://www.who.int/about/role/en/>

96. World Health Organization, «A69/39 Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat to the sixty-ninth World Health Assembly,» 2016.

97. Yamazaki T. Knowledge management of healthcare by ClinicalPathways / T. Yamazaki, K. Umemoto // Journal of Information & Knowledge Management. 2010. Vol. 9 (2). P. 119–125.

ДОДАТКИ

до кваліфікаційної роботи

за темою: **Державне регулювання питань реабілітації в сфері охорони здоров'я**

студента Лазарєва І.М.



Відмінності між лікуванням та реабілітацією

Лікування	Реабілітація
Спрямоване на боротьбу з хворобою, етіотропні фактори, усунення причини і суті хвороби	Спрямована на мобілізацію захисних механізмів організму
Спрямоване на ліквідацію чи зменшення клінічних проявів хвороби, попередження її прогресування	Спрямована на усунення наслідків хвороб – відновлення фізичного і психічного статусу до соціально значимого рівня, досягнення максимально можливої соціальної і економічної незалежності
Направлене на організм сьогодні, в даний час	Направлена на особистість і на майбутнє
На стаціонарному, амбулаторному і санаторно–курортному етапі направлене безпосередньо на лікування причини захворювання чи пошкодження	На стаціонарному етапі – відновлення функцій організму до рівня, коли особа може себе обслужити, пересуватися, бути готовим до продовження програми медичної реабілітації; на поліклінічному етапі – профілактика прогресування захворювання, відновлення зайнятості; на санаторному етапі – відновлення втрачених функцій організму, фізичного і психічного статусу
Направлене на конкретну ліквідацію чи компенсацію захворювання, що не завжди дає можливість повернутись до праці, бути економічно незалежним членом суспільства	Постійно проводиться визначення реабілітаційного потенціалу і прогнозу
Будується на нозологічному і синдромологічному діагнозі і опирається на ознаки етіопатогенезу і локалізації (МКХ–10)	Будується на функціональному діагнозі. Опирається на біопсихо–соціальну модель наслідків хвороби, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних і соціальних процесів, що викликають ознаки порушення функцій, пошкодження структур, обмеження активності, участі і впливу факторів навколишнього середовища в відповідності з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я
Може проводитися і без участі хворого і являється в певній мірі пасивним методом	Вимагає активної участі хворого. Основний постулат – «реабілітація особистості», що передбачає відсутність розмежувань між медичною, професійною і соціальною реабілітацією. Беруться до уваги всі аспекти фізичного, психічного і соціального існування хворого.

Додаток В

Таблиця 1

Зубопротезування ветеранів у 2024 році станом на 01.10.2024:



Таблиця 2

Перелік госпіталів для ветеранів війни

