

КУЛАЄЦЬ Михайло Іванович

Управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я. / Management of the processes of rehabilitation of disable people in the modern conditions of the healthcare sector reform

спеціальність: 073 - Менеджмент  
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи  
МЗОЗзм-21  
М. І. Кулаєць



Науковий керівник:  
д.е.н., професор, А. Ф. Мельник



Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

"02" лютого 2020 р.

Завідувач кафедри



ТЕРНОПІЛЬ - 2020

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ</b> .....	7
1.1. Процес реабілітації осіб з інвалідністю як об'єкт управлінського впливу.....	7
1.2. Зарубіжний досвід організації системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.....	11
Висновки до розділу 1.....	20
<b>РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЧИННОЇ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ТА В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	23
2.1. Аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні.....	23
2.2. Особливості розробки системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я.....	26
2.3. Аналіз діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи з реабілітації осіб з інвалідністю, його фінансове, кадрове та матеріально-технічне забезпечення.....	40
Висновки до розділу 2.....	56
<b>РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	59
3.1 Альтернативні підходи до удосконалення системи управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я.....	59
3.2. Імплементация інновацій в процесі реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.....	63
Висновки до розділу 3.....	68
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	70
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	75
<b>ДОДАТКИ</b>	

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

**ВВП – Валовий внутрішній продукт**

**ДМС – Державне медичне страхування**

**ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я**

**СНІД – Синдром набутого імунodefіциту**

**ЄС – Європейський союз**

**ХСК – Хвороби системи кровообігу**

**МОЗ – Міністерство охорони здоров'я**

**СОЗ – Система охорони здоров'я**

**ICO (ISO) – International Organization for Standardization**

**МР – Методичні рекомендації**

**ІЛ – Інформаційні листи**

**НД – Наукові повідомлення**

**НДР – Науково-дослідна робота**

**НСЗУ – Національна служба здоров'я України**

**СМЯ – Система менеджменту якості**

**ФМС – Фонд медичного страхування**

**МКФ – Міжнародна класифікація функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я.**

## ВСТУП

**Актуальність теми** обумовлена тим, що фактично 249 закладів охорони здоров'я, які розпочали надавати реабілітаційну допомогу за пакетами НСЗУ, здійснюють це в повному нормативному вакуумі, про що свідчать повідомлення, які надходять із регіонів. Відсутній деталізований опис організації надання реабілітаційної допомоги відповідно до рівня медичної допомоги, профілю закладу, нормативів навантаження фахівців з реабілітації – членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, опис механізму організації роботи команди в закладі охорони здоров'я, відсутнє визначення відповідальності учасників реабілітаційного процесу та їх взаємовідносин з іншими медичними працівниками та підрозділами закладів охорони здоров'я. Тож початок надання реабілітаційної допомоги відбувся на розсуд фахівців з реабілітації в лікарнях, які за взірць мають тільки перелік назв процесів реабілітаційної допомоги (Специфікація надання медичних послуг), що дотепер ніколи не відбувались в лікарнях, та запровадження мінімально можливих кадрових вимог, насамперед потреби у фахівцях з реабілітації з вищою немедичною освітою в сфері охорони здоров'я (фізичних терапевтах, ерготерапевтах тощо).

Перехід закладів охорони здоров'я на нові умови фінансування передбачає розрахунки собівартості допомоги в закладі, що є також неможливим за відсутності нормативної документації з описом процесів, що відбуваються.

Незрозумілість вказаних нормативних та організаційних аспектів роботи закладів охорони здоров'я обумовила постановку проблеми і актуальність теми.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Проблемі організації роботи закладів охорони здоров'я присвятили свої дослідження Байда Л., Гаврюшенко Т., Кулаєць В., Мельник А., Микитюк П., Шкільняк М. та ін.

**Мета і завдання дослідження.** Метою магістерської роботи є розроблення системних заходів до управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Відповідно до мети поставлено та вирішено такі завдання:

- висвітлити теоретичні підходи щодо управління діяльністю у сфері реабілітації осіб з інвалідністю;
- охарактеризувати міжнародний досвід організації системи управління реабілітації осіб з інвалідністю; запровадити міжнародний досвід організації системи управління реабілітації осіб з інвалідністю;
- провести аналіз сучасних умов функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні;
- визначити особливості розробки системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я;
- розробити заходи з удосконалення системи управління закладів реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я;
- визначити напрями реформування системи управління реабілітації осіб з інвалідністю охорони здоров'я на інноваційних засадах.

**Об'єктом дослідження** є процес реформування організаційних і економічних засад функціонування реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформи галузі охорони здоров'я на прикладі Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.

**Предметом дослідження** є передумови, чинники та організаційно-правові засади розробки системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Для вирішення вказаних завдань у випускній кваліфікаційній роботі використані наступні методи: системного і структурного аналізу, які дозволили провести аналіз сучасного стану розвитку реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю та здійснити оцінку перспектив їх розвитку; логічного узагальнення – для вивчення теоретико-методологічних засад розробки системних заходів управління процесів реабілітації осіб з інвалідністю; припущення, експертних оцінок – для розробки пропозицій щодо

удосконалення системи управління закладів реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в отриманні результатів, що стосуються розроблення системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні.

Результати досліджень, які засвідчують новизну та розкривають зміст випускної кваліфікаційної роботи полягають у такому: *запропоновано* забезпечити функціонування єдиного координаційного органу у сфері реабілітації; окреслено перспективи запровадження альтернативи, яка базуватиметься на імплементації МКФ.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що запропоновані у випускній кваліфікаційній роботі напрями реформування управлінням реабілітаційних закладів осіб з інвалідністю можуть бути використані у практичній діяльності вітчизняних закладів охорони здоров'я.

**Апробація результатів роботи, власні публікації.** За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Кулаєць М.І., Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М. Сучасні напрями реформування страхової моделі організації охорони здоров'я.» у Збірнику VIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) 20-21 жовтня 2020 року наукової конференції. Світова Федерація Українських Лікарських Товариств, Всеукраїнське лікарське товариство, Українське лікарське товариство у Львові, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів. 2020. С.45-46) та одну статтю «Кулаєць М.І., Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М.,

Михайлишин Л.І., Лапковський Е.Й. Принципи мультидисциплінарного менеджменту у фізичній терапії». Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. науковий журнал. Івано-Франківськ : Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2020. Вип. 16. Т. 2. 208 с. С.173-180).

**Опис структури роботи.** Випускна кваліфікаційна робота складається із

вступу, трьох розділів (вісім підрозділів), висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи налічує 81 сторінка.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### **1.1. Процес реабілітації осіб з інвалідністю, як об'єкт управлінського впливу: теоретичні та прикладні аспекти.**

Реабілітація осіб з інвалідністю є складовою частиною діяльності с сфері охорони здоров'я. Згідно теоретичних підходів реабілітація осіб з інвалідністю – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення [22].

Чинна система реабілітації не може вдало реагувати на сучасні виклики. Навіть більше, її правове забезпечення не відповідає міжнародним зобов'язанням, які взяла на себе Україна [1]. Підтвердження невідповідності реабілітаційної системи України міжнародним стандартам подає й Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ), місія якої проводила відповідну оцінку у грудні 2015 [2].

Потреба отримання реабілітаційних послуг стосується значної кількості населення України. Йдеться, по-перше, про осіб з інвалідністю, кількість яких у загальній структурі населення суттєво зросла. Якщо на початку 90-х рр. минулого століття загальна чисельність людей з інвалідністю становила близько 3 % від усього населення, або 1,5 млн. осіб, то чисельність осіб з інвалідністю у 2013 р. – 2 788 226 осіб, або 6,1 % усього населення, відповідно



їх кількість зросла майже в 4 рази. На початок 2016 року кількість людей з інвалідністю складала 2614061 (у тому числі: 250229 осіб з інвалідністю I групи, 918966 тис. – II групи, 1291249 – III групи та 153547 дітей з інвалідністю), що дорівнювало 6,11 % у загальній структурі населення (42760,5 тис. осіб) [3]. Високий показник інвалідності зумовлюється цілим комплексом причин: недосконалістю чинної системи охорони здоров'я, недостатньою безпекою та охороною праці, травматизмом на дорогах, погіршенням якості харчування та питної води, старінням населення, наявністю різноманітних катаклізмів екологічних, природних, воєнних, зокрема проведенням Антитерористичної операції (далі – АТО) та ін. [4].

Формально показники кількості осіб з інвалідністю, що проходять реабілітацію, не є аж надто низькими. За минулий рік у реабілітаційних установах, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України проходили реабілітацію понад 19,0 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, зокрема у державних реабілітаційних установах – 3,8 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю [5]. Однак державою фактично не здійснюється моніторинг результативності отриманих реабілітаційних послуг та ефективності діяльності зазначених реабілітаційних установ.

Другою важливою категорією, що потребує реабілітаційних послуг, є особи, що постраждали внаслідок АТО. Відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», статус учасника бойових дій встановлено 296 278 особам; інваліда війни – 5 004 особам; учасника війни 715 особам; члена сім'ї загиблого – 7 205 [6]. Крім того, внаслідок проведення АТО порушення здоров'я через бойові дії набули понад 9 тисяч цивільних осіб, із яких 200 встановлено інвалідність [7].

Станом на 01.01.2020 пройшли санаторно-курортне лікування та реабілітацію в санаторно-курортних закладах Міноборони 1621 учасник АТО та 125 членів їхніх сімей [7]. Психологічну реабілітацію отримало понад 5 тисяч учасників АТО. Водночас відсоток осіб, що потребують такої допомоги суттєво відрізняється, що змушує припустити недосконалість системи оцінки потреб у

реабілітації [7]. Те ж саме стосується й моніторингу ефективності реабілітаційних заходів. Серед показників фактично відсутні дані щодо впливу здійснюваних заходів на життєдіяльність особи.

Поза системою реабілітації, декларованою для осіб з інвалідністю, опинились особи із порушеннями здоров'я, яким не формалізовано статус інваліда однієї із груп.

В Україні практично відсутня міжвідомча координація сфер охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в питаннях реабілітації людей з інвалідністю, а створена система реабілітації не задовольняє потреби осіб з інвалідністю в отриманні послуг, особливо в сільській місцевості. Чинній реабілітаційній галузі бракує комплексної системи оцінки потреб, міждисциплінарної роботи у наданні послуг та безпосередньої їх спрямованості на клієнта [8].

Неналежним залишається й рівень забезпечення осіб із інвалідністю допоміжними засобами та засобами медичного призначення. За окремими категоріями осіб з інвалідністю перелік таких засобів потребує перегляду. Забезпечення ж протезуванням взагалі стає предметом уваги правозахисників та журналістських розслідувань. У 2018 – 2019 роках забезпечено протезуванням та протезуванням 379 учасників АТО [9]. Не кращою є й ситуація із забезпеченням засобами медичного призначення. Особи із порушеннями здоров'я, які потребують відповідних засобів, але яким формально не встановлено групи інвалідності не зможуть розраховувати на державну підтримку для їх придбання.

Актуальність перегляду системи реабілітації знайшла своє відображення і в стратегічних документах національного рівня. Зокрема, одним із очікуваних результатів Національної стратегії у сфері прав людини зазначено: «приведено у відповідність із МКФ критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю» [10].

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів [28] можуть здійснюватися такі види реабілітаційних заходів:

- медичні, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезами;
- фізичні, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, протезами та іншими технічними засобами реабілітації, що поліпшують самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;
- психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;
- професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;
- трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;
- фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять.

Таким чином реабілітація осіб з інвалідністю як об'єкт управлінського впливу не знайшла належного теоретичного, методичного і прикладного підкріплення.

## **1.2. Зарубіжний досвід організації системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.**

Сучасна система реабілітації базується на соціальній та правозахисній моделі інвалідності, визначеній Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю та МКФ, прийнятій ВООЗ у 2001 році. Україна, приєднавшись до Конвенції, взяла на себе зобов'язання імплементувати її підходи. Водночас МОЗ нашої країни задекларовано запровадження в практику системи охорони здоров'я та реабілітації МКФ [44].

Конвенція про права осіб з інвалідністю визначила інвалідність як поняття, що еволюціонує та є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, що мають порушення здоров'я, і соціальними та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [45].

Стаття 26 цього міжнародного договору безпосередньо стосується реабілітації:

1. Держави-учасниці вживають, зокрема за підтримки з боку інших осіб з інвалідністю, ефективних і належних заходів, для того щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. Із цією метою держави-учасниці організують, зміцнюють та розширюють комплексні реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування таким чином, щоб ці послуги та програми:

а) починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда;

б) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступними для

осіб з інвалідністю якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах.

2. Держави-учасниці заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері реабілітаційних і реабілітаційних послуг.

3. Держави-учасниці заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються реабілітації та призначені для осіб з інвалідністю [45]. Таким чином, ключовими складовими системи реабілітації повинні бути:

- багатопрофільна оцінка потреб особи з інвалідністю;
- спрямування послуг із реабілітації на якнайбільшу незалежність та включення особи з інвалідністю до усіх сфер життя суспільства, зокрема і в питаннях допоміжних та інших засобів;
- добре підготовлений персонал та фахівці сфери реабілітації;
- реабілітаційні послуги повинні надаватись як найраніше для особи, яка їх потребує, та якнайближче до місця проживання, зокрема у сільській місцевості.

МКФ, видана ВООЗ у 2001 році, покликана доповнити попередню класифікацію захворювань. Згідно із класифікацією, система охорони здоров'я та реабілітації, готуючи оцінку, зокрема потреб особи із порушеннями здоров'я керується не лише станом захворювання, але й зовнішніми чинниками, як – то: середовищними перешкодами; соціальним становищем та інше [46]. Таким чином, МКФ покликане поєднати медичне та соціальне визначення інвалідності. Крім того, ВООЗ започаткувала міжнародну програму «Реабілітація на рівні громади», серед напрямів якої: охорона здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання та просування прав та можливостей [47].

У країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю послуг за місцем проживання в рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я.

Медико-соціальна реабілітація людей з інвалідністю здійснюється як у спеціалізованих реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, так і в амбулаторних умовах, у денних установах та вдома. Передбачено організацію як спеціалізованих (медичних, оздоровчих, професійних), так і комплексних центрів реабілітації (Німеччина, Велика Британія, Данія). До того ж спостерігається тенденція у переорієнтації проведення медико-соціальної реабілітації людей з інвалідністю із стаціонарних форм на амбулаторні, денні установи та реабілітацію вдома, незважаючи на високу витратність реабілітаційних послуг та великі вимоги до персоналу (Німеччина, Велика Британія, Данія, Ірландія, Франція). Перехід на здійснення медичної реабілітації вдома або в умовах денного відвідування медичних установ передбачає підвищення ефективності реабілітаційних заходів [48].

Так, у Данії поширено денні лікувально-профілактичні заклади для дітей з інвалідністю. Досвід цієї країни показує, що перебування саме у таких установах ефективніше, ніж лікування в амбулаторних умовах. Але в разі тяжких захворювань або травм медична реабілітація здійснюється у клінічних стаціонарних умовах, а потім у оздоровчих центрах [48].

Одночасно з проведенням політики деінституалізації реабілітаційної підтримки у країнах ЄС відбувається скорочення ролі урядів та інших державних органів у реабілітаційній діяльності. Основними її учасниками стають здебільшого реабілітаційні організації приватного сектора та люди з інвалідністю. Це сприяє орієнтації реабілітаційного процесу не на наявний асортимент необхідних товарів і послуг, а на потреби кожної конкретної особи [48].

Наприклад, у таких країнах, як Німеччина, Велика Британія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції. У Франції медична реабілітація проводиться як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних лікарнях, так і вдома. В Ірландії послуги медичної реабілітації та догляду за людьми з

інвалідністю надають як державні, так і недержавні заклади на основі державного замовлення. Вільна конкуренція таких закладів сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації [48].

У деяких країнах ЄС на законодавчому рівні визначено роль місцевих громад та добровільних організацій у проведенні реабілітаційних заходів. Так, у Франції з 1986 року на місцевому рівні створюються служби медичної діяльності та центри соціальних акцій, які сприяють незалежності людей з інвалідністю у громаді, координують діяльність реабілітаційних установ незалежно від їхніх форм власності (державні, приватні, муніципальні). У Фінляндії відповідають за організацію забезпечення реабілітації людей із фізичними або ментальними порушеннями здоров'я насамперед комуни (общини). В Ірландії широку участь у проведенні реабілітаційних заходів беруть добровільні організації, зокрема у реалізації програм реабілітації осіб із психосоціальними порушеннями. Тут функціонують центри незалежного життя, в яких навчають самостійності. До речі, фахівці цих добровільних організацій мають відповідні професійні сертифікати [48].

Фінансове забезпечення медичної реабілітації людей з інвалідністю в країнах ЄС переважно здійснюється коштом медичного та соціального страхування. У Данії всі видатки на реабілітацію людей з інвалідністю бере на себе держава [48].

У Німеччині та Франції особа має право вибору установ і засобів реабілітації та транспортних засобів, і передбачено можливість їх надання не в натуральній формі, а як цільову грошову допомогу. Її можна витратити на свій розсуд [48].

У країнах ЄС велика увага також приділяється інформаційному забезпеченню системи реабілітації. Так, у Німеччині на замовлення Федерального міністерства праці та соціальних справ створена та експлуатується протягом останніх 10 років інформаційно-довідкова система Rehadat, яка містить 10 банків даних з питань, що стосуються медико-соціальної реабілітації. Розроблені та постійно оновлюються банки даних щодо

спеціалізованих медичних реабілітаційних центрів, технічних засобів реабілітації, підприємств, які застосовують працю людей з інвалідністю, спеціальних майстерень для осіб із глибокими порушеннями здоров'я та щодо спеціального облаштування робочих місць, реабілітаційних фондів, організацій, установ, сервісних служб, наукових розробок та навчальних семінарів у цій сфері. Ця система безкоштовно надає через інтернет необхідну інформацію людям з інвалідністю, лікарям, усім працівникам у сфері медико-соціальної реабілітації [48].

Професійна реабілітація в країнах ЄС спрямована на розвиток і максимізацію професійного потенціалу людей з інвалідністю, незалежно від рівня обмежень та ступеня порушення здоров'я. Наприклад, у Франції різні аспекти питання професійної реабілітації людей з інвалідністю відображено в семи законах, які регламентують комплексність медико-соціальної реабілітації, включення до її складу якісної підготовки та перенавчання з урахуванням фізіологічних можливостей організму, організацію працевлаштування особи [48].

У Великій Британії, зокрема Англії, інвалідність трактується через поняття рівності та недискримінації. Сполучене королівство взяло на себе зобов'язання вивести систему послуг на такий рівень незалежності осіб з інвалідністю, наскільки це можливо. Національне законодавство передбачає безоплатність послуг з охорони здоров'я: «Послуги надаються у зв'язку із потребою, а не можливістю платити» [49].

Вартість допоміжних засобів, які коштують менше 1000 фунтів, теж покривається за рахунок місцевого органу влади. Раніше Уряд Англії здійснював проект «Трансформовані послуги та обладнання у громаді», який передбачав надання засобів та найпростіших побутових приладів. За новою моделлю місцеві соціальні або медичні органи виписують ваучер на придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти. Водночас, особа з інвалідністю може поповнити відповідний ваучер на суму, необхідну для придбання більш складнішого засобу [49].



Для системи медичної реабілітації Англії підготовлено рекомендації «Трансформація послуг на рівні громади – амбіції, дія, досягнення», призначені для лікарів щодо формування типу послуг для якнайбільшої самостійності особи з інвалідністю. Ці рекомендації підкреслюють важливість міждисциплінарних та міжвідомчих груп для надання безпосередніх послуг особі на рівні громади [49].

Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання [49].

Швеція визначає поняття щодо осіб з інвалідністю керуючись МКФ. Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності у національному законодавстві: недискримінаційному, соціальному та сфери будівництва [50].

Законодавство країни передбачає відповідальність основного фахівця сфери здоров'я за надання особі реабілітації, допомоги та допоміжних технологій, що сприятимуть поліпшенню її можливостей. Водночас особа з порушеннями здоров'я бере на себе відповідальність за здійснення реабілітаційного процесу та за потреби може розраховувати на допомогу інших фахівців медичної чи соціальної сфери [50].

Фінансування допоміжних технологій передбачено Законом про послуги у сфері здоров'я. Надання засобів залежить від особливостей засобу: для використання вдома або зовні, як-то у школі; для щоденного використання або для допомоги чи лікування. За це відповідають керівники медичних закладів через муніципальні ради. Тарифікація відрізняється в залежності від округу. Особа повинна мати можливість вільно обирати потрібний їй засіб. Допоміжні засоби перевіряються та замовляються медичними центрами первинних послуг охорони здоров'я, клініками та спеціалізованими медичними центрами, як-то: слуху, зору, ортопедії, інше. Перевірка та оцінка допоміжних засобів здійснюється за рахунок державних коштів. Шведський інститут допоміжних технологій залучається до проведення відповідних досліджень щодо розвитку нових технологій та засобів для людей з інвалідністю. Крім того, інститут

проводить навчання навичок користування та здійснює міжнародне співробітництво в частині допоміжних технологій [50].

У законодавстві Чеської Республіки відсутнє уніфіковане визначення інвалідності та особи з інвалідністю. Ці визначення вживаються залежно від контексту в антидискримінаційному законодавстві щодо рівності прав. Законодавство про працю апелює до визначення ступеня втрати працездатності (перший, другий, третій). Для цілей соціального законодавства інвалідність означає такі порушення: фізичні, сенсорні, ментальні, мовні, навчальні та поведінкові [51].

Люди з інвалідністю є невід'ємною частиною національної системи страхової медицини, яка в майбутньому має використовувати інструменти, які б зменшували залежність від медичного втручання та посилювали би його ефективність та результативність. Розвиватиметься не лише раннє втручання, подальше медичне обслуговування та інтеграція допомоги в системі медичних та соціальних послуг, але й підтримуватимуться заходи попередньої реабілітації та терапевтичні заходи для людей з інвалідністю та осіб із хронічними захворюваннями. Передбачається й вторинне втручання через політику дотацій таким особам на подальше навчання. Передбачається, що це дозволить зекономити державні ресурси [51]. Щороку, Міністерство охорони здоров'я Чехії оголошує грантові програми для організацій осіб з інвалідністю та хронічно хворих осіб із тематики навчання користувачів медичної допомоги серед зазначених груп [51].

Стосовно ж послуг для осіб із ментальними порушеннями здоров'я, уряд країни зосереджує увагу на створенні центрів у громадах, де б такі особи могли отримувати послуги [52].

Чеське законодавство про охорону здоров'я передбачає, що пацієнта мусять інформувати про всі доступні медичні та соціальні послуги, які можуть поліпшити його стан здоров'я, зокрема медична, соціальна та трудова реабілітація. Послуги із соціальної та медичної реабілітації, спрямовані на, набуття навичок самообслуговування та максимальної незалежності, надаються

різними недержавними провайдерами, серед яких організації людей з інвалідністю, медичні інституції. Послуги надаються як в амбулаторних умовах, так і за місцем проживання особи [52].

Інвалідність у Республіці Польща визначається як неможливість виконувати соціальні функції через порушення здоров'я. Для визначення інвалідності враховуються фізичні, психічні та соціальні можливості функціонування організму особи. Оцінку проводить комісія на рівні повіту, яку сформовано із лікаря та іншого фахівця, яким може бути психолог, соціальний робітник, консультант із супроводу в працевлаштуванні, педагог або інший лікар. У документах стосовно інвалідності зазначаються рекомендації щодо зайнятості, працевлаштування на спеціальних підприємствах для осіб з інвалідністю, професійного навчання, участі у програмах працетерапії, надання протезно-ортопедичних засобів, допоміжних або інших технічних засобів. Важливим компонентом рекомендації є отримання допомоги на місцевому рівні – соціальна допомога, особистий догляд, лікувально-реабілітаційні послуги. Крім того, надаються рекомендації щодо постійного або тривалого догляду чи сторонньої допомоги. Ці рекомендації слугують обґрунтуванням для отримання соціальної допомоги в грошовій та / або натуральній формі, передбаченій для осіб з інвалідністю [53].

Послуги із догляду за особами з інвалідністю можуть включати: засвоєння та розвиток навичок повсякденного самостійного життя; фізичну реабілітацію та відновлення функцій організму. Допоміжні засоби, такі як інвалідні візки, пристрої для руху та підйомники, можна придбати, зокрема, за рахунок Державного фонду реабілітації осіб з інвалідністю. Той же Фонд може сплатити до 95% вартості навчання комунікації, зокрема жестової мови для особи з інвалідністю. Крім того, від Фонду можна отримати засоби на часткове покриття витрат на перекладача жестової мови або перекладача-супровідника [53].

До видатків, передбачених у системі медичного страхування, включено питання догляду за особами з інвалідністю, надання медичних засобів,

допоміжних засобів. До слова, класифікацію відповідних засобів подано в Польському стандарті PN-EN ISO 9999:2011 «Допоміжні засоби для осіб з інвалідністю». Крім того, за фінансування Міністерства охорони здоров'я особи з інвалідністю надаються амбулаторні послуги за місцем проживання. Водночас питання інвалідності включено до програм вищої освіти підготовки лікарів та програм підготовки іншого медичного персоналу [53].

Актом Міністерства охорони здоров'я визначається порядок отримання та гарантується перелік послуг медичної реабілітації: амбулаторна реабілітаційна допомога; амбулаторна фізіотерапія, медичні консультації вдома; фізіотерапія вдома; реабілітація. Надання окремих послуг вдома суттєво поліпшує доступ до послуг мешканцям сільської місцевості. За кошти Державного фонду реабілітації інвалідів можуть бути профінансовані заходи, зокрема і для недержавних надавачів, які стосуються реабілітації, навчання для осіб з інвалідністю та їх сімей. Крім того, функції із соціальної та професійної реабілітації забезпечують органи державної влади та місцевого самоврядування. До слова, кошти на забезпечення діяльності реабілітаційних служб можуть виділятися через фонд вирівнювання. Також існує фінансове заохочення, яке полягає в податкових пільгах, у разі видатків на реабілітацію, які несе особа з інвалідністю [53].

Держава Ізраїль, визначаючи термін особи з інвалідністю, виходить із стійких довготривалих порушень здоров'я, які перешкоджають участі в суспільному житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватись інші контекстуальні визначення [54].

У страховій медицині країни наявні можливості фінансової підтримки для оплати страхових внесків для осіб з інвалідністю. Розмір внеску не має наслідком різницю в наданні послуг. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявляти порушення здоров'я на ранньому етапі. Огляд проводиться у лікарнях, центрах матері та дитини [54].

Урядом фінансується широкий спектр послуг стосовно реабілітації через Міністерство охорони здоров'я, оборони та інститут страхування. Ці послуги

спрямовані на досягнення максимальної незалежності особи. Такі послуги надаються в громадах, носять добровільний характер та враховують побажання користувачів. Вживаються заходи щодо інформування про послуги із реабілітації, які здійснює Національний інститут страхування. Реабілітаційний відділ цього інституту здійснює й підготовку та підвищення кваліфікації фахівців реабілітаційних установ. Щорічно проводяться навчальні програми, зокрема з урахуванням відгуків від координаторів реабілітаційної роботи [54].

Міністерство охорони здоров'я відповідальне за сприяння в забезпеченні допоміжних засобів. Витрати на такі засоби (зокрема для осіб із порушеннями руху – візки, моторизовані візки, спеціальне взуття, тростини) покриваються за рахунок внесків особи та державних коштів. Причому, уряд поступово зменшує частку особистого внеску особи. Певна фінансова підтримка надається й для придбання автомобілів та витрат, пов'язаних із їх експлуатацією [54].

Реабілітаційні послуги та допоміжні засоби надаються й через Міністерство оборони для осіб, що набули інвалідність внаслідок бойових дій. Спектр допоміжних засобів є достатньо широким. Такі засоби надаються безкоштовно [54].

## **Висновок до розділу 1.**

1. Реабілітація осіб з інвалідністю є складовою частиною діяльності у сфері охорони здоров'я. Згідно теоретичних підходів реабілітація осіб з інвалідністю – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Реабілітація осіб з інвалідністю є об'єктом управлінського впливу. Як об'єкт управління вона включає такі процеси:

- медичні, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезами;

- фізичні, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, протезами та іншими технічними засобами реабілітації, що поліпшують самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;

- психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;

- професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;

- трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;

- соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

- психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;

- фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять.

2. Узагальнення зарубіжного досвіду з використанням механізмів реабілітації осіб з інвалідністю засвідчує, що в більшості з них проводиться політика деінституалізації реабілітаційної підтримки. Зокрема в ЄС відбувається скорочення ролі урядів і зростання ролі приватного сектору.

3. Характерною особливістю зарубіжної практики надання реабілітаційних послуг є надання її через функціонування системи охорони

здоров'я та соціальної підтримки. У більшості окреслених країн, реабілітаційні послуги включені у систему медичного страхування із відповідними формами відшкодування. Отримання ж послуг поступово зосереджується ближче до місць проживання осіб з порушеннями здоров'я. Щодо допоміжних засобів, то їх забезпечення теж відрізняється: від часткового відшкодування вартості до забезпечення за рахунок держави або місцевих органів.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ЧИННОЇ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ І ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1. Аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні.**

Складові соціальної реабілітації визначаються Законом України «Про соціальні послуги». Ці послуги включають: тренінги із навичок самодопомоги; навчання навичкам незалежності та діям щодо соціальної інклюзії; посередництво в контактах із соціальним середовищем; освітня і заохочувальна діяльність; допомога в реалізації прав. Додатково центри соціальної реабілітації надають послуги із консультування, особистої гігієни, харчування та побутової допомоги. Фінансуються послуги за рахунок субсидій із організацій Міністерства соціальної політики. Для користувачів базова соціальна реабілітація є безкоштовною. Оплачуються лише видатки, пов'язані із проживанням, харчуванням та допомогою в особистій гігієні [52]. Допоміжні засоби одноразово можна придбати за рахунок муніципалітетів. Видатки на їх придбання перебувають за межами медичної системи допомоги [53].

Інституційне середовище функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю охоплює оцінку наявних інститутів, причетних до цього процесу, змін, що відбуваються в їх повноваженнях і функціональних обов'язках.

В сукупності до системи інституцій, що формують інституційне середовище функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю, належать: Мін. соц. політики України, Міністерство охорони здоров'я, неурядові організації, що працюють в інтересах людей з інвалідністю, об'єднання учасників АТО.



Рівень готовності ключових інституцій та груп інтересів до формування нового порядку денного системи реабілітації є неоднаковим. Проте на характер цих змін можуть вплинути інші сфери реформування, зокрема децентралізація, а з нею реформа сфери охорони здоров'я та соціальних послуг.

Визначну роль відіграє Міністерство соціальної політики України. Адміністративна підтримка нововведень супроводжуватиметься певними викликами. Як видно із аналізу впровадження Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, Міністерство соціальної політики не поспішає запроваджувати деінституалізацію в наданні послуг для осіб з інвалідністю.

Непомітно особливих зрушень і в питанні забезпечення компенсації або зміни порядку отримання допоміжних засобів, на що вказують окремі категорії осіб з інвалідністю. Водночас оптимізму може додати підтримуваний міністерством законопроект «Про соціальні послуги», яким передбачаються додаткові альтернативи отримання послуг, зокрема на рівні громади. Очевидно, ухвалення парламентом Закону має в подальшому привести до уніфікації системи соціальних та реабілітаційних послуг. Зокрема, має бути визначеним перелік реабілітаційних послуг, що надаватимуться на базовому рівні.

Роль Міністерства охорони здоров'я України теж знаходиться в процесі трансформації стосовно необхідності запровадження МКФ та побудови нової системи реабілітації [55], зокрема на засадах оцінки групою фахівців функціональних розладів особи та формування на її основі реабілітаційних послуг згідно із очікуваннями користувача. Проведення реформи охорони здоров'я може посилити можливості реформування, особливо щодо закладення реабілітаційних послуг на трьох рівнях послуг охорони здоров'я. Однак загальна консервативність та корпоративна закритість апарату Міністерства охорони здоров'я може суттєво зашкодити таким очікуванням. Крім того, реформа фінансування медичних послуг, зокрема введення гарантованого їх пакету, прямо впливатиме на спосіб отримання реабілітаційних послуг та засобів медичного призначення.

Встановлення сучасної системи реабілітації інвалідів відбувається на фоні децентралізації. Реформа децентралізації вимагатиме участі громад у наданні реабілітаційних послуг. Рівень оцінки потреб, надання базових соціальних послуг, як і медичних послуг первинного рівня, вимагатиме необхідної спроможності фахівців та інститутів на місцевому рівні. Отримання повноважень об'єднаними територіальними громадами, зокрема у сфері соціальних / реабілітаційних послуг базового рівня, без підкріплення відповідними ресурсами не сприятиме належному рівню отримання цих послуг. Крім того, подальше фінансування реабілітаційних установ, але не послуг для користувача, ставитиме під сумнів взаємодію громад, у яких наявні послуги різної форми реабілітації.

Як і в зарубіжній практиці до процесу реабілітації долучаються неурядові організації, що працюють в інтересах людей з інвалідністю. Інтерес спільноти людей з інвалідністю є дуальним. По-перше, група зацікавлена в збереженні кращих здобутків чинної реабілітаційної системи, зважаючи на можливість отримання певного виду послуг, зокрема санаторного закладу для осіб із порушеннями спинного мозку, декількох інших установ. По-друге, особи з інвалідністю наполягають на впровадженні стандартів Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, підтримуючи розгляд визначення інвалідності в контексті відношення особи з порушеннями здоров'я до середовищних та суспільних перешкод. Підтвердженням цього може слугувати ініціювання громадським рухом осіб з інвалідністю моделі послуг раннього втручання, зокрема через функціонування мультидисциплінарних груп.

В умовах гібридної війни, виникла потреба в реабілітації учасників АТО. До розв'язання цієї проблеми долучились об'єднання учасників АТО. Усю недосконалість реабілітаційної системи України особливо гостро відчули військові та цивільні особи, що постраждали внаслідок бойових дій на території проведення АТО. Медичні фахівці та волонтери, що реагують на потреби у реабілітації груп осіб, пов'язаних із АТО, наполягають на якнайшвидшому реформуванні сфери реабілітації. Наслідки відсутності координації у сфері

реабілітації призвели до поширення ініціатив із створення Міністерства ветеранів, яке б отримало відповідні функції. Однак створення даної інституції матиме більше символічне значення, ніж ефективний вплив.

Таким чином, в Україні сформована певна система інституцій, які в сукупності забезпечують роботу установ і організацій по реабілітації осіб з інвалідністю. Для повної оцінки ефективності інституційного середовища і його трансформації роз'яснено рівень системності управління.

## **2.2. Оцінка ступеня системності заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я.**

Нормативну базу системи реабілітації в Україні складають Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», значна кількість нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України (далі – КМУ), відомчі документи, зокрема Мінсоцполітики та Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ). Правові документи, що регламентують питання реабілітації, готувалися в різний час, а отже, мають часто різну термінологію та передбачають неоднакові підходи до забезпечення реабілітаційними послугами. Під час розробки нового закону щодо реабілітації видається необхідною підготовка єдиного документу, наприклад постанови КМУ, в якому би було посилення на всі відомчі документи, що стосувались би деталізації різних форм та видів реабілітації, встановлення груп інвалідності тощо. Це дозволило би уникнути дублювання та відсутності різних підходів. Такий підхід дозволив би полегшити роботу фахівців, що працюють у цій сфері, та полегшив би особам з інвалідністю розуміння того, на що вони мають право і яким чином забезпечити реалізацію такого права.

Медична реабілітація й далі залишається успадкованою від часів СРСР із великими центрами, які більше підходять для санаторно-курортного лікування. На цьому, зокрема, наголошувала й оціночна місія ВООЗ, кажучи, що: «Існують кілька реабілітаційних послуг, проте немає систематичного плану реабілітаційних послуг в закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Переважно реабілітаційні заклади працюють так, як це було запроваджено в Радянському Союзі, проте було створено декілька сучасних реабілітаційних закладів. Проте вони є новими поодинокими зразками і не представляють всю систему охорони здоров'я в цілому. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжко-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів). Надання допоміжних засобів відділене від пов'язаних зі здоров'ям реабілітаційних послуг і призводить до недостатніх результатів та марнування ресурсів» [11].

У 2005 році прийнято Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [12]. На той час Закон вважався достатньо прогресивним. Ним було закладено засади:

- встановлення груп інвалідності та формування програми реабілітації з урахуванням очікувань користувача;
- сукупності видів, форм реабілітації та типів реабілітаційних закладів, зокрема деякі із закладів базувались на моделі «незалежного способу життя»;
- забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами. Проте Закон стосувався лише осіб, інвалідність яких формалізувалась через становлення відповідно I, II та III групи інвалідності, не особливо поширюючись на осіб з порушеннями здоров'я, яким таку інвалідність не встановлено. До закону вносились лише незначні доповнення щодо визначення терміну «інвалідність», додання до користувачів реабілітаційними послугами учасників АТО та жінок після мастектомії стосовно забезпечення їх протезно-ортопедичними виробами.

Так, у 2011 році на виконання вимог щодо імплементації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в

Україні» було внесено зміни щодо визначення термінів «інвалід», «дитина-інвалід» та «інвалідність». Було зроблено акцент не на стані здоров'я особи, а на встановленні тісного зв'язку між особою з порушеннями здоров'я та перешкодами в суспільстві, що можуть призводити до обмеження життєдіяльності такої особи [13].

Водночас відповідні зміни до визначення особи з інвалідністю були внесені й до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», проте визначення терміну «дитина-інвалід» залишилось незмінним в Законі України «Про охорону дитинства» [14], в якому вказується, що порушення стану здоров'я дитини призводять до обмеження нормальної життєдіяльності дитини та зумовлюють потребу додаткової соціальної допомоги і захисту.

Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома міністерствами, що через відсутність координації призводить до відсутності цілісності реабілітаційного процесу [15].

Міністерство соціальної політики України, реалізуючи повноваження щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, координує діяльність, пов'язану із отриманням окремих реабілітаційних послуг, забезпеченням технічними та іншими засобами реабілітації. Крім того, це міністерство через затвердження типових нормативних документів координує діяльність стаціонарних закладів соціального захисту (інтернатні заклади), які окрім догляду повинні надавати й реабілітаційні послуги.

МОЗ реалізує політику у сфері медичної реабілітації, і зокрема в сфері забезпечення засобами медичного призначення [16].

Міністерство освіти і науки України (далі – МОН) затверджує навчальні програми із підготовки фахівців у сфері реабілітації [17].

До повноважень Міністерства оборони, зокрема, належить: «здійснення заходів, спрямованих на реалізацію соціально-економічних і правових гарантій військовослужбовцям, членам їх сімей та працівникам Збройних Сил, особам, звільненим у запас або відставку, а також членам сімей військовослужбовців,

які загинули (померли), пропали безвісти, стали інвалідами під час проходження військової служби або потрапили в полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки» [18]. Крім того, Міністерство «організовує медичне забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, розробляє і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, санаторно-курортних та реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження і здоров'я військовослужбовців Збройних Сил та організовує санаторно-курортне лікування військовослужбовців та ветеранів військової служби, членів їх сімей, ветеранів війни, працівників Збройних Сил та інших категорій громадян, яким надано право на користування закладами охорони здоров'я Міноборони». Практично Міноборони забезпечує формальне підтвердження статусу ветерана та підтверджує факт отримання ним інвалідності внаслідок участі у бойових діях. У відомчих закладах охорони здоров'я (госпіталі) надаються реабілітаційні заходи військовослужбовцям, зокрема ветеранам. Крім того, через відповідні заклади надається й санаторно-курортне лікування [18].

За інформацією оціночної місії ВООЗ, недостатня координація між окремими міністерствами, що реалізують політику у сфері реабілітації та, відповідно, між різними реабілітаційними послугами, призводить до недостатньої результативності, зокрема у забезпеченні допоміжними засобами [19].

Не дивлячись на те, наразі створена розгалужена мережа реабілітаційних установ різних форм власності та відомчої належності, які надають послуги людям з інвалідністю, проте це не дає змоги повною мірою забезпечити їх належними реабілітаційними послугами.

Станом на 01.01.2019 у сфері управління Міністерства соціальної політики України та органів соціального захисту населення налічувалось 152 реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, у тому числі 8 з них безпосередньо підпорядковані Міністерству (державна власність). За минулий рік у таких установах проходили реабілітацію понад 19,0 тис. осіб з

інвалідністю та дітей з інвалідністю, зокрема у державних реабілітаційних установах – 3,8 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю [20]. Проте, цифри, що наводяться в офіційних звітах, не відображають реальної потреби у реабілітаційних послугах, а також не відстежується якість та ефективність таких послуг.

Низький рівень заробітної плати фахівців соціальної сфери інколи призводить до нестачі кваліфікованих кадрів, дефіциту відповідальності та низької якості послуг. Як правило, послуги оцінюються за такими критеріями, як «кількість одержувачів послуг», «кількість наданих послуг», «обсяг фінансування» тощо. При цьому, не згадується про якість послуг, орієнтування послуг на індивідуальні потреби людей з інвалідністю та рівень задоволення цих потреб» [21].

Занепокоєння експертів викликає недоступність реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю у сільській місцевості: установи розташовані по країні нерівномірно: в одній області спостерігаємо функціонування декількох реабілітаційних закладів різного підпорядкування, в іншій вони відсутні взагалі. Окрім цього, заклади системи охорони здоров'я та освіти, де надаються послуги, в переважній більшості архітектурно недоступні для людей з інвалідністю. Не використовуються принципи універсального дизайну та розумного пристосування. Іншою не менш важливою проблемою є відсутність доступного транспорту та інфраструктури, що ускладнює відвідування реабілітаційних установ різного відомчого підпорядкування для людей з інвалідністю [21].

Ефективній реабілітації людей з інвалідністю перешкоджає ряд й інших значних недоліків. Зокрема, відсутні єдині принципи політики щодо надання якісних послуг для осіб з інвалідністю внаслідок функціонування різних центрів: медичних, медико-соціальних, соціальних, психолого-педагогічних, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної реабілітації різного відомчого підпорядкування [21].

Незавершеність формування Централізованого банку даних з питань інвалідності (далі – ЦБІ) як єдиної системи збору та узагальнення статистичних даних щодо чисельності людей з інвалідністю та їхніх потреб та відсутність належної взаємодії Міністерства соціальної політики України з користувачами ЦБІ роблять проблематичним його функціонування в актуальному режимі. Внаслідок незабезпечення інформаційного доступу до ЦБІ та обміну інформаційними даними в автоматизованому режимі його користувачам, працівники Медико-соціальних експертних комісій (далі – МСЕК) та лікарсько-консультативних комісій (далі – ЛКК) інколи не мають можливості для завантаження даних індивідуальних програм реабілітації людей з інвалідністю (далі – ІПР), що не дає можливості визначити актуальну потребу в реабілітаційних заходах та відстежити їхню результативність. Не ведеться облік людей з інвалідністю та заходів, які вони отримують і в яких вони мають потребу, невідомі реальні масштаби перепон і бар'єрів, що заважають нормальній життєдіяльності вказаних осіб [21].

Так, загальна кількість осіб з інвалідністю в Україні станом на 01 січня 2019 року становила: 2 659 700 осіб віком від 18 до 100 років, 159 044 осіб віком до 18 років.

Кількість осіб з інвалідністю по групах: I група – 235 400 осіб, II група – 899 200 осіб, III група – 1 341 900 осіб віком з 18 до 100 років.

У 2019 році 136300 осіб первинно визнані особами з інвалідністю, з них 109839 осіб працездатного віку і працюючих 47 068 осіб.

У 2018 році 138 756 осіб первинно визнані особами з інвалідністю, з них 112903 осіб працездатного віку і працюючих 46 599 осіб.

Кількість складених індивідуальних програм реабілітації для осіб віком від 18 до 100 років за 2019 рік: 458507 шт. Кількість виконаних індивідуальних програм реабілітації у переоглянутих осіб від 18 до 100 років становить 317415 шт., з яких повністю виконані 139970 шт., частково виконані 177445 шт., не виконані 12 883 шт.



Водночас показники повної і часткової реабілітації осіб від 18 до 100 років у 2019 році такі: 6772 осіб визнано повністю реабілітованими (2,0 %) та 17667 осіб визнані частково реабілітованими (16,5 %) [57].

Не дивлячись на внесення змін до термінології стосовно тісного зв'язку між станом здоров'я особи та бар'єрами в суспільстві, змін, наприклад, щодо критеріїв встановлення групи інвалідності не відбулось. Вирішальним й надалі залишається стан здоров'я особи. Відповідно до Закону, особі може встановлюватись I, II та III група інвалідності, а згідно з новою редакцією статті 7, передбачено поділ I групи інвалідності на підгрупи А та Б, а також в категорії дітей з інвалідністю виокремлено категорію дітей з підгрупою А [22].

Підтвердження того, що стан здоров'я є визначальним під час встановлення груп інвалідності, знаходимо, аналізуючи Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, в якому для встановлення групи інвалідності особа має відповідати певним критеріям. Зокрема: «До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєвоважливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування» [23].

Щодо встановлення інших груп інвалідності також передбачено аналогічні критерії. Відмінність полягає лише у ступені таких обмежень. Незрозумілим видається один із критеріїв для встановлення II групи інвалідності: «II група інвалідності встановлюється учням, студентам вищих навчальних закладів I-IV рівня акредитації денної форми навчання, що вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії» [23].

Отже, судячи із вищезазначеного Порядку, критеріями для визначення групи інвалідності є стійкі порушення функцій організму - значно вираженої

важкості (I група інвалідності), вираженої важкості (II група) та помірної важкості (III група) [23].

Важливим при визначенні групи інвалідності, відповідно до вищезазначеного Порядку, є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності (самообслуговування, пересування, спілкування, контроль за своєю поведінкою, навчання, праця). Отже, передбачено 3 ступені обмеження життєдіяльності: значний III ступінь, виражений II ступінь, помірної виражений I ступінь [23].

Спроба визначити ступінь втрати різних критеріїв життєдіяльності є прогресивним кроком, однак практика застосування засвідчує, що працівниками МСЕК вищезазначені вимоги трактуються таким чином, що у особи, наприклад, I групи всі критерії життєдіяльності мають відповідати III значному ступеню, хоча в Порядку мова йде про один або декілька критеріїв. Прикладом може бути ситуація, коли людині лише із порушеннями зору, що має I групу інвалідності, встановлюють III значний ступінь в частині самоконтролю чи спілкування, що взагалі не стосується цієї категорії осіб [24]. Вищезазначені вимоги щодо ступенів обмеження життєдіяльності та параметри їх оцінки деталізовані в Інструкції про встановлення груп інвалідності [25]. Використання в роботі Інструкції дозволило би не припускати помилок під час визначення сфер життєдіяльності, в яких у людини є певні обмеження.

Такі ситуації, а також ситуації із неналежним заповненням ІПР, в першу чергу, пов'язані із недостатньою кількістю працівників МСЕК. У 2019 році в Україні функціонували 361 МСЕК, з них 49 обласних та центральних міських і 312 міжрайонних МСЕК. Станом на 01.01.2020 року в мережі МСЕК працюють 1386 лікарів [26]. Очевидно, що такої кількості фахівців для встановлення груп інвалідності та підготовки ІПР для фактично 3 млн. осіб з інвалідністю, особливо враховуючи той факт, що кожні 2 роки вона має переглядатись, недостатньо.

Кардинальне оновлення роботи МСЕК має стати частиною реформування системи реабілітації, адже на сьогоднішній день людина з інвалідністю може

розраховувати лише на отримання тих реабілітаційних послуг, які передбачені їй ІПР, що, відповідно до статті 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», розробляє МСЕК для повнолітніх осіб з інвалідністю та ЛКК для дітей з інвалідністю. На ці органи покладається функція визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо дітей та дорослих осіб з інвалідністю [27].

Відповідно до статті 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ІПР особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває людина з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу й форми власності. Водночас для особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю ІПР носить рекомендаційний характер. Особа з інвалідністю (законний представник дитини-інваліда) має право відмовитися від будь-якого виду, форми й обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому [29].

В законі передбачено, що особа з інвалідністю (законний представник недієздатної людини, дитини з інвалідністю) бере участь у виборі конкретних технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг і санаторно-курортного лікування тощо у межах його ІПР, однак на практиці такого вибору фактично не існує у зв'язку із відсутністю широкого переліку надавачів послуг.

Визначення і фіксація в ІПР особи з інвалідністю потреб щодо здійснення тих чи інших видів реабілітації не означає автоматично, що така реабілітація буде забезпечена для людини з інвалідністю. Це обумовлено тим, що бюджетні кошти на реабілітацію розподіляються між реабілітаційними установами та закладами державної форми власності, а не надаються на виконання ІПР конкретних осіб з інвалідністю.

Першою значною спробою Міністерства соціальної політики України щодо впровадження врахування зовнішніх факторів, що впливають на життя людини з інвалідністю став наказ, яким визначались функціональні можливості осіб з інвалідністю, що потребують забезпечення протезно-ортопедичними виробами [20]. Початковою редакцією цього Наказу було передбачено, що серед критеріїв, застосування яких дозволяє отримати протез нижніх кінцівок кращої функціональної можливості, були такі, як місце роботи, професійне заняття спортом та місце проживання. Так, особа, що надала довідку з місця роботи, матиме можливість отримати протезування кращої функціональної якості на відміну від самозайнятої особи, волонтера чи студента, чи пенсіонера, а протезування особи, що проживає у сільській місцевості відрізнятиметься від протезування мешканця міста [31].

Зазначені показники не є об'єктивними. Зокрема, працевлаштованість особи або її залучення до професійного спорту є змінними категоріями, залежними від наявності в певний момент протезно-ортопедичного виробу належної функціональності.

Врахування різних умов життя людини повинно мати значення під час забезпечення протезуванням чи засобами реабілітації, однак необхідно вивчити ситуацію кожної людини та надати виріб, який справді їй потрібен. Наприклад, ставити 2 бали за проживання в сільській місцевості, а 1 за проживання в місті не вбачається об'єктивним критерієм для визначення функціональності протезу, оскільки маленькі міста чи окраїни великих міст можуть мати інфраструктуру не набагато кращу, ніж у сільській місцевості, а села поруч з великими містами часто мають сучасну та зручну інфраструктуру.

Водночас, у новій редакції Наказу від 17.09.2016, не дивлячись на значні зміни, соціальні показники дорівнюють 5 балам, а їх відсутність дорівнює нулю. Отже, за умови відсутності соціальних характеристик і за умови, що всі інші критерії отримають найбільшу кількість балів, людина все одно не зможе мати достатню кількість балів для найвищого IV ступеню, відповідно й отримає протез нижчої функціональності.

У принципі є можливість отримати протези кращої функціональності, оскільки протези та протези підвищеної надійності та функціональності, видаються постраждалим внаслідок АТО та особам з інвалідністю, які працюють, служать, навчаються, є з розрахунку один виріб на три роки, а особам з інвалідністю – з розрахунку один виріб на чотири з половиною роки [32]. Тобто особа зможе отримати протез вищої функціональності, однак з довшим періодом експлуатації.

Схожий підхід визначено й в Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення [33], де, наприклад, в частині 10 зазначено, що на підставі висновку МСЕК щодо інвалідності по зору забезпечуються диктофонами особи з інвалідністю I і II групи по зору з числа студентів та слухачів навчальних закладів I-IV рівня акредитації, осіб, які працюють на посадах керівників та їхніх заступників, а також юристів, журналістів, педагогів. Інші спеціалісти можуть бути забезпечені диктофонами за наявності такого висновку та рішення комісії, утвореної органами соціального захисту, до складу якої входить представник громадської організації осіб з інвалідністю по зору.

Водночас, нерівне поводження спостерігається і в ресурсному забезпеченні окремих категорій людей з інвалідністю. Так, впродовж 2014-2015 рр. особи з інвалідністю по зору не отримали жодного засобу реабілітації [34]. Крім того, зволікання із проведенням організаційних процедур у окремих відомствах призводить до суттєвої затримки з отримання таких засобів. Останній приклад пов'язаний із тривалим зволіканням забезпечення протезування, в тому числі учасників АТО [35].

Потребує уніфікації порядок забезпечення осіб з інвалідністю технічними засобами реабілітації, адже, відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення [36], частиною засобів реабілітації особи з інвалідністю забезпечуються відповідно до висновку МСЕК

про інвалідність, а частина – відповідно до рекомендацій зазначених в ППР. Так, відповідно до частини 8 Порядку, підставою для забезпечення осіб з інвалідністю по слуху та дітей з інвалідністю по слуху мобільними телефонами є висновок відповідно МСЕК або ЛКК, що підтверджує інвалідність по слуху. Аналогічна норма міститься в частині 9 Порядку, де зазначено, що підставою для забезпечення осіб з інвалідністю по зору та дітей з інвалідністю по зору електронними годинниками і тактильними тростинами, є висновок відповідно до МСЕК або ЛКК, що підтверджує інвалідність по зору [36]. Такий підхід засвідчує, що відсутнє будь-яке вивчення реальних потреб осіб з інвалідністю в необхідності вищезазначених засобів реабілітації.

У 2020 році Міністерство соціальної політики України затвердило Порядок призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції [37], згідно з яким встановлюється механізм призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей людини. Зокрема, цим Порядком передбачено близько 10 видів крісел колісних, для яких встановлюються обов'язкові функції, обов'язкове оснащення, додаткове спеціальне оснащення залежно від індивідуальних потреб користувача, його побажань щодо опцій, а також рекомендацій і протипоказань стосовно його призначення. Так, серед різних критеріїв щодо стану здоров'я та можливості керувати кріслом колісним самостійно чи за допомогою сторонніх осіб розглядається критерій кількості годин, які особа планує проводити в кріслі колісному протягом дня. Також серед рекомендацій для призначення активного крісла є такі пункти:

- користувач потребує частого транспортування крісла колісного (працює, навчається, їздить громадським або власним транспортом);
- користувач займається спортом на кріслі колісному;
- користувач проживає в багатоповерховому будинку, в якому відсутній ліфт, або користується сходами;

- користувач перебуває у трудових відносинах, зареєстрований як фізична особа - підприємець, провадить незалежну професійну діяльність, навчається, служить, займає виборну посаду [37].

Не менш складною є й процедура отримання технічних засобів для якнайбільшої компенсації функцій ушкоджених органів, що отримуються через систему органів охорони здоров'я, передбачених Порядком забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами [38]. Відповідно до цього Порядку особи з інвалідністю мають право отримати слухові апарати, сечоприймачі чоловічі та жіночі, високопоглинальні прокладки для жінок, які страждають нетриманням сечі, калоприймачі, підгузники, а також технічні засоби з мовним виводом: глюкометри, термометри та тонометри, також передбачені різноманітні засоби для забезпечення осіб в умовах стаціонару. Тип технічного засобу визначає лікар, після чого людина з інвалідністю направляється на МСЕК (або ЛКК) у встановленому порядку з метою внесення відповідних даних до ІПР. Найбільшим недоліком цього Порядку є те, що забезпечення технічними засобами здійснюється на підставі медичного висновку за рахунок та в межах коштів державного та місцевих бюджетів, передбачених на зазначену мету. Отже, якщо кошти на цю ціль у бюджеті непередбачені, то й не буде відповідного забезпечення [38].

Відповідно до офіційної інформації, у 2019 році на забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації затверджено видатки в сумі 1047,2 млн. грн, що на 141,1 млн. гривень більше ніж у попередньому році [39].

На зазначені видатки було виготовлено та видано 601,6 тис. одиниць технічних та інших засобів реабілітації. Зокрема за групами виробів:

- протезно-ортопедичні вироби – 168,1 тис. одиниць;
- протези молочної залози – 147,1 тис. одиниць;
- засоби пересування – 20,9 тис. одиниць;
- засоби реабілітації – 52,9 тис. одиниць;

- ремонт технічних засобів реабілітації – 4,8 тис. одиниць;
- спеціальні засоби для спілкування та обміну інформацією – 11,6 тис. одиниць [39].

Відкритим залишається питання якості щодо окремих допоміжних засобів. Позитивними можна вважати внесені у 2015 році зміни до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів [40]. Зокрема, окрім дітей-інвалідів послуги в центрах реабілітації зможуть отримати й діти віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність.

Водночас, проблемою залишається отримання реабілітаційних послуг якнайближче до місця проживання. Вище йшлося про інфраструктуру реабілітаційних установ, яку не можна вважати сприятливою.

Як і раніше складною залишається ситуація із реабілітацією осіб з інтелектуальними та психосоціальними порушеннями. Лише із затвердженням нових редакцій Типових положень зможуть розраховувати на реабілітаційні послуги особи, які перебувають у інтернатних закладах. Однак треба зауважити, що послуги за місцем проживання є вкрай фрагментарними та надаються переважно лише організаціями, що працюють в інтересах осіб з інвалідністю [41].

Важливим кроком в напрямку забезпечення системності реабілітаційних заходів стало затвердження Плану заходів з реалізації у 2017-2020 роках пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. Основна ідея полягає в розробці на базі чинних закладів Львівської, Харківської, Закарпатської та Одеської областей системи надання відповідних послуг. Наприкінці реалізації проекту планується розробити та затвердити загальні засади та стандарти надання послуг раннього втручання; порядок взаємодії закладів, що надають такі послуги; положення про центр (відділення, кабінет) надання послуг раннього втручання, форми документів; порядок раннього виявлення (скринінгу) в дітей відставання та порушення розвитку; штатних нормативів та кваліфікаційних характеристик спеціалістів (фахівців) для



надання цих послуг; вартості та джерел фінансування тощо [42]. Лише за результатами щорічного звітування виконавцями пілотного проекту можна буде зробити висновки щодо ефективності його реалізації [43].

Позитивним можна вважати внесення до класифікатору професій посад «лікар фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «ерготерапевт». Забезпечення відповідної підготовки та функціонування зазначених фахівців можна розцінювати як ознаку формування нової реабілітаційної системи [43].

### **2.3. Аналіз діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи з реабілітації осіб з інвалідністю, його фінансове, кадрове та матеріально-технічне забезпечення.**

Потреба отримання реабілітаційних послуг на сьогоднішній день стосується значної кількості населення України. Йдеться, по-перше, про осіб з інвалідністю, кількість яких у загальній структурі населення суттєво зросла, в.т.ч. за рахунок осіб, що постраждали внаслідок АТО, а також осіб, які мають обмеження життєдіяльності, однак не мають інвалідності. Визначальну роль в процесі присвоєння певної категорії інвалідності та набуття відповідного статусу особи закріплено за структурою обласних, міських, міжрайонних, районних бюро медико-соціальної експертизи, які у своїй діяльності керуються законами України, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, Положенням про медико-соціальну експертизу, актами Міністерства охорони здоров'я України та іншими нормативними актами.

Саме медико-соціальна експертиза визначає ступінь обмеження життєдіяльності людини, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації інвалідів, пристосування їх до суспільного життя.

В дану систему функціональних структур належить Івано-Франківське обласне бюро МСЕ.

В склад Івано-Франківського обласного бюро МСЕ входять 11 МСЕК, з них – 6 міжрайонних МСЕК загального профілю, з них одна – двох- профільна, 4–спеціалізовані МСЕК (травматологічна, кардіологічна, фтизіопульмонологічна, психіатрична) та одна обласна МСЕК. Обласна і спеціалізовані МСЕК оглядають жителів всіх районів і міст області, Калуська міжрайонна – жителів Долинського, Калуського, Рожнятівського районів і м.Болехова, Коломийська міжрайонна – Городенківського, Коломийського районів і м. Коломиї, Коломийська міжрайонна №2 – Снятинського, Верховинського і Косівського районів, Івано-Франківська міська МСЕК – жителів території обслуговування Івано-Франківських міських поліклінік №1 і №3, а також хворих з наслідками ЧМТ, хвороб і травм ока та його придаткового апарату, Івано-Франківська міжрайміськ МСЕК - жителів території обслуговування Івано-Франківських міських поліклінік №2,5 м. Яремче, Надвірнянського і Богородчанського районів, Івано-Франківська міжрайонна МСЕК - хворих з виробничими травмами, профзахворюваннями, жителів м.Бурштина, Галицького, Тлумацького, Рогатинського районів території Івано-Франківської міської міської поліклініки №4, з загальною патологією військовослужбовців. Організаційну структуру та функціональні взаємозв'язки Івано-Франківського обласного бюро МСЕ представлено на рисунку 2.1.

Розглядаючи показники діяльності Івано-Франківського обласного бюро МСЕ, слід зазначити в першу чергу, її кадровий склад, а саме лікарів служби МСЕ. Всього в ОБ МСЕ на 01.01.2019р. було зареєстровано штатних посад лікарів 51,5, в тому числі реабілітологів – 11, психологів – 1. Зайнятих посад лікарів – 47, в т.ч. реабілітологів – 11, в т.ч. психологів – 1. Фізичних осіб лікарів – 47, з них реабілітологів – 9. Кількість лікарів пенсійного віку – 16, з них реабілітологів – 2. Кількість працюючих лікарів на основній роботі в МСЕК – 47.

Розподіл лікарів за кваліфікаційними категоріями: вища: – 28 – 60%, перша: – 6 – 13%, друга: – 7 – 15%, без кваліфікаційної категорії: – 6 – 12%,

неатестовані лікарі не мають необхідного стажу роботи. Середній вік лікарів – 53,2 роки.

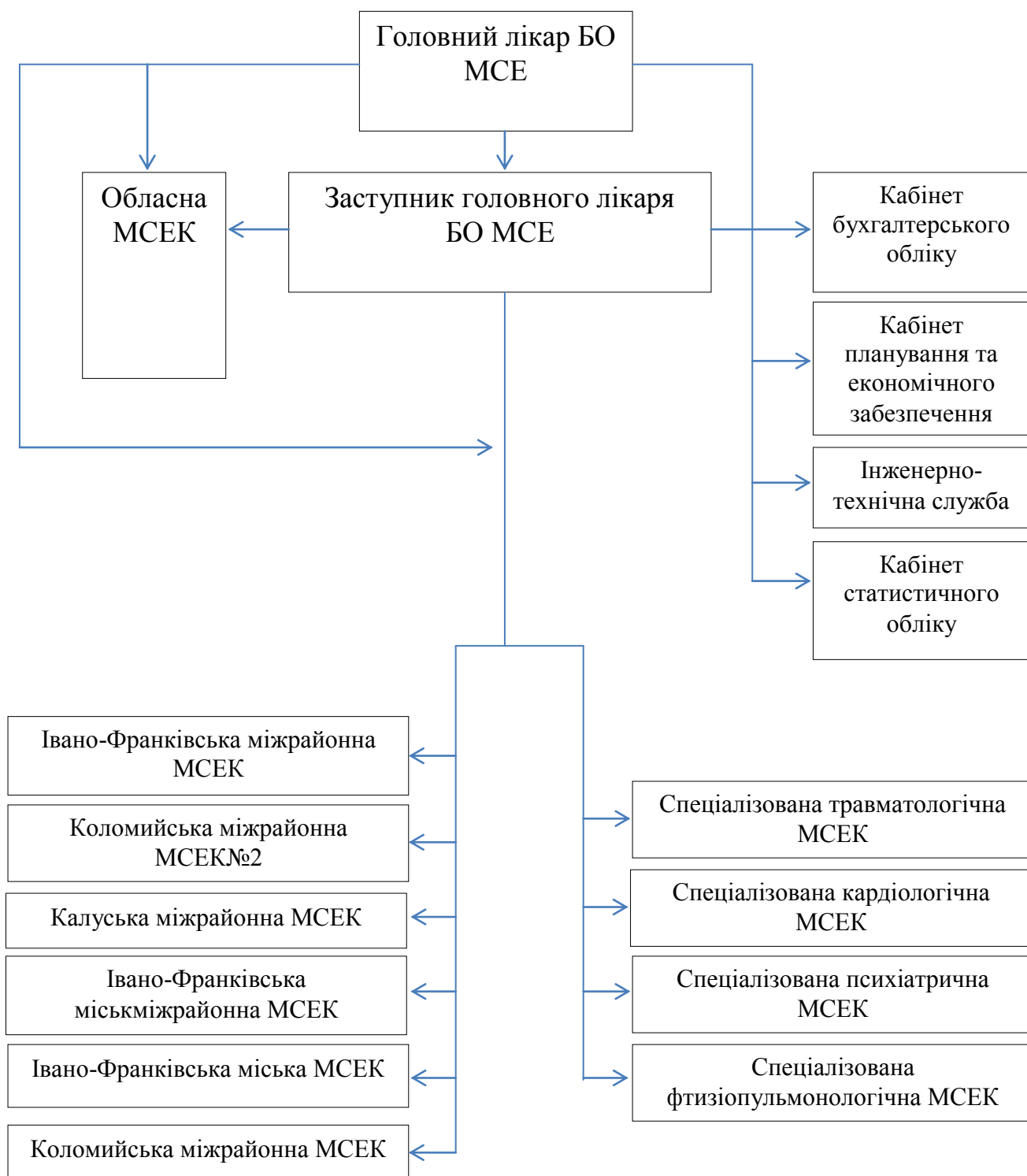


Рис.2.1 Організаційна структура ОБ МСЕ

Слід зазначити, що кадровий склад (комісій МСЕ) установ структури МСЕ формується, з урахуванням чисельності обслуговуваного населення, кількості оглянутих зазначеними комісіями хворих протягом року, у тому числі інвалідів. Залежно від рівня, структури захворюваності та інвалідності утворюються такі медико-соціальні експертні комісії: загального профілю; спеціалізованого профілю для огляду хворих на туберкульоз, осіб з психічними розладами, захворюваннями органів зору, органів кровообігу тощо.

Міські, районні комісії утворюються, як правило, з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком 16 років і старше, міжрайонні - у районах, містах з меншою кількістю

населення. Обласна, центральна міська комісія утворюється з розрахунку на п'ять міських, міжрайонних, районних комісій. Міські, міжрайонні, районні медико-соціальні експертні комісії утворюються в складі трьох лікарів-експертів (терапевта, хірурга, невропатолога), фахівця з медико-соціальної реабілітації (лікаря-реабілітолога), психолога, представника Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, а також представника військово-медичних управлінь СБУ, Служби зовнішньої розвідки - у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ, Служби зовнішньої розвідки. До складу комісій спеціалізованого профілю входять два лікарі, спеціальність яких відповідає профілю комісії, і терапевт чи невропатолог, а у разі розгляду медичних справ пенсіонерів з числа військовослужбовців СБУ, Служби зовнішньої розвідки - лікар військово-медичних управлінь СБУ, Служби зовнішньої розвідки відповідного профілю.

Штатний розпис працівників Івано-Франківського ОБ МСЕ станом на 01.07.2020 року представлено в додатку

Штатний розпис працівників ОБМСЕ представлений адміністративно-управлінським і господарським персоналом та рядом МСЕК, що входять у структуру ОБ МСЕК, а саме: Обласна МСЕК, Кардіологічна МСЕК, Івано-Франківська міська МСЕК, Травматологічна МСЕК, Фтیزیопульмонологічна

МСЕК, Психіатрична МСЕК, Івано-Франківська міськміжрайонна МСЕК, Коломийська міжрайонна МСЕК, Калуська міжрайонна МСЕК, Івано-Франківська міжрайонна МСЕК, Коломийська міжрайонна МСЕК №2. Загалом по бюро МСЕ налічується кількість штатних посад 95,50, з них: лікарів - 51,50, середніх працівників – 25,00, спеціалістів не медиків – 4,00, інших працівників 15,00. Детальна інформація показників штатного розпису наведена в додатку Б.

Кількість усього населення області – 1374770 чол., із них дорослого – 1094144 чол., осіб працездатного віку 790154 чол. Кількість засідань всіх МСЕК за 2018 р. – 1728, з них виїзних – 364 (21,1%), кількість засідань всіх МСЕК на тиждень – 39,6, на одну МСЕК на тиждень – 3,6.

За результатами первинних оглядів за 2019 р. комісіями МСЕ області оглянуто вперше 5539 чол., що на 59 чол. менше, ніж за такий же період 2018р. (5598 чол.), в тому числі для встановлення групи інвалідності – 5404 чол. (5464 - 2018р.).

Оглянуто тимчасово непрацездатних 583 чол., з них закінчили лікування 446 чол. серед яких не визнано особами з інвалідністю – 242 чол. Визнано особами з інвалідністю після продовження листка непрацездатності – 204 чол. – 45,12% в тому числі I – II групи – 4,93%, III – групи – 40,81%, не визнані інвалідами – 54,88%.

Кількість необгрунтовано направлених первинних хворих для встановлення групи інвалідності – 59 – 1,1%, проти 60 – 1,1% в 2018 році. За останні роки відмічалось зменшення кількості необгрунтовано направлених на МСЕК, цей показник є невисоким.

За результатами оглядів було встановлено факт первинної інвалідності. Всього вперше визнано інвалідами 4762 чол., що складає 43,5 на 10 тис. дорослого населення області (в 2018р. – 4810 чол., що також складало 43,9 на 10 тис дорослого населення).

Із загальної кількості вперше визнаних інвалідами в працездатному віці визнано інвалідами 4269 чол., проти 4270 в 2018 році (-1), що складає 53,9 на 10

тис. (52,5 в 2018 році), у зв'язку із значним зменшенням чисельності населення області згідно даних Головного статистичного управління.

Первинну інвалідність класифікують за певними класифікаційними ознаками: за групами інвалідності, за складом населення, за віком, інвалідність учасників Великої Вітчизняної війни та прирівняних до них осіб, за причинами інвалідності, інвалідність працюючих, інвалідність постраждалих від аварії на ЧАЕС, за формами захворювання, тощо. В даному розрізі і відбувається систематизація та фіксація даних про стан інвалідності населення. Розглянемо їх детальніше. Отож, за підсумками роботи Івано-Франківської обласної МСЕ за 2018 та 2019 рр., констатовано( табл.2.1):

Таблиця 2.1.

### Первинна інвалідність за групами інвалідності

Група	2018р. в дорослому віці (осіб)	2019р. в дорослому віці (осіб)	+, -	2018р. в працездатному віці (осіб)	2019р. в працездатному віці (осіб)	+, -
I-а	506	454	-52	248	254	+6
II-а	1517	1629	+112	1316	1435	+119
III-я	2787	2679	-108	2706	2580	-126
Всього	4810	4762	-48	4270	4269	-1

Примітка: наведено за даними Ів.Франківської МСЕ

Первинна інвалідність за складом населення. Кількість вперше визнаних інвалідами жителів міста – 2018 чол. (2065 чол. – 2018р.), села 2765 чол., (2745 чол. – 2018р.), в працездатному віці жителів міста - 1778 чол. (1770 чол. – 2018р.), жителів села – 2491 чол. (2500 чол. – 2018р.). Незначно зросла інвалідність жителів міст.

Первинна інвалідність за віком. Із 4762 чол., вперше визнаних інвалідами, у віці до 39 років визнано 1251 чол., від 40р. до 59-60рр. – 3018 чол., понад 59-60 рр. – 493 чол. В 2018 році із 4810 чол., вперше визнаних інвалідами, у віці до 39 років було визнано 1338 чол., від 40 р. до 59-60рр.- 2932 чол., понад 59-60рр.- 506 чол. Інвалідність осіб у віці до 39 років складає 26,2% проти 27,8% в 2018р. Інвалідність в молодому віці в області в 2018 році зменшилась. Всім

4762 вперше визнаними особами з інвалідністю складено ІПР (100%). Технічні засоби особам з інвалідністю, визнаним безтерміново, визначались також за висновками ЛКК ЗОЗ за місцем проживання.

Інвалідність учасників Великої Вітчизняної війни та прирівняних до них осіб. Вперше визнано особами з інвалідністю – 98 осіб, з них: особами з інвалідністю І групи – 1 чол., особами з інвалідністю ІІ групи – 8 чол., особами з інвалідністю ІІІ групи – 89 чол., в тому числі воїнів-інтернаціоналістів - 23 особи (в тому числі: І групи – 1, ІІ групи – 2 чол., ІІІ групи – 19 чол.)

Первинну інвалідність класифікують за причинами інвалідності (табл.2.2). Вперше визнані особами з інвалідністю в дорослому віці внаслідок трудового каліцтва та профзахворювання – 19 (27 - 2018р.), загального захворювання – 4229 (4215 - 2018р.), особами з інвалідністю з числа військовослужбовців – 161 (209 - 2018р.) особами з інвалідністю з дитинства – 353 (359 - 2018р.). В працездатному віці визнані особами з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва та профзахворювання – 18, загального захворювання – 3743, особами з інвалідністю з числа військовослужбовців – 155, особами з інвалідністю з дитинства – 353 чол.

Первинна інвалідність працюючих. Вперше визнано особами з інвалідністю 1120 осіб серед працюючих, в т.ч. 63 – особами з інвалідністю першої, 393 – другої, 664 – третьої групи, (1169, 63, 393, 664, відповідно в 2018р.).

Первинна інвалідність постраждалих від аварії на ЧАЕС. Кількість вперше визнаних інвалідами від аварії на ЧАЕС – 12, з них працездатного віку – 6, 9 є особами, які брали участь в ліквідації аварії. Один – визнаний особою з інвалідністю І групи, двоє – другої, дев'ять – третьої групи. П'ять осіб визнані особами з інвалідністю з приводу новоутворень, п'ять - захворювання серцево-судинної системи, по одному – з приводу розладів психіки та поведінки і хвороб сечостатевої системи.

По сукупній патології в порівнянні з 2018 роком ріст інвалідності відмічається з приводу хвороб кістково-м'язевої системи (+35), ендокринних хвороб (+34), новоутворів (+13).

Таблиця 2.2.

**Первинна інвалідність за нозологічними формами захворювань**

	<b>Всього</b>	<b>I група</b>	<b>II група</b>	<b>III група</b>	<b>На 10 тис. доросл. населення</b>	<b>В працездатному віці</b>	<b>На 10 тис. в працезд. Віці в області</b>
Хвороби системи кровообігу	992	133 (13,4%)	257 (25,9%)	602 (60,6%)	9,0	845 (19,7%)	10,6
Новоутвори	862	97 (11,2%)	683 (79,2%)	82 (9,5%)	7,8	759 (17,7%)	9,6
Травми	422	34 (8,0%)	90 (21,3%)	298 (70,7%)	3,8	399 (9,3%)	5,0
Хвороби кістково-м'язевої системи	684	9 (1,3%)	71 (10,3%)	604 (88,3%)	6,2	654 (15,3%)	8,2
Розлади психіки і поведінки	269	57 (21,1%)	120 (44,6%)	92 (34,2%)	2,4	248 (5,8%)	3,1
Захворювання нервової системи	248	37 (14,9%)	53 (21,3%)	158 (63,7%)	2,2	235 (5,5%)	2,9
Хвороби ендокринної системи	282	15 (5,3%)	58 (20,5%)	209 (74,2%)	2,5	251 (5,8%)	3,1
Захворювання органів травлення	192	1 (0,5%)	51 (26,5%)	140 (73%)	1,7	188 (4,4%)	2,3
Захворювання органів дихання	119	4 (3,3%)	32 (26,8%)	83 (69,7%)	1,1	112 (2,6%)	1,4
Хвороби ока	164	29 (17,6%)	13 (7,9%)	122 (74,3%)	1,5	133 (3,1%)	1,6
Хвороби сечостатевої системи	65	24 (36,9%)	13 (20,0%)	28 (43,0%)	0,6	51 (1,1%)	0,6
<b>Всього:</b>	<b>4762</b>	<b>454 (9,5%)</b>	<b>1629 (34,2%)</b>	<b>2679 (56,2%)</b>	<b>43,5</b>	<b>4269</b>	<b>53,9</b>

Примітка: наведено за даними Ів.Франківської МСЕ



Якщо розглядати показники по районах області, то первинна інвалідність в цілому в області серед дорослого населення складає 43,5 на 10 тис. та 53,9 на 10 тис. осіб в працездатному віці. В розрізі районів відмічається високий рівень первинної інвалідності в працездатному віці в Долинському, Снятинському, Косівському, Калуському, Тлумацькому районах, дуже високий – в Рожнятівському (88,1 на 10 тис. населення працездатного віку).

Ріст первинного виходу на інвалідність в порівнянні з попереднім роком наявний в Рожнятівському, Тлумацькому, Калуському, Косівському районах.

Стабілізації показника досягнуто в більшості регіонів області (табл.2.3).

Таблиця 2.3.

### Первинний вихід на інвалідність в розрізі районів за 2019р.

№ п/п	Райони	Кількість визнаних особами з інвалідністю вперше всього		Кількість визнаних особами з інвалідністю вперше в працездатному віці		Динаміка вперше визнаних особами з інвалідністю в працездатному віці	Показник на 10 тис в працездатному віці	
		2018р.	2019р.	2018р.	2019р.		2018р.	2019р.
1.	Богородчанський	238	230	219	209	-10	51,7	50,4
2.	Верховинський	112	103	104	97	-7	60,5	56,4
3.	Галицький	147	135	139	124	-15	54,9	48,9
4.	Городенківський	165	165	152	152	0	49,3	49,2
5.	Долинський	278	259	231	236	+5	57,5	58,7
6.	Калуський	491	470	423	438	+15	55,9	57,9
7.	Коломийський	617	552	535	483	-52	55,8	50,3
8.	Косівський	315	354	291	322	+31	56,9	62,9
9.	Надвірнянський	282	284	254	261	+7	37,0	38,0
10.	Рогатинський	152	130	141	121	-20	60,2	51,6
11.	Рожнятівський	364	399	315	374	+59	74,2	88,1
12.	Снятинський	246	267	233	244	+11	60,3	63,1
13.	Тисменицький	309	306	287	274	-13	58,3	55,6
14.	Тлумацький	163	180	150	169	+19	52,9	61,1
15.	м.Івано-Франківськ	762	755	652	647	-5	40,2	39,8
16.	м.Болехів	69	65	55	59	+4	44,0	47,2
17.	м.Яремча	57	67	49	60	+11	38,3	46,8
18.	м.Бурштин	43	41	40	36	-4	42,6	38,3
<b>19.</b>	<b>Всього</b>	<b>4810</b>	<b>4762</b>	<b>4270</b>	<b>4269</b>	<b>-1</b>	<b>52,5</b>	<b>53,9</b>

Примітка: наведено за даними Ів.Франківської МСЕ

До функціональних обов'язків комісій МСЕ належить також переогляд (щорічно, раз в два, три роки) та реабілітація інвалідів. За результатами переогляду та реабілітації інвалідів встановлено: всього переоглянуто 17948 осіб, в т.ч. 16094 осіб. для визначення групи інвалідності, 314 – для визначення повторно відсотків втрати працездатності.

Осіб, визнаних особами з інвалідністю безтерміново для складання ІПР до МСЕК звернулось 710 (184 в 2018р.).

Не визнано особами з інвалідністю повторно – 292 чол. (100 в 2018р.).

Повторно визначені відсотки втрати працездатності – 314 чол. (321 в 2018р.).

В 2019р. попередня група інвалідності підтверджена в 15206 чол., підвищена в 601 чол., знижена в 514 чол. (15430, 663, 587 відповідно в 2018р.).

Показники реабілітації осіб з інвалідністю: повна – 1,72 % (0,6% - 2018р.), часткова – 10,3% (9,9% - 2018р.), сумарна – 4,7% (3,8% - 2018 р.)

Всім особам з інвалідністю, оглянутим вперше і повторно, в 100% складено ІПР. При переогляді осіб з інвалідністю в 2019 році проаналізовано ефективність виконання складених ІПР, з яких виконані 15855, з них виконані повністю - 629, частково – 15226, не виконані – 777.

В 2019 році особам з інвалідністю визначені рекомендації:

- з медичної реабілітації – 22537 чол. (22114 чол. - 2018 р.)

- з працевлаштування – 14328 чол. (13864 чол. – 2018р.)

- з профнавчання – 77 чол. (86 чол. – 2018 р.)

- з соціальної реабілітації – 17058 чол. (14985 чол. – 2018р.)

- з технічних засобів реабілітації – 2183 чол. (1446 чол. - 2018р.)

За показниками діяльності обласної МСЕК. В Івано-Франківському обласному бюро МСЕ функціонує одна обласна МСЕК. За 2019 рік проведено 19 перевірок роботи міжрайонних та спеціалізованих МСЕК, перевірено 2897 медико-експертних справ, оглянуто в 1017 хворих, з них 999 - по контролю, та 18 - по оскарженню. Кількість відмін рішень по контролю - 4, по оскарженню - 2. Оглянуто 118 осіб з інвалідністю для визначення медичних показів для

автопротезування, в 116 випадках вони визначені, 68 колясок з електроприводом.

З метою дотримання правової процедури медико-соціальної експертизи в 2019 році 54 чол. проконсультовано в Дніпровському науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності і Вінницькому науково-дослідному інституті реабілітації інвалідів.

Щодо оцінки стану матеріально-технічного забезпечення служби, то слід зазначити, що матеріально-технічна база обласного бюро МСЕ на належному рівні. З 2012 року Івано-Франківське обласне бюро медико-соціальної експертизи функціонує в новому, реконструйованому приміщенні. В двох корпусах загальною площею 1200 м<sup>2</sup> функціонує адміністрація ОБ МСЕ і сім комісії МСЕ, які працювали на базі лікувально-профілактичних закладів м.Івано-Франківська. Крім того, на території обласного бюро медико-соціальної експертизи площею 0,7 га наявні п'ять відремонтованих гаражів для санітарного транспорту. Спеціалізована психіатрична МСЕК функціонує в належних умовах на території обласної психіатричної лікарні №1. В 2017 році переміщено Коломийську міжрайонну МСЕК в новозбудовану поліклініку Коломийської ЦРЛ. Проводиться реконструкція корпусу С на території обласного бюро МСЕ в м. Івано-Франківську на що в 2019 році залучено близько одного мільйона гривень.

На даний час наявні шість санітарних автомобілів. В ОБ МСЕ функціонує мультимедійний проектор, наявні 17 ПК, в 2020 році придбано два ПК, заплановано додатково забезпечити комісії МСЕ оргтехнікою, функціонує телефонний зв'язок всіх МСЕК.

На основі проведеного аналізу показників фінансової діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи, слід зазначити, що серед основних джерел фінансування діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи є бюджетні ресурси. В таблиці 2.4. та на рис 2.2. представлено особливості розподілу цих ресурсів в процесі

функціонування Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.

Таблиця 2.4.

**Показники розподілу бюджетних ресурсів в процесі функціонування Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.**

Показник	2018	2019	2020	Зміни в 2018-2019 роках		Зміни в 2019-2020 роках		Структурні показники		
				абс. (+/-)	віднос.(%)	абс. (+/-)	віднос.(%)	2018	2019	2020
Видатки та надання кредитів - усього	8602500,00	9500400,00	12007809,90	897900,00	10%	2507409,90	26%	100	100	100
у тому числі: Поточні видатки	8602500,00	9500400,00	12007809,90	897900,00	10%	2507409,90	26%	100%	100%	100%
<b>Оплата праці і нарахування на заробітну плату</b>	<b>7686800,00</b>	<b>8930000,00</b>	<b>10779199,48</b>	<b>1243200,00</b>	<b>16%</b>	<b>1849199,48</b>	<b>21%</b>	<b>89%</b>	<b>94%</b>	<b>90%</b>
Оплата праці	6524400,00	7552700,00	9023399,48	1028300,00	16%	1470699,48	19%	76%	79%	75%
Заробітна плата	6524400,00	7552700,00	9023399,48	1028300,00	16%	1470699,48	19%	76%	79%	75%
Грошове забезпечення військовослужбовців	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нарахування на оплату праці	1162400,00	1377300,00	1755800,00	214900,00	18%	378500,00	27%	14%	14%	15%
<b>Використання товарів і послуг</b>	<b>711900,00</b>	<b>271900,00</b>	<b>996610,42</b>	<b>440000,00</b>	<b>-62%</b>	<b>724710,42</b>	<b>267%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>8%</b>
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	405000,00	170900,00	659005,00	-234100,00	-58%	488105,00	286%	5%	2%	5%
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	0,00	0,00	2000,00	0,00	#DIV/0!	2000,00	#DIV/0!	0%	0%	0%
Продукти харчування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Оплата послуг (крім комунальних)	303900,00	100000,00	333209,42	-203900,00	-67%	233209,42	233%	4%	1%	3%
Видатки та відрядження	3000,00	1000,00	2396,00	-2000,00	-67%	1396,00	140%	99%	100%	72%
Видатки та заходи спеціального призначення	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Оплата комунальних послуг та енергоносіїв</b>	<b>203800,00</b>	<b>298500,00</b>	<b>232000,00</b>	<b>94700,00</b>	<b>46%</b>	<b>-66500,00</b>	<b>-22%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>
Оплата теплопостачання	0,00	17300,00	18000,00	17300,00	#DIV/0!	700,00	4%	0%	0%	0%
Оплата водопостачання та водовідведення	16100,00	20000,00	18000,00	3900,00	24%	-2000,00	-10%	0%	0%	0%
Оплата електроенергії	39000,00	58100,00	58000,00	19100,00	49%	-100,00	0%	0%	1%	0%
Оплата природного газу	148700,00	201100,00	133000,00	52400,00	35%	-68100,00	-34%	2%	2%	1%
Оплата інших енергоносіїв	0,00	2000,00	5000,00	2000,00	#DIV/0!	3000,00	150%	0%	0%	0%

Примітка: наведено за даними Ів.Франківської МСЕ

Представлені дані вказують на те, що в діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи обсяг бюджетних ресурсів постійно зростає, так у 2019 році таке зростання склало 10%, в 2020 році – 26%. Ключовими сферами розподілу бюджетних ресурсів в Івано-Франківському бюро медико-соціальної експертизи є оплата праці і нарахування на заробітну плату, оплата товарів і послуг, плата комунальних послуг та енергоносіїв. Дослідження структурних показників розподілу витрат засвідчує передові позиції витрат на оплату праці упродовж досліджуваного періоду. Так у 2018

році частка витрат на оплату праці в розподілі бюджетних ресурсів склала 89%, в 2019 – 94% в 2020 році – 90%. Частка витрат на придбання товарів і послуг складала відповідно 8% в 2018 році, лише 3% в 2019, 8% в 2020 році. Витрати на оплату комунальних послуг склали найменшу частку в розподілі бюджетних ресурсів, так в 2018 році ця стаття зайняла 2% в 2018 році, 3% в 2019 році та 2% в 2020 році.

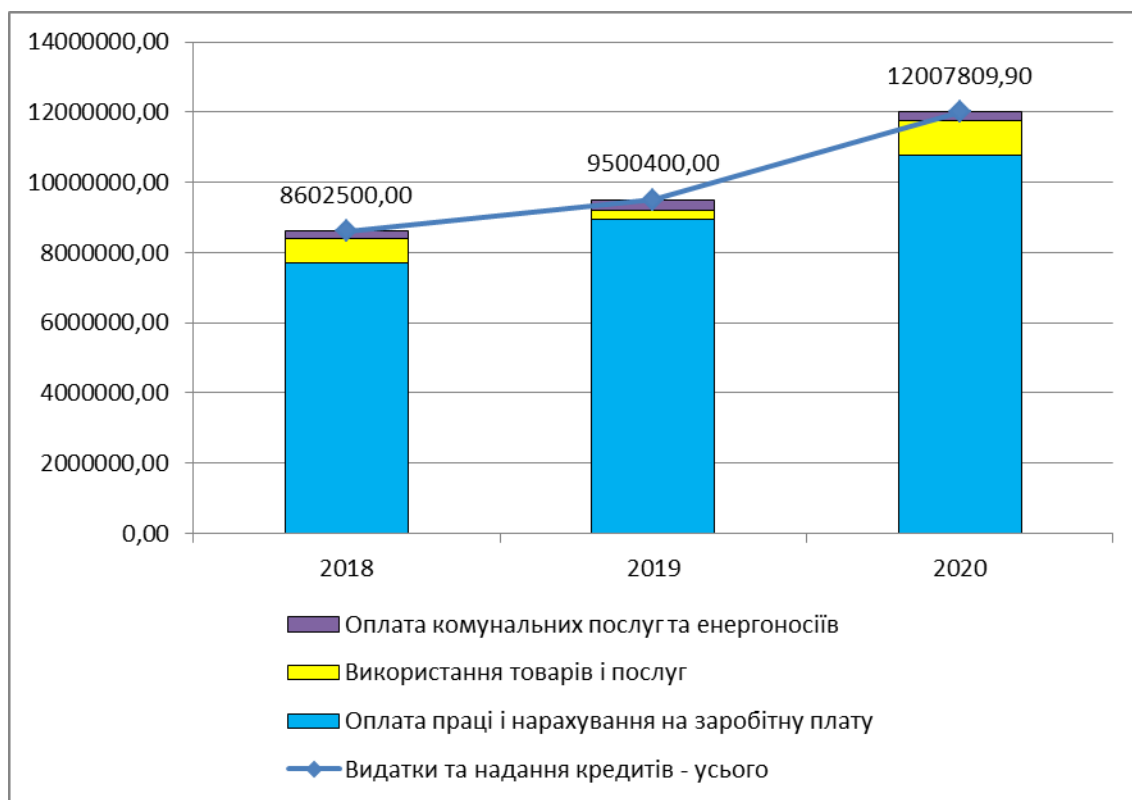


Рис. 2.2. Динамічні і структурні показники розподілу бюджетних ресурсів в процесі функціонування Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи на 2018-2020 роки

Узагальнюючи особливості розподілу бюджетних ресурсів, в діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи слід відмітити те, що попри постійне зростання обсягів залучення, їх якісні аспекти розподілу вимагають певного удосконалення, зокрема підвищення частки витрат на придбання товарів чи послуг, зокрема по статтях придбання медикаментів, предмети, матеріали, обладнання та інвентарю.

Ефективність діяльності фінансової діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи визначається наявністю профіциту в звіті про фінансові результати організації. І зважаючи на те, що досліджувана організація формує свої доходи з бюджетних асигнувань, саме наявність профіциту свідчить про раціональність їх розподілу.

В таблиці 2.5 представлені зведені показники фінансових результатів Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2017-2019 роки.

Таблиця 2.5

**Фінансові результати Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2017-2019 роки.**

Показники фінансових результатів	2017	2018	2019	Зміна за 2017-2018 роки		Зміна за 2018-2019 роки	
				абс.	віднос.	абс.	віднос.
Доходи	7316015	8697504	9498957	1381489	19%	801453	9%
Бюджетні асигнування	7232777	8599685	9401199	1366908	19%	801514	9%
Інші доходи від необмінних операцій	83238	97819	97758	14581	18%	-61	0%
Витрати	-7444787	-8645663	-9681721	-1200876	16%	-1036058	12%
Витрати на виконання бюджетних програм	-7346213	-8585057	-9415420	-1238844	17%	-830363	10%
Інші витрати за обмінними операціями	0	0	-120037	0		-120037	
Інші витрати за необмінними операціями	-98574	-60606	-146264	37968	-39%	-85658	141%
Профіцит/дефіцит за звітний період	-128772	51841	-182764	180613	-140%	-234605	-453%

Примітка: наведено за даними Ів.Франківської МСЕ

За досліджуваний період ефективність фінансової діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи відзначилась певною мінливістю рис. 2.2.

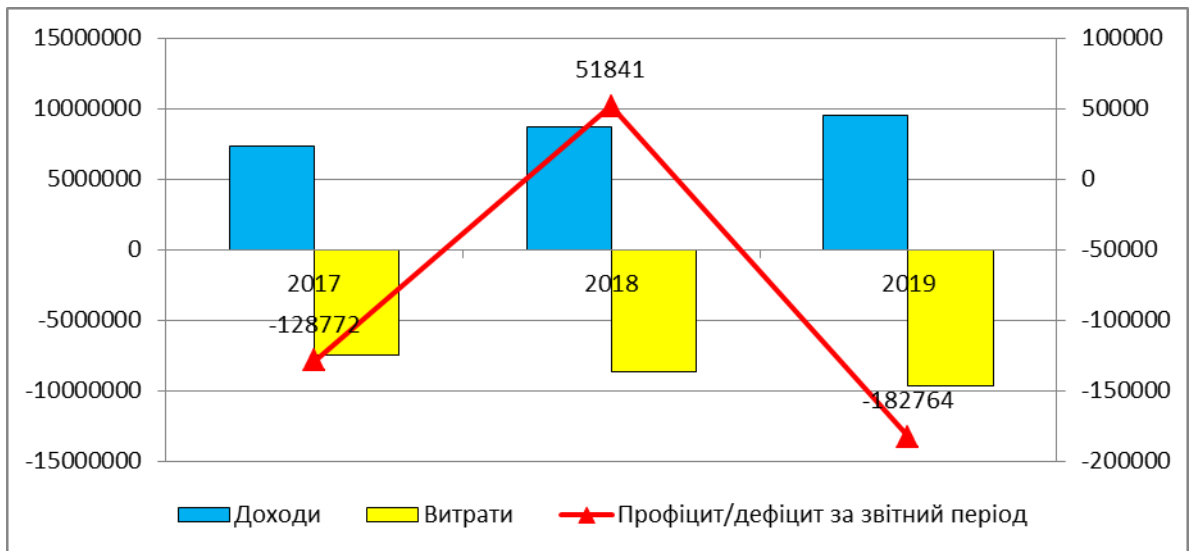


Рис. 2.3 Динаміка фінансових результатів Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2017-2019 роки.

Як видно з рис. 2.2 постійне зростання доходів організації спостерігається за двома статтями «Бюджетні асигнування» та «Інші доходи від необмінних операцій», при чому, перша з вищезгаданих є передовою протягом усіх років. Дещо насторожуючим фактором в фінансовій діяльності організації є уповільнення темпів доходів, адже в 2018 році зростання доходів склало 19%, в 2019 році 9%.

Разом з тим у діяльності організації спостерігається і нарощування витрат, однак в порівнянні з доходами темп цих процесів є повільнішим. Так у 2018 році рівень витрат підвищився на 16%, в 2019 році – 12%. Лівову частку витрат організації становлять витрати на виконання бюджетних програм, адже за цією статтею організацією направлялося 98,6% фінансування в 2017 році, 99,3% в 2018 році та 97,2% в 2019 році. Такі тенденції сприяли утворенню профіциту фінансових результатів в організації 2018 році на рівні 0,5% від доходів та його дефіциту в 2019 році на рівні 1,9% від витрат.

Аналіз показників балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.

В таблиці 2.6. та на рис. 2.4 представлені дані балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.

Таблиця 2.6.

**Зведені показники балансу Івано-Франківського обласного бюро  
медико-соціальної експертизи за 2018-2020 роки**

Показники Балансу	2018	2019	2020	Зміна 2018-2019		Зміна 2019-2020		Структурні показники		
				абс.	віднос.	абс.	віднос.	2018	2019	2020
Основні засоби	5203026	6010080	5940770	807054	16%	-69310	-1%	98,17%	95,90%	96,94%
запаси	90109	193049	171444	102940	114%	-21605	-11%	1,70%	3,08%	2,80%
Фінансові активи	6917	64023	15774	57106	826%	-48249	-75%	0,13%	1,02%	0,26%
Активи	5300052	6267152	6127988	967100	18%	-139164	-2%	100%	100%	100%
Власний капітал та фінансовий результат	5297926	6255749	6123712	957823	18%	-132037	-2%	99,96%	99,82%	99,93%
Зобов'язання	2126	11403	4276	9277	436%	-7127	-63%	0,04%	0,18%	0,07%
Пасиви	5300052	6267152	6127988	967100	18%	-139164	-2%	100%	100%	100%

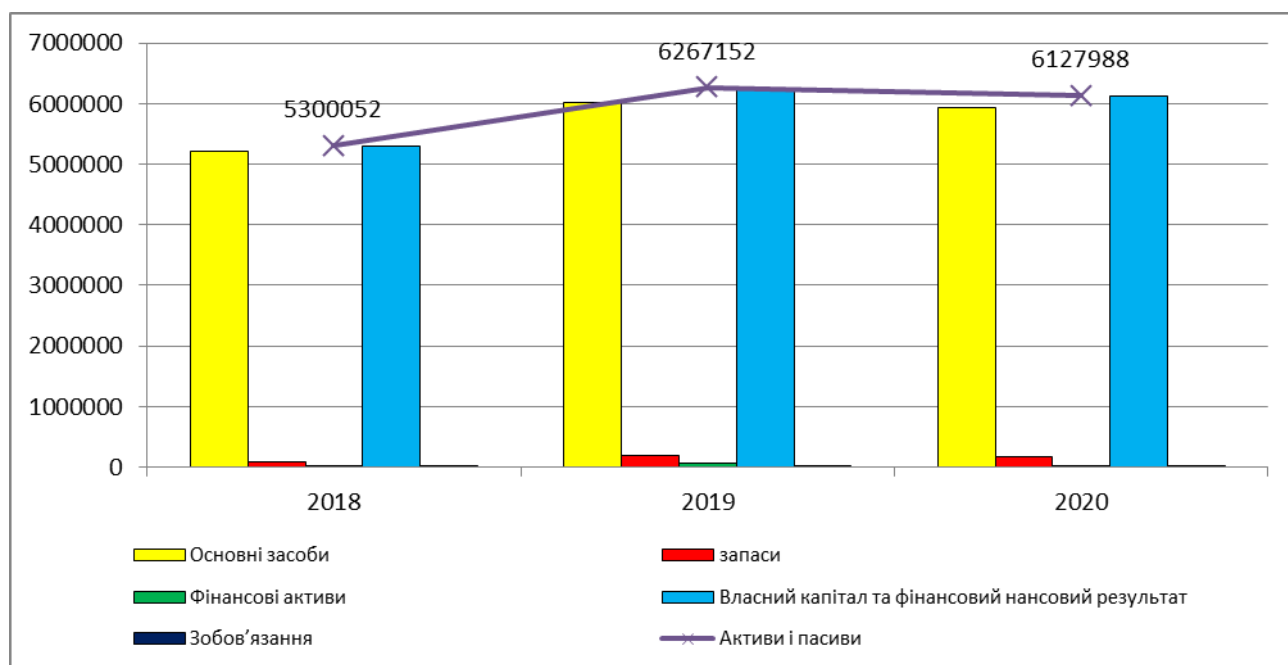


Рис. 2.4. Динаміка показників балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи

Представлені дані характеризують певні коливання в показниках балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи, адже в період 2018-2019 роках сума активів і пасивів балансу зросла на 18%, проте в



наступному році ці показники зменшилися на 2%. Що стосується структурних показників балансу, які представлені на рисунку 2.3. то варто відмітити те, що у функціонуванні організації передові позиції в структурі активів займають основні засоби, на які припадає 98,17% в 2018 році, 95,90% в 2019 році та 96,94% в 2020 році. Решту вартості активів, які не перевищували 4% припало на статті фінансових активів та запасів в організації. Що стосується пасивів Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2018-2020 роки, то як видно з рис. 2.3. основною їх формування стала стаття «Власний капітал та фінансовий результат». Зокрема в 2018 році ця стаття займала 99,96%, в 2019 році 99,82% в 2020 році 99,93%. , решта ж припала на статтю зобов'язання і хоча її масштаб був не значним, в межах 0,5%, протягом досліджуваного періоду негативні тенденції зміни проявляються в 2018 році, де приріст зобов'язань сягнув 4-кратного розміру. Проте ситуація дещо стабілізувалася в наступному 2019 році.

Загалом, показники діяльності Івано-Франківського обласного бюро МСЕ за 2019 році засвідчують стабілізацію процесу функціонування та управління, налагодження належної співпраці з громадськими організаціями осіб з інвалідністю, покращення матеріально-технічної бази закладу, належного ресурсного забезпечення, відносно незначне зростання кількості осіб з інвалідністю та проведення реабілітаційних заходів, однак слід з, значити, що ряд заходів, спрямованих на удосконалення роботи ОБ МСЕ слід здійснити в контексті реформування галузі охорони здоров'я, про що йтиметься в наступному розділі.

## **Висновки до розділу 2.**

1. Проведений аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та аналіз діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи з реабілітації осіб

з інвалідністю, тенденції реформування галузі охорони здоров'я в контексті управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю дозволяють зробити висновки, що потреба отримання реабілітаційних послуг на сьогоднішній день стосується значної кількості населення України. Це і особи з інвалідністю, в.т.ч. за рахунок осіб, що постраждали внаслідок АТО, а також особи, які мають обмеження життєдіяльності, однак не мають інвалідності.

2. Загальна кількість осіб з інвалідністю в Україні станом на 01 січня 2019 року становить: 2 659 700 осіб віком від 18 до 100 років, 159 044 осіб віком до 18 років. Кількість осіб з інвалідністю по групах: I група – 235 400 осіб, II група – 899 200 осіб, III група – 1 341 900 осіб віком з 18 до 100 років. У 2019 році 136300 осіб первинно визнані особами з інвалідністю, з них 109839 осіб працездатного віку і працюючих 47 068 осіб. Кількість складених індивідуальних програм реабілітації для осіб віком від 18 до 100 років за 2019 рік: 458507 шт. Кількість виконаних індивідуальних програм реабілітації у переоглянутих осіб від 18 до 100 років становить 317415 шт., з яких повністю виконані 139970 шт., частково виконані 177445 шт., не виконані 12 883 шт.

3. Водночас показники повної і часткової реабілітації осіб від 18 до 100 років у 2019 році такі: 6772 осіб визнано повністю реабілітованими (2,0 %) та 17667 осіб визнані частково реабілітованими (16,5 %).

4. Визначено, що на сьогодні медико-соціальна допомога включає експертну оцінку втрати життєдіяльності, обсяг державної соціальної допомоги, шляхи відновлення здоров'я, працездатності, інтеграції особи в суспільство.

5. Доведено, що управління процесом реабілітації потребує нового якісного підходу, а розробка системних заходів щодо його забезпечення повинна спрямовуватись на відновлення та покращення життєдіяльності людини.

6. Процес реформування системи охорони здоров'я в реабілітаційному контексті повинен забезпечувати своєчасність, комплексність та мультидисциплінарність адресної допомоги, що є головним чинником

мінімізації ризиків виникнення в особи інвалідності і на сьогоднішній день у сучасній світовій практиці є поширеним явищем, спрямованим на попередження інвалідизації населення.

7. Актуальність перегляду системи реабілітації знайшла своє відображення і в стратегічних документах національного рівня. МОЗ України. ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» розробило Концепцію реформування системи медико-соціальної експертизи, метою якої є підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності послуг з експертизи здоров'я та реабілітаційних послуг, приведення принципів і механізмів їх здійснення у відповідність до вимог Конвенції та Міжнародних класифікацій, в тому числі й МКФ з використанням комп'ютерних технологій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, а також створення цілісної системи реабілітації на основі мультидисциплінарного підходу.

8. Концепція визначає шляхи, способи, засади, завдання і строки реформування системи медико-соціальної експертизи на основі створення Національної служби експертизи здоров'я та реабілітації України (НСЕЗРУ), впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі — МКФ) та розбудови системи реабілітації, а період її реалізації передбачено протягом 2021-2023 р.р.

9. Показники діяльності Івано-Франківського обласного бюро МСЕ за 2019 році засвідчують стабілізацію процесу функціонування та управління, налагодження належної співпраці з громадськими організаціями осіб з інвалідністю, покращення матеріально-технічної бази закладу, належного ресурсного забезпечення, відносно незначне зростання кількості осіб з інвалідністю та проведення реабілітаційних заходів, однак слід з, значити, що ряд заходів, спрямованих на удосконалення та оптимізацію роботи ОБ МСЕ слід здійснити в контексті реформування галузі охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Альтернативні підходи до удосконалення системи управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я.**

Окрім чинної політики, у сфері реабілітації викристалізуються дві можливі альтернативи її реформування. «Спрямування реабілітації на попередження інвалідності» і «Людиноцентричність в реабілітації». Перша назва запозичена із проекту Закону «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні» (№ 4458 від 15.04.2016 – авторства Сисоєнко І. В. та ін.) [56].

Перевагою цієї альтернативи є поширення реабілітаційних заходів не лише на осіб із формально встановленою інвалідністю, але й осіб, хто за наслідками порушень здоров'я такої реабілітації потребуватиме. Однак перевага ця виглядає декларативною. Насправді, на думку експертів, цей законопроект не передбачає якихось кардинальних змін. Так, законопроект містить 50 статей, 45 з яких є статтями чинного закону «Про реабілітацію інвалідів», – просто подано їх в іншому порядку і частково відредаговано. Тобто йдеться не про новий законопроект, як його аносувала Ірина Сисоєнко, а про нову редакцію чинного закону [57].

Також законопроектом запропоновано «на виконання рекомендацій оцінювальної місії ВООЗ з питань реабілітації запровадити спеціально уповноважений орган виконавчої влади для забезпечення ефективної міжвідомчої координації питань реабілітації та справ осіб з інвалідністю». На нашу думку, пропонується просто поновити виконання зазначених функцій

Державною службою в справах ветеранів та учасників АТО, яку було створено влітку 2014 р. на базі Державної служби в справах інвалідів і ветеранів війни [57].

Позитивним моментом законопроекту можна визначити спробу поділити реабілітаційний процес на 3 рівні: – первинний, вторинний і третинний. Також передбачено, що відповідно до державних соціальних нормативів та галузевих стандартів реабілітаційні заходи здійснюються мультидисциплінарними командами на всіх рівнях реабілітації. Видається прогресивним, що Індивідуальна програма реабілітації осіб з тимчасовими обмеженнями життєдіяльності розробляється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я лікарем такої особи або мультидисциплінарною командою. Водночас стосовно розроблення ППР для людей з інвалідністю та дітей з інвалідністю змін не передбачено. Ці функції залишаються за МСЕК та ЛКК.

Отже, можна зробити висновок, що законопроект ніяк не змінює ситуації, адже для запровадження, наприклад, мультидисциплінарної команди в лікувальних та реабілітаційних закладах недостатньо згадати її в термінології – необхідно виписати принципи її роботи, повноваження, визначити місце й функції в системі реабілітації тощо. На жаль, цього в законопроекті немає, як немає нічого, що забезпечувало б запровадження в Україні сучасних міжнародних стандартів реабілітаційного процесу [57].

Одним із наслідків прийняття законопроекту в такій редакції може стати суттєве збільшення ресурсного навантаження на чинну систему реабілітації. Маловірогідно, що це приведе до поліпшення її ефективності.

«Людиноцентричність реабілітації». Про цю альтернативу, запропоновану експертною спільнотою за участю представників МОЗ, можна говорити лише з урахуванням попереднього тексту законопроекту. Проектом запропоновано нові визначення термінів, що стосуються проблематики. Наприклад, визначення здоров'я приведено у відповідність із стандартами ВООЗ. Додатково в термінології враховано обставини людини. Зокрема, стратегія компенсації це - реабілітаційні заходи, спрямовані на взаємну

адаптацію особи та навколишнього середовища (також із використанням додаткових технічних засобів) для забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції та незалежності. Додатково визначено такий термін як: «стійке обмеження життєдіяльності - обмеження життєдіяльності з негативним прогнозом до відновлення, яке потребує переважно компенсаційних та адаптаційних реабілітаційних стратегій та є підставою для визначення інвалідності»[59]. Також зроблено розрізнення між особами з інвалідністю, яким відповідно до законодавства встановлено інвалідність, та особами з обмеженням життєдіяльності - особи, які внаслідок захворювань, травм, вроджених вад розвитку мають обмеження життєдіяльності будь-якого ступеня. Надано визначення таким важливим термінам, як: мультидисциплінарна команда, раннє втручання, нейрореабілітація, фахівці психічного здоров'я, постановка цілей у реабілітації, функціональні спеціалісти тощо.

Метою законопроекту передбачено створення умов для забезпечення особам з обмеженнями життєдіяльності, спричиненими певними розладами здоров'я, можливостей досягнення та підтримки оптимального рівня функціонування в процесі взаємодії з навколишнім середовищем. Отже, можна стверджувати, що законопроект поширюватиметься не лише на осіб з офіційним статусом інвалідності, а також враховуватиме питання взаємодії особи із зовнішнім середовищем.

Законопроектом передбачено існування такої інституції, як Національний центр оцінювання якості реабілітаційних послуг, який буде центральним органом виконавчої влади і координуватиме державну політику у сфері реабілітації, формуватиме національну систему стандартів якості реабілітаційних послуг, гармонізовану з міжнародними стандартами реабілітації, та здійснюватиме моніторинг додержання законодавства та дотримання стандартів у галузі реабілітації. Зокрема, на цю інституцію буде покладено функцію - розробки загально-державних програм, державних цільових програм, планів заходів в галузі реабілітації, організації контролю за

їх виконанням, а також ведення Єдиного державного реєстру професіоналів реабілітації, створення і підтримки міжвідомчого інформаційного простору з питань обмежень життєдіяльності, зокрема, забезпечення роботи Єдиного державного реєстру осіб з інвалідністю, Єдиного Державного електронного ресурсу адміністрування реабілітаційних послуг. Вказується, що новостворювані інституції будуть здійснювати моніторинг якості надання реабілітаційних послуг реабілітаційними установами та протезними підприємствами державної та комунальної форм власності, а також закладами та підприємствами, які надають послуги за рахунок бюджетних коштів.

Однак, на наш погляд, на інституцію покладатимуть не властиві їй функції: моніторинг дотримання вимог Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, підготовка національних доповідей Комітету ООН про дотримання прав осіб з інвалідністю. Матиме місце дублювання функцій. Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування в межах повноважень, передбачених законами України: відслідковують випадки дискримінації та порушення прав осіб з інвалідністю та забезпечують усунення дискримінації за ознакою інвалідності; звітують Національному центру оцінювання якості реабілітаційних послуг про дотримання прав осіб з інвалідністю, про випадки порушення прав осіб з інвалідністю та законодавства з реабілітації на території підпорядкування. Погоджуючись із тим, що контроль за дискримінацією та дотриманням прав осіб з інвалідністю є важливими компонентами життєдіяльності людей з інвалідністю, ми, однак, вважаємо, що цей Закон повинен базуватись лише на питаннях, безпосередньо пов'язаних із реабілітацією. Позитивною видається децентралізація реабілітаційного процесу. Проектом регламентується отримання реабілітації на трьох рівнях медичної допомоги та функціонування мультидисциплінарних груп.

Проект є суттєво перевантаженим заходами, які не стосуються реабілітації, а більш притаманні сферам забезпечення прав людей з інвалідністю. Однак пропоновані ним положення щодо системи реабілітації є позитивними. Законопроект може бути взятий за основу для подальшого

опрацювання. Таким чином, якщо оцінювати зазначені вище альтернативні системи управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю, то має бути впроваджена «людино центричність в реабілітації».

### **3.2. Імплементация інновацій в процесі реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.**

Більшість європейських країн згодні з тим, що громадяни не повинні сплачувати за лікування, коли вони хворіють. Медичне обслуговування повинне бути безоплатним, якщо в ньому з'являється необхідність. Саме так формується система медичного страхування.

На теперішній час в Україні на ринку добровільного медичного страхування працює понад 60 страхових компаній. Українські страховики працюють за правилами «добровільного медичного страхування» та «добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби». Найбільш поширені страхові продукти передбачають у випадку настання страхової події оплату страхової суми або її частини безпосередньо медичній установі. Страхові компанії України пропонують найчастіше поліси добровільного медичного страхування з програмами надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої та/або невідкладної медичної, стоматологічної допомоги. Поліси передбачають відшкодування витрат на лікування, медикаменти, харчування, будь-які види оперативних втручань. Недоліком таких програм є те, що відшкодування вартості лікування проводиться тільки після його закінчення. А гроші потрібні найчастіше під час лікування. В реаліях України обов'язкове медичне страхування повинно будуватись за умови створення єдиного, окремого фонду обов'язкового медичного страхування, прибуток якого повинен визначатися внесками громадян.

Таким чином, охорона здоров'я буде пріоритетною сферою інвестицій. А медичне страхування – засобом залучення цих необхідних коштів до даної



сфери. Якщо ми прагнемо позитивних змін у реформуванні охорони здоров'я – ми повинні на законодавчому рівні запровадити обов'язкове медичне страхування [58].

Із окреслених вище альтернатив пропонуємо взяти за основу підхід імплементації МКФ, запропонований МОЗ. Водночас пропонуємо зберегти основні здобутки реабілітаційної системи для осіб з інвалідністю, адаптувавши її до нових умов.

Під час опрацювання напрямів реформування системи управління реабілітації осіб з інвалідністю охорони здоров'я на інноваційних засадах, вважаємо за доцільне зосередитись на:

- необхідності законодавчо визначити та інституційно забезпечити функціонування єдиного координаційного органу у сфері реабілітації. Цей інститут мав би сконцентрувати свою діяльність на:

- нормативному регулюванні сфери реабілітації у взаємодії із Мін. соц. політики, МОЗ, МОН та іншими відомствами;

- регламентуванні діяльності мультидисциплінарних груп, які спільно із користувачем здійснюватимуть оцінку потреб у реабілітаційних послугах та формуватимуть їх перелік;

- забезпеченні належної координації на трьох рівнях медичної допомоги, надання системи реабілітації та соціальних послуг, зокрема через рівні громада – область – інституції національного рівня;

- організації підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців у сфері реабілітації, зокрема учасників мультидисциплінарних команд, фахівців реабілітаційних установ;

- ролі консультації в отриманні інформації особами з порушеннями здоров'я, сім'ями, де перебувають особи з порушеннями здоров'я;

- участі у веденні статистичних даних щодо кількісних показників реабілітаційної системи;

- проведенні та організації досліджень у сфері допоміжних технологій. Їх розвиток відіграватиме роль депозитарію допоміжних технологій.

Створення цього органу можливе як у межах одного із міністерств, так і в межах Національної служби з охорони здоров'я; плануванні та наданні реабілітаційних послуг. Воно повинно бути розпочато із часу звернення особи за медичною допомогою. На рівні областей, центрів госпітальних округів, закладів охорони здоров'я для військовослужбовців діятимуть відповідні мультидисциплінарні команди, які здійснюватимуть оцінку потреб, формуватимуть план реабілітаційних заходів. Первинним у формуванні таких заходів має бути воля особи з порушеннями здоров'я. З цією метою особі має бути надана повна інформація, із використанням, за необхідності, доступної форми її донесення щодо кроків реабілітації. Мультидисциплінарні команди формуються з медичних працівників, фахівців соціальної сфери, психологів із можливим залученням фахівців інших галузей за потреби.

Окрім реабілітаційних послуг, реабілітаційний план може включати перелік допоміжних засобів, потрібних особі. Причому такий перелік не повинен залежати від затвердженого нормативу, а опиратись виключно на потреби в подоланні особою перешкод для максимальної незалежності:

1) в процедурних питаннях, пов'язаних з встановленням інвалідності та планом реабілітації після завершення гострого стану, перебування особи вдома згідно з сформованим реабілітаційним планом, з урахуванням ступеня порушення здоров'я та зовнішніх перешкод для реалізації прав, особі може бути встановлено інвалідність. З цією метою документи особи надсилатимуться комісії (лікар, соціальний працівник, психолог, інші фахівці за потреби), яка встановить відповідний ступінь порушення. Така комісія функціонуватиме в межах госпітального округу. За бажанням особи з порушеннями здоров'я може відбутись додаткове спілкування із комісією за місцем проживання такої особи;

2) в інституційному забезпеченні послуг з реабілітації. Послуги із соціальної реабілітації, догляду, здобуття навичок надаватимуться на

первинному рівні – рівні громади. В залежності від гарантованого рівня безоплатних послуг, такі послуги можуть надаватись або безоплатно, або за часткову оплату. Крім того, особа з порушеннями здоров'я може самостійно взаємодіяти із фахівцями у сфері реабілітації у разі необхідності надання додаткових послуг, як-то навчання додатковим навичкам;

3) в розв'язанні проблем фінансового забезпечення реабілітації. Для отримання допоміжних засобів у межах соціальної підтримки особі з порушеннями здоров'я надаватиметься ваучер, який дорівнюватиме певній сумі коштів. Цю суму особа з порушеннями здоров'я може витратити на придбання допоміжних засобів або оплатити частину їхньої вартості, додавши власні ресурси. Особа з порушеннями здоров'я повинна отримати підтримку, зокрема в навчанні навичок використання відповідного допоміжного засобу.

За потреби отримання послуг реабілітації у відповідних центрах вищого рівня, громада сплачує за ці послуги або повністю, або вносить частини оплати за них. Національний координаційний орган може надати додаткову підтримку в разі неспроможності бюджетних ресурсів громади. З цією метою інститут взаємодіятиме із Фондом соціального захисту інвалідів.

У межах законодавства про соціальні послуги на умовах соціального замовлення слід забезпечити закупівлю соціальних / реабілітаційних послуг, зокрема на конкурентних умовах, залучаючи як державних, так і недержавних надавачів.

Критерії оцінки отримання реабілітаційних послуг повинні базуватись на оцінці їх користувачем та зовнішній оцінці координуючого органу. На підставі оцінки послуг здійснюватиметься оцінка компетентностей персоналу, плануватимуться відповідні програми перепідготовки чи підвищення кваліфікації. Фінансова підтримка перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу урядом має бути однаковою як для державних, так і недержавних надавачів послуг. Розуміючи виклики, які можуть виникнути із впровадженням рекомендацій, окремі їх частини можна запровадити як експеримент, на зразок послуги раннього втручання.

Пропоновані рекомендації не поширюються на питання отримання фінансової соціальної допомоги, пенсії у зв'язку із інвалідністю, підтримки сім'ям / особам, що доглядають осіб з інвалідністю. Ці питання визначатимуться політикою соціального захисту. Мультидисциплінарна група може встановити ступінь залежності від такого догляду.

Крім того, послуги у сфері професійної реабілітації слід розглядати в контексті зайнятості. На комплексі перешкод та характері їх подолання має базуватись і встановлення статусу особи з інвалідністю. Симптоматично, що чинна система трьох груп у окремих сферах призводить до дискримінації за мірою втрати здоров'я. Інституційна складова встановлення групи інвалідності, формування програм реабілітації базуватиметься на способі запровадження страхування в отриманні послуг охорони здоров'я. Дискусія стосовно моделі такого страхування не дозволяє повністю спрогнозувати потенційну модель функціонування інституцій. Допоміжні засоби та послуги особа з інвалідністю мала б визначати самостійно. Уряду слід обмежитись наданням відповідних цільових сертифікатів особі, яка мала б можливість придбати собі необхідну послугу чи засіб. Децентралізація повинна проводитись паралельно із деінституалізацією, як показала практика зарубіжних країн. Великі інтернатні заклади для осіб з інвалідністю слід реформувати в центри підтриманого проживання, залишивши їх лише для «транзитного» перебування особи, підготовки її до самостійного проживання.

Переносячи проблему на площину досліджуваної організації, вважаємо, що незважаючи на досягнення в 2019 році з стабілізації показників роботи, налагодження належної співпраці з громадськими організаціями осіб з інвалідністю, покращення матеріально-технічної бази закладу, доцільно визначити такі стратегічні орієнтири процесу функціонування служби медико-соціальної експертизи в Івано-Франківській області.

1. Провести на базі обласного бюро медико-соціальної експертизи виїзний цикл тематичного удосконалення науковців НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України з вибраних актуальних питань проведення

медико-соціальної експертизи, вивчення міжнародної класифікації обмеження життєдіяльності та здоров'я як універсальної шкали оцінки рівня здоров'я та інвалідності в квітні 2021р.

2. Завершити реконструкцію корпусу «С» обласного бюро МСЕ з метою переміщення туди обласної спеціалізованої психіатричної МСЕК та покращення умов зберігання медекспертної документації в архівних приміщеннях.

3. З метою забезпечення виконання вимог сучасних медичних технологій дооснастити структурні підрозділи обласного бюро МСЕ необхідною кількістю оргтехніки з відповідним програмним забезпеченням.

4. Закупити новий семимісний санітарний автомобіль для виїзних засідань комісій МСЕ в повному складі.

5. Забезпечити в повному обсязі і в стислі терміни виконання завдань з медико-соціального обстеження, визначення заходів реабілітації особам, які приймали участь в АТО.

6. Ініціювати подальший розвиток мережі закладів медичної реабілітації інвалідів, в т.ч. для учасників АТО, спеціалізованих реабілітаційних відділень (в першу чергу травматологічних, неврологічних, кардіологічних).

7. Посилити контрольну функцію обласного бюро МСЕ за ефективністю і обґрунтованістю направлення хворих на МСЕК, всі види грубої дефектури розглядати на обласних нарадах експертів.

8. Активізувати заходи з профілактики первинної інвалідності в районах області, де зберігається високий рівень первинної інвалідності.

### **Висновки до розділу 3.**

1. Проведений аналіз чинної практики організації реабілітації інвалідів в Україні, змін її інституційного середовища, а також проектів реформування законодавства дозволяє зробити висновок, що в основі удосконалення

управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю має бути покладений розгляд двох альтернатив: «Спрямування реабілітації на покращення інвалідності», «Людиноцентрична реабілітація». Перевагою першої є поширення реабілітації не лише на інвалідів, але й осіб, які вимагатимуть її.

2. Визначено спробу поділити реабілітаційний процес на 3 рівні: первинний, вторинний і третинний.

3. Процес реформування реабілітації осіб з інвалідністю має базуватись на імплементації інновацій. Запропоновано 8 напрямів реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я на інноваційних засадах.

4. Процес реформування системи медико-соціальної експертизи очевидно повинен відбуватися на основі імплементації основних напрямків Концепції реформування медико-соціальної експертизи та створення Національної служби експертизи здоров'я та реабілітації України (НСЕЗРУ), впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі — МКФ) та розбудови системи реабілітації.

## ВИСНОВКИ

На підставі розробки системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я можна зробити наступні висновки:

1. Реабілітація осіб з інвалідністю є складовою частиною діяльності у сфері охорони здоров'я. Згідно теоретичних підходів реабілітація осіб з інвалідністю – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення.

Реабілітація осіб з інвалідністю є об'єктом управлінського впливу. Як об'єкт управління вона включає такі процеси:

– медичні, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезами;

– фізичні, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, протезами та іншими технічними засобами реабілітації, що поліпшують самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;

– психологічні, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції;

– професійні, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;

– трудові, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;

- соціальні, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- психолого-педагогічні, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;
- фізкультурно-спортивні, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять.

2. Узагальнення зарубіжного досвіду з використанням механізмів реабілітації осіб з інвалідністю засвідчує, що в більшості з них проводиться політика деінституалізації реабілітаційної підтримки. Зокрема в ЄС відбувається скорочення ролі урядів і зростання ролі приватного сектору.

3. Характерною особливістю зарубіжної практики надання реабілітаційних послуг є надання її через функціонування системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. У більшості окреслених країн, реабілітаційні послуги включені у систему медичного страхування із відповідними формами відшкодування. Отримання ж послуг поступово зосереджується ближче до місць проживання осіб з порушеннями здоров'я. Щодо допоміжних засобів, то їх забезпечення теж відрізняється: від часткового відшкодування вартості до забезпечення за рахунок держави або місцевих органів.

4. Проведений аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та аналіз діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи з реабілітації осіб з інвалідністю, тенденції реформування галузі охорони здоров'я в контексті управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю дозволяють зробити висновки, що потреба отримання реабілітаційних послуг на сьогоднішній день стосується значної кількості населення України. Це і особи з інвалідністю, в.т.ч. за рахунок осіб, що постраждали внаслідок АТО, а також особи, які мають обмеження життєдіяльності, однак не мають інвалідності.



5. На сьогодні медико-соціальна допомога включає експертну оцінку втрати життєдіяльності, обсяг державної соціальної допомоги, шляхи відновлення здоров'я, працездатності, інтеграції особи в суспільство.

6. Загальна кількість осіб з інвалідністю в Україні станом на 01 січня 2019 року становить: 2 659 700 осіб віком від 18 до 100 років, 159 044 осіб віком до 18 років.

7. Кількість осіб з інвалідністю по групах: I група – 235 400 осіб, II група – 899 200 осіб, III група – 1 341 900 осіб віком з 18 до 100 років. У 2019 році 136300 осіб первинно визнані особами з інвалідністю, з них 109839 осіб працездатного віку і працюючих 47 068 осіб. Кількість складених індивідуальних програм реабілітації для осіб віком від 18 до 100 років за 2019 рік: 458507 шт. Кількість виконаних індивідуальних програм реабілітації у переоглянутих осіб від 18 до 100 років становить 317415 шт., з яких повністю виконані 139970 шт., частково виконані 177445 шт., не виконані 12 883 шт. Водночас показники повної і часткової реабілітації осіб від 18 до 100 років у 2019 році такі: 6772 осіб визнано повністю реабілітованими (2,0 %) та 17667 осіб визнані частково реабілітованими (16,5 %).

7. Показники діяльності Івано-Франківського обласного бюро МСЕ за 2019 році засвідчують стабілізацію процесу функціонування та управління, налагодженню належної співпраці з громадськими організаціями осіб з інвалідністю, покращенню матеріально-технічної бази закладу, відносно незначним зростанням кількості осіб з інвалідністю та проведенням реабілітаційних заходів. Разом з тим, визначено ряд стратегічних орієнтирів спрямованих на покращення та оптимізацію роботи.

5. Доведено, що управління процесом реабілітації потребує нового якісного підходу, а розробка системних заходів щодо його забезпечення повинна спрямовуватись на відновлення та покращення життєдіяльності людини.

Процес реформування системи охорони здоров'я в реабілітаційному контексті повинен забезпечувати своєчасність, комплексність та

мультидисциплінарність адресної допомоги, що є головним чинником мінімізації ризиків виникнення в особи інвалідності і на сьогоднішній день у сучасній світовій практиці є поширеним явищем, спрямованим на попередження інвалідизації населення та підвищення якості медичної допомоги.

6. Актуальність перегляду системи реабілітації знайшла своє відображення і в стратегічних документах національного рівня. МОЗ України. ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» розробило Концепцію реформування системи медико-соціальної експертизи, метою якої є підвищення якості, об'єктивності, доступності та ефективності послуг з експертизи здоров'я та реабілітаційних послуг, приведення принципів і механізмів їх здійснення у відповідність до вимог Конвенції та Міжнародних класифікацій, в тому числі й МКФ з використанням комп'ютерних технологій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, а також створення цілісної системи реабілітації на основі мультидисциплінарного підходу.

7. Концепція визначає шляхи, способи, засади, завдання і строки реформування системи медико-соціальної експертизи на основі створення Національної служби експертизи здоров'я та реабілітації України (НСЕЗРУ), впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі — МКФ) та розбудови системи реабілітації, а період її реалізації передбачено протягом 2021-2023 р.р.

8. Проведений аналіз чинної практики організації реабілітації інвалідів в Україні, змін її інституційного середовища, а також проектів реформування законодавства дозволяє зробити висновок, що в основі удосконалення управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю має бути покладений розгляд двох альтернатив: «Спрямування реабілітації на покращення інвалідності», «Людиноцентрична реабілітація». Перевагою першої є поширення реабілітації не лише на інвалідів, але й осіб, які вимагатимуть її.

9. Визначено спробу поділити реабілітаційний процес на 3 рівні:

первинний, вторинний і третинний.

Процес реформування реабілітації осіб з інвалідністю має базуватись на імплементації інновацій. Запропоновано 8 напрямів реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю в системі охорони здоров'я на інноваційних засадах.

10. Створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи протягом усього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення є одним із основних завдань, визначених Стратегією сталого розвитку “Україна — 2030”, схваленою Указом Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722/2019, та частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони.

11. Верховна Рада України 16 грудня 2009 р. ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю (далі — Конвенція) та Факультативний протокол до неї, а 6 березня 2010 р. ці акти набрали чинності на території України. Конвенція встановлює міжнародні обов'язки держав — членів ЄС у галузі реабілітації осіб з інвалідністю, які передбачають здійснення заходів щодо надання особам з інвалідністю можливостей для досягнення і збереження максимальної незалежності, реалізації фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення та залучення до всіх аспектів життя суспільства шляхом зміцнення та розширення комплексних реабілітаційних послуг та програм. Україна взяла на себе обов'язки щодо виконання положень Конвенції, насамперед щодо системи медико-соціальної експертизи, яка безпосередньо задіяна на всіх етапах проведення реабілітації осіб з інвалідністю. Приведення системи медико-соціальної експертизи та реабілітації в Україні у відповідність з вимогами Конвенції передбачає її удосконалення та реформування з урахуванням національних та міжнародних обов'язків України, національних особливостей, вітчизняного та міжнародного досвіду.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Офіційний переклад за посиланням:[http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71).
2. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMr://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment% 20of% 20the%20 Rehabilitation%20System%20 in%20 Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf).
3. Права людини в Україні у 2019 році. Доповідь правозахисних організацій. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://helsinki.org.ua/prava-lyudej-z-invalidnistyu-l-fursova>.
4. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2013. С.1/
5. Міністерство соціальної політики України. Соціальний звіт за 2019 рік. Київ, 2019. С.34. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/timeline/Zviti.html>.
6. Аналітичні матеріали до засідання Ради у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України 25 травня 2019 року.
7. За інформацією УВКБ ООН та Офісу Уповноваженого Президента з прав людей з інвалідністю.
8. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2018. С. 1.
9. Мінсоцполітики. Соціальний звіт за 2019 рік.
10. Національна стратегія у сфері прав людини. // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>.
11. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf).

12. Текст закону за посиланням:  
<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2961-1>.
13. Закон України «Про внесення змін до деяких Законів України щодо прав інвалідів» від 22.12.2011 №4213-VI // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4213-17>
14. Стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства» // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>.
15. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf).
16. Постанова КМУ від 25.03.2015 № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF/page>.
17. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMr://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf).
18. Постанова КМУ від 26.11.2014 № 671 «Про затвердження Положення про Міністерство оборони України» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-%D0%BF>.
19. Оцінка системи реабілітації в Україні. Грудень 2015.
20. Соціальний звіт за 2019 рік.
21. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2018.
21. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2018.
22. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

23. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 03.05.2009 № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF/page>.

24. Петров Денис. Повірити в себе. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMr://old.gazeta.dt.ua/SOCIETY/poviriti\\_v\\_sebe.html](hMr://old.gazeta.dt.ua/SOCIETY/poviriti_v_sebe.html).

25. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» // <hMr://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>

26. Професор А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко. Аналіз роботи служби Медико-соціальної експертизи та основних показників первинної інвалідності за 2019 рік. // Український вісник медико-соціальної експертизи. 2017.№1(23).С.14–18.

27. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

28. Постанова Кабінету Міністрів України від 08.05.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації Інвалідів» // <hMr://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF>.

29. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

30. Наказ Міністерства соціальної політики України від 10.01.2015 № 37 «Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей інваліда, дитини-інваліда, іншої особи» // <hMr://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0099-15>.

31. Б. Мойса. Права людей з інвалідністю // Доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні» // <hMps://helsinki.org.ua/publications/zvit-pro-diyalnist-spilky>.

32. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>

33. Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>.

34. Жизнь без барьеров. Незрячие люди нуждаются в поддержке государства. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://izvestia.kharkov.ua/tv-proekty/hi/1911/1199571.print>.

35. За інформацією оприлюдненою під час засідання Ради у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України.

36. Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>.

37. Наказ Міністерства соціальної політики України від 11.04.2017 № 602 «Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції ». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0570-17/page>.

38. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF>.

39. Соціальний звіт за 2019 рік.

40. Наказ Міністерства соціальної політики України від 24.06.2015 № 653 «Про затвердження Змін до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0814-15>

41. Права осіб із проблемами психічного здоров'я: відповідність національного законодавства міжнародним стандартам. Контекст дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р.Е. Імереллі, Р. І. Кравченко, Б. С. Мойса / Українська Гельсінська спілка з прав людини. Київ, КВІЦ, 2015. 40 с.,

42. Л. Фурсова. Права людей з інвалідністю. // Річна доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні – 2016» // <https://helsinki.org.ua/publications/prava-lyudyny-v-ukrajini-2016/>.

43. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2016 р. № 948-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» // <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80>

44. МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMpr://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20161219\\_b.html](hMpr://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html).

45. Офіційний переклад Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71).

46. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ. ВООЗ, 2001. 345 с.

47. Реабілітація на рівні громади. ВООЗ. 2010.

48. Гаврюшенко Г. Коропець П. Досвід країн ЄС у питаннях реабілітації інвалідів. // Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. 2019. Липень № 7. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art\\_id=12832](http://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832).

49. Initial report of States parties due in 2018. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. С. 42. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMpr://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](hMpr://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru).



50. Initial reports submiMed by States parties under article 35 of the Convention Sweden. (7 February 2018). P. 4. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [hMp://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en).

51. Initial report of States parties due in 2018. Czech Republic. С. 58. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru).

52. Права осіб із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини/ Р. Е. Імереллі, К. П. Казачинська, Б. С. Мойса, С. С. Шум / Українська Гельсінська спілка з прав людини. К.: КИТ, 2016. 34 с. з іл. .

53. Initial report of States parties due in 2018. Czech Republic. С. 60–62. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru).

53. Первоначальный доклад государства-участника об исполнении Конвенции о правах инвалидов. Республика Польша. 2014. С. 5–6. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru)  
[hMp://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2f1&Lang=ru).

54. Initial Report Concerning The implementation of The Convention of the Rights of Persons with disabilities. State of Israel. 2017. С. 3. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru).

55. Володимир Голик: «Ми прагнемо, щоб квартира не стала тюрмою для особи на візку». // [https://lb.ua/society/2017/02/07/357816\\_volodimir\\_golik\\_mi\\_pragnemo\\_shchob.html](https://lb.ua/society/2017/02/07/357816_volodimir_golik_mi_pragnemo_shchob.html). МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування // [hMp://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_)

20161219\_b.html Законопроект про реабілітацію № 4458: спроба імітації реформ. // [hMps://www.youtube.com/watch?v=At7RLQXIsUg](https://www.youtube.com/watch?v=At7RLQXIsUg).

56. Текст проекту за посиланням: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=58773](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=58773).

57. Текст проекту Концепції реформування медико-соціальної експертизи за посиланням: [http:// http://spo.fpsu.org.ua/na-obgovorenni-v-spo/4720-proekt-kontseptsiji-reformuvannya-sistemi-mediko-sotsialno-ekspertizi](http://spo.fpsu.org.ua/na-obgovorenni-v-spo/4720-proekt-kontseptsiji-reformuvannya-sistemi-mediko-sotsialno-ekspertizi)

58. Реформа реабілітації в Україні не повинна залишитись інвалідом - Здоров'я // [http://dt.ua/HEALTH/reforma-reabilitaciyi-v-ukrayini-ne-povinna-zalishitis-invalidom-\\_html](http://dt.ua/HEALTH/reforma-reabilitaciyi-v-ukrayini-ne-povinna-zalishitis-invalidom-_html).

59. Кулаєць М.І., Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М. Сучасні напрямки реформування страхової моделі організації охорони здоров'я. Збірник VIII Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) 20-21 жовтня 2020 року наукової конференції. Світова Федерація Українських Лікарських Товариств, Всеукраїнське лікарське товариство, Українське лікарське товариство у Львові, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів. 2020. С.45-46.

60. Кулаєць М.І., Кулаєць В.М., Кулаєць Н.М., Михайлишин Л.І., Лапковський Е.Й. Принципи мультидисциплінарного менеджменту у фізичній терапії». Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. науковий журнал. Івано-Франківськ : Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2020. Вип. 16. Т. 2. 208 с. С.173-180.).