

**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА»**

**Факультет суспільних та прикладних наук
Кафедра права та публічного управління**

на правах рукопису

ПРОЦАК Василь Дмитрович

УДК 351

**УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З
ІНВАЛІДНІСТЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Наукова робота на здобуття кваліфікації магістра

Науковий керівник:
к.ю.н., доц. І.В. Жукевич

Івано-Франківськ – 2024

**ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
“УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА”
Факультет суспільних і прикладних наук
Кафедра управління та адміністрування**

Освітній ступінь: «магістр»

Спеціальність: «281 Публічне управління та адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

в. о. завідувач кафедри права та
публічного управління
к.ю.н., Ходак С. М.

С. Ходак
«29» серпня 2023 р.

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

Процак Василь Дмитрович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я»

2. Керівник роботи к.ю.н. доц. Янушевич І.В.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ректора університету від «30» серпня 2023 року № 59/1 с

3. Строк подання студентом роботи 16 лютого 2024 р.

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Процес реабілітації осіб з інвалідністю як об'єкт управлінського впливу. 2. Зарубіжний досвід організації системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю. 3. Аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. 4. Особливості розробки системних заходів з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я. 5. Аналіз діяльності Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи з реабілітації осіб з інвалідністю, його фінансове, кадрове та матеріально-технічне забезпечення. 6. Альтернативні підходи до удосконалення системи управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я. 7. Імплементация інновацій в процесі реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю. 8.

Удосконалення управління соціальним обслуговуванням осіб з інвалідністю
реабілітаційних установах України.

5. Дата видачі завдання: 30 серпня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та вивчення джерел інформації для написання кваліфікаційної роботи	до 22 вересня 2023 року	виконано
2	Складання плану кваліфікаційної роботи та затвердження керівником	до 29 вересня 2023 року	виконано
3	Написання розділу 1 Теоретичні та прикладні засади управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю	до 27 жовтня 2023 року	виконано
4	Написання розділу 2 Аналіз чинної практики управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та в досліджуваному закладі охорони здоров'я.	до 24 листопада 2023 року	виконано
5	Написання розділу 3 Удосконалення управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування охорони здоров'я.	до 22 грудня 2023 року	виконано
7	Написання вступу, висновків та формування списку використаних джерел	до 29 грудня 2023 року	виконано

Студент

(підпис)

Керівник роботи

(підпис)

Василь Пресман

(прізвище та ініціали)

Ігор Згуревич

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі обґрунтовано та узагальнено теоретико-методологічні засади розроблення системних заходів в управлінні процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я. В першому розділі роботи досліджено теоретичні та прикладні засади управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю. У другому розділі проведено аналіз чинної практики управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та в досліджуваному закладі охорони здоров'я. За результатами проведеного дослідження в третьому розділі роботи розкрито напрями удосконалення управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування охорони здоров'я.

Ключові слова: реабілітація, інвалідність, система управління, заклад охорони здоров'я, інституційне середовище, фінансове забезпечення.

ANNOTATION

The qualification work substantiates and summarizes the theoretical and methodological principles of the development of systematic measures in the management of the rehabilitation process of persons with disabilities in the modern conditions of health care reform. In the first section of the work, the theoretical and applied principles of managing the process of rehabilitation of persons with disabilities are investigated. In the second section, an analysis of the current practice of managing the process of rehabilitation of persons with disabilities in Ukraine and in the researched health care institution was carried out. Based on the results of the research, the third section of the work reveals directions for improving the management of the rehabilitation processes of persons with disabilities in the conditions of health care reform.

Key words: rehabilitation, disability, management system, health care facility, institutional environment, financial support.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ	6
1.1 Процес реабілітації осіб з інвалідністю як об'єкт управлінського впливу.....	6
1.2 Зарубіжний досвід організації системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.....	10
Висновки до розділу 1.....	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЧИННОЇ ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ТА В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	22
2.1 Аналіз інституційного середовища функціонування закладів реабілітації осіб з інвалідністю в Україні.....	22
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.....	57
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	60
3.1 Альтернативні підходи до удосконалення системи управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в умовах реформування галузі охорони здоров'я.....	60
3.2 Імплементация інновацій в процесі реформування системи управління реабілітацією осіб з інвалідністю.....	65
3.3 Удосконалення управління соціальним обслуговуванням осіб з інвалідністю в реабілітаційних установах України.....	71
Висновки до розділу 3.....	85
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	91

**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. Основні положення, висновки та пропозиції, які містяться в науковій роботі, доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри права та публічного управління.

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 І 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 01.01.2023 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 2021 – 2022 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 01.01.2022 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 2022 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 2022 році 136300 осіб первинно визнані особами з інвалідністю, з них 109839 осіб працездатного віку і працюючих 47 068 осіб.

У 2021 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 2022 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 2022 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 критерії в. 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 припускатися 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 2022 році в Україні функціонували 361 МСЕК, з них 49 обласних та центральних міських і 312 міжрайонних МСЕК. Станом на 01.01.2023 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 отримують 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 ІПР. 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 2023 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 2022 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 2017-2023 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 додаткового 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 01.01.2022р. 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.

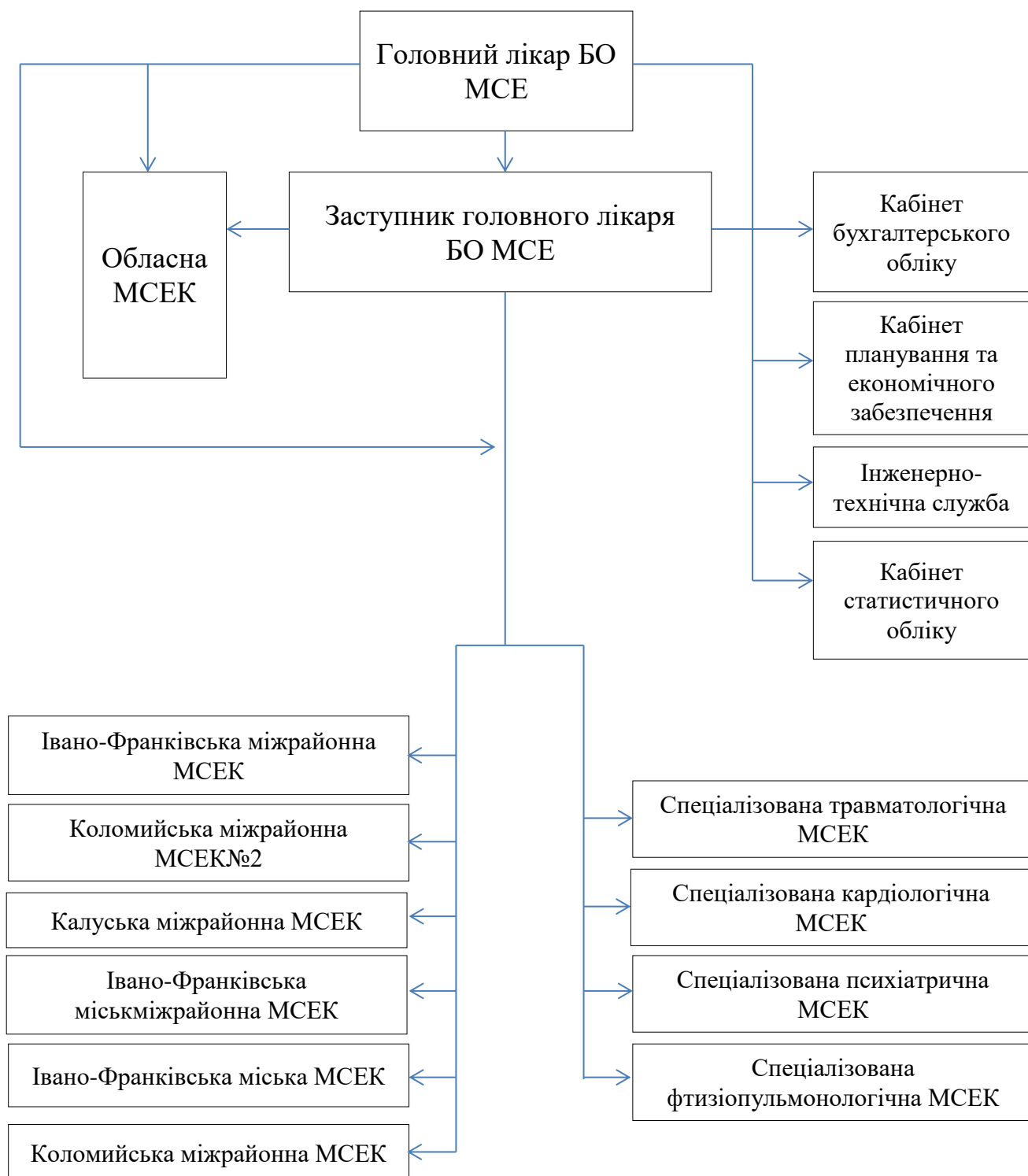


Рис.2.1 Організаційна структура ОБ МСЕ

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 01.07.2023 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, Фтізіопульмонологічна 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 2021 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 2022 р. комісіями МСЕ області оглянуто вперше 5539 чол., що на 59 чол. менше, ніж за такий же період 2021р. (5598 чол.), в тому числі для встановлення групи інвалідності - 5404 чол. (5464 - 2021р.).

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 2021 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 2021р. - 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 2021 році (-1), що складає 53,9 на 10 тис. (52,5 в 2021 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 2021 та 2022 рр., констатовано(табл.2.1):

Таблиця 2.1.

Первинна інвалідність за групами інвалідності

Група	2021р. в дорослому віці (осіб)	2022р. в дорослому віці (осіб)	+,-	2021р. в працездатному віці (осіб)	2022р. 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 – 2021 чол. (2065 чол. – 2021р.), села 2765 чол., (2745 чол. – 2021р.), в працездатному віці жителів міста - 1778 чол. (1770 чол. – 2021р.), жителів села – 2491 чол. (2500 чол. – 2021р.). 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 2021 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 2021р. Інвалідність в молодому віці в області в 2021 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 I групи – 1 чол., особами з інвалідністю II групи – 8 чол., особами з інвалідністю III групи – 89 чол., в тому числі воїнів-інтернаціоналістів - 23 особи (в тому числі: I групи – 1, II групи – 2 чол., III 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 - 2021р.), загального захворювання – 4229 (4215 - 2021р.), особами з інвалідністю з числа військовослужбовців – 161 (209 - 2021р.) особами з інвалідністю з дитинства – 353 (359 - 2021р.). 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 2021р.).

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 I 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 2021 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

	Всього	I група	II група	III група	На 10 тис. доросл. населення	В працездатному віці	На 10 тис. в працезд. Віці в області
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	192	1 (0,5%)	51 (26,5%)	140 (73%)	1,7	188 (4,4%)	2,3

травлення							
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
Всього:	4762	454 (9,5%)	1629 (34,2%)	2679 (56,2%)	43,5	4269	53,9

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 2022р.

№ 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	
		2021р.	2022р.	2021р.	2022р.		2021р.	2022р.
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
19.	Всього	4810	4762	4270	4269	-1	52,5	53,9

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 ППР до МСЕК звернулось 710 (184 в 2021р.).

Не визнано особами з інвалідністю повторно – 292 чол. (100 в 2021р.).
Повторно визначені відсотки втрати працездатності – 314 чол. (321 в 2021р.).

В 2022р. попередня група інвалідності підтверджена в 15206 чол., підвищена в 601 чол., знижена в 514 чол. (15430, 663, 587 відповідно в 2021р.).

Показники реабілітації осіб з інвалідністю: повна – 1,72 % (0,6% - 2021р.), часткова – 10,3% (9,9% - 2021р.), сумарна – 4,7% (3,8% - 2021 р.)

Всім особам з інвалідністю, оглянутим вперше і повторно, в 100% складено ІПР. При переогляді осіб з інвалідністю в 2022 році проаналізовано ефективність виконання складених ІПР, з яких виконані 15855, з них виконані повністю - 629, частково – 15226, не виконані – 777.

В 2022 році особам з інвалідністю визначені рекомендації:

- з медичної реабілітації – 22537 чол. (22114 чол. - 2021 р.)
- з працевлаштування – 14328 чол. (13864 чол. – 2021р.)
- з профнавчання – 77 чол. (86 чол. – 2021 р.)
- з соціальної реабілітації – 17058 чол. (14985 чол. – 2021р.)
- з технічних засобів реабілітації – 2183 чол. (1446 чол. - 2021р.)

За показниками діяльності обласної МСЕК. В Івано-Франківському обласному бюро МСЕ функціонує одна обласна МСЕК. За 2022 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 2022 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 м² функціонує адміністрація ОБ МСЕ і сім комісії МСЕ, які працювали на базі лікувально-профілактичних закладів

військовослужбовців										
Нарахування на оплату праці	1162400,00	1377300,00	1755800,00	214900,00	18%	378500,00	27%	14%	14%	15%
Використання товарів і послуг	711900,00	271900,00	996610,42	- 440000,00	-62%	724710,42	267%	8%	3%	8%
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	405000,00	170900,00	659005,00	-	-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	-	-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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	203800,00	298500,00	232000,00	94700,00	46%	-66500,00	-22%	2%	3%	2%
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 2022 році таке зростання склало 10%, в 2023 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 2021 році частка витрат на оплату праці в розподілі бюджетних ресурсів склала 89%, в 2022 – 94% в 2023 році – 90%. Частка витрат на придбання товарів і послуг складала відповідно 8% в 2021 році, лише 3% в 2022, 8% в 2023 році. Витрати на оплату комунальних послуг склали найменшу частку в розподілі бюджетних ресурсів, так в 2021 році ця стаття зайняла 2% в 2021 році, 3% в 2022 році та 2% в 2023 році.

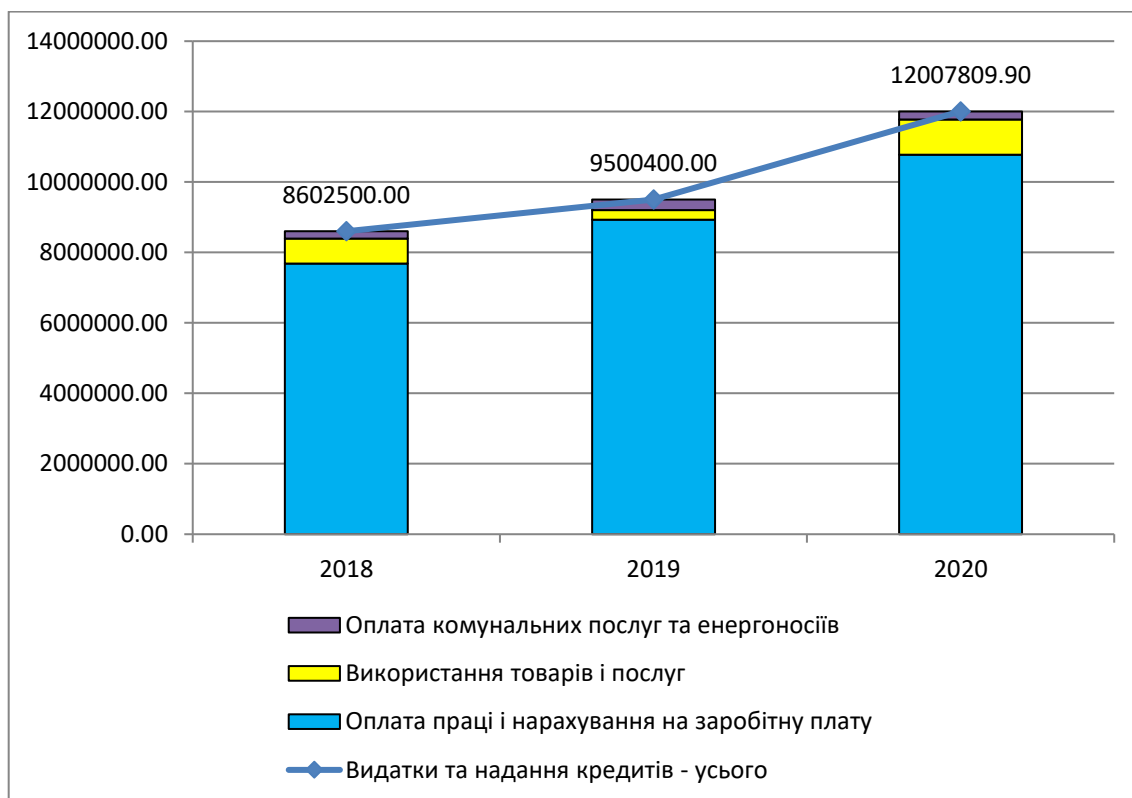


Рис. 2.2. Динамічні і структурні показники розподілу бюджетних ресурсів в процесі функціонування Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи на 2018-2020 роки

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 2017-2022 роки.

Таблиця 2.5

Фінансові результати Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2017-2022 роки.

Показники фінансових результатів	2020	2021	2022	Зміна за 2020-2021 роки		Зміна за 2021-2022 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.

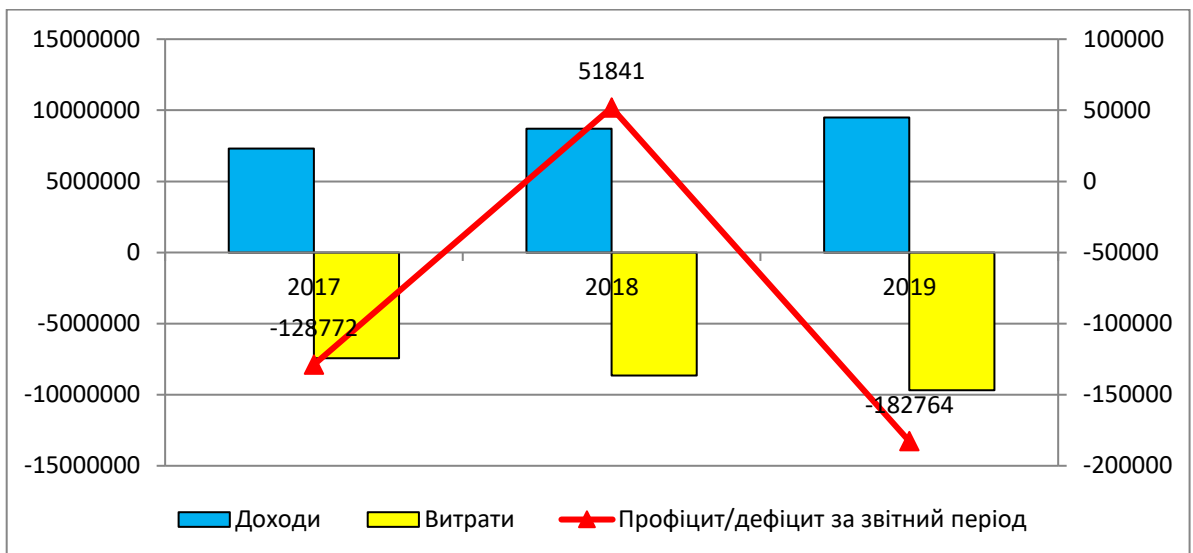


Рис. 2.3 Динаміка фінансових результатів Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи за 2017-2022 роки.

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 настороджуючим фактором в фінансовій діяльності організації є уповільнення темпів доходів, адже в 2021 році зростання доходів склало 19%, в 2022 році 9%.

Разом з тим у діяльності організації спостерігається і нарощування витрат, однак в порівнянні з доходами темп цих процесів є повільнішим. Так у 2021 році рівень витрат підвищився на 16%, в 2022 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 2021 році та 97,2% в 2022 році. Такі тенденції сприяли утворенню профіциту фінансових результатів в організації 2021 році на рівні 0,5% від доходів та його дефіциту в 2022 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 2021-2023 роки**

Показники Балансу	2021	2022	2023	Зміна 2021-2022		Зміна 2022-2023		Структурні показники		
				абс.	віднос.	абс.	віднос.	2021	2022	2023
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%

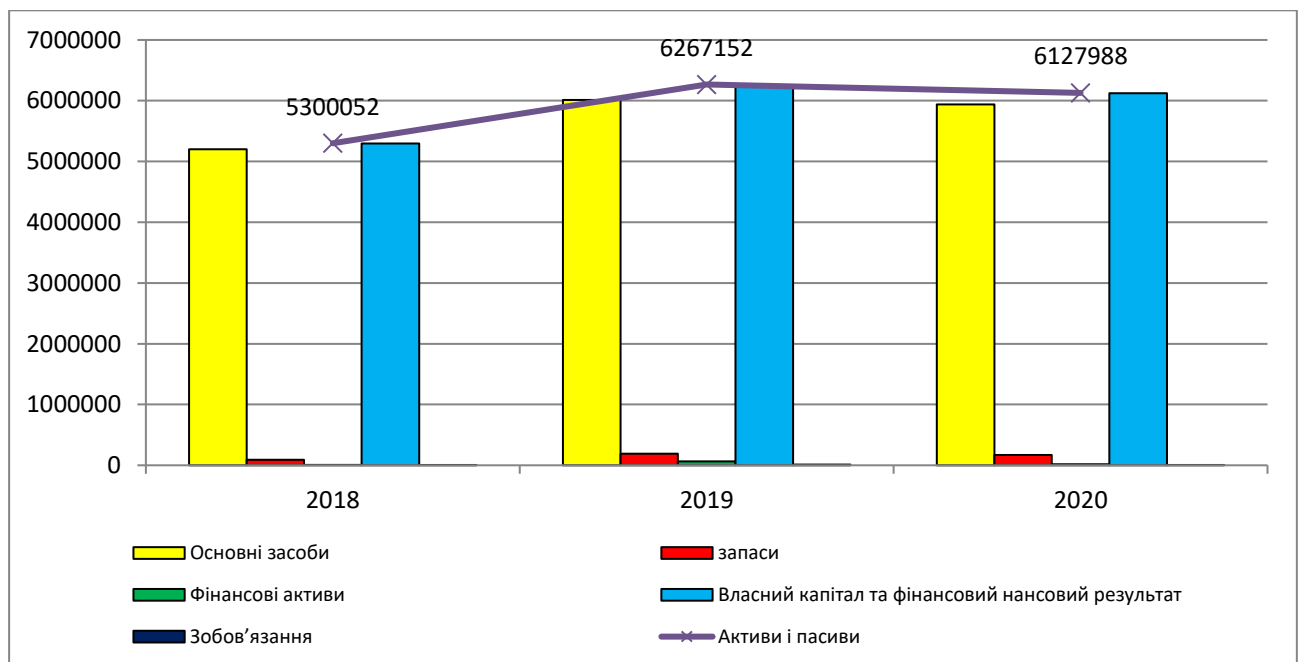


Рис. 2.4. Динаміка показників балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи

Представлені дані характеризують певні коливання в показниках балансу Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи, адже в період 2021-2022 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 2021 році, 95,90% в 2022 році та 96,94% в 2023 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 2021-2023 роки, то як видно з рис. 2.3. основною їх формування стала стаття «Власний капітал та фінансовий результат». Зокрема в 2021 році ця стаття займала 99,96%, в 2022 році 99,82% в 2023 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 2021 році, де приріст зобов'язань сягнув 4-кратного розміру. Проте ситуація дещо стабілізувалася в наступному 2022 році.

Загалом, показники діяльності Івано-Франківського обласного бюро МСЕ за 2022 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 2022 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 2022 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 2022 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 2022 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 2022 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 імплементации 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 2022 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.

3.3. Удосконалення управління соціальним обслуговуванням осіб з інвалідністю в реабілітаційних установах України.

Право осіб з інвалідністю на соціальне обслуговування у реабілітаційних установах є складником права на соціальний захист. На відміну від матеріального забезпечення вказаної категорії осіб, питання їх соціального обслуговування у реабілітаційних установах регулюється значною кількістю нормативно-правових актів, які містять неузгоджені положення, що порушують принципи надання соціальних послуг та створюють перешкоди ефективної реалізації права на соціальне обслуговування. Потребує опрацювання питання про можливість внесення змін до змісту індивідуальної програми реабілітації з урахуванням обґрунтованих зауважень особи з інвалідністю, а також доцільність передбачення юридичної відповідальності за невиконання чи неналежне зобов'язаними суб'єктами такої програми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми соціального обслуговування осіб відображені у наукових працях В.Я. Бурака, В.О. Гончарова, О.О. Гірник, Н.О. Рунової, С.М. Синчук, Б.І. Сташківа, Л.П. Шумної та інших. Водночас питання соціального обслуговування осіб з інвалідністю у реабілітаційних установах України не були предметом наукового дослідження вищезазначених науковців. Мета статті – з'ясувати проблеми, які виникають в процесі реалізації особами з інвалідністю права на соціальне обслуговування у реабілітаційних установах України, та запропонувати законодавчі шляхи їх вирішення.

У країнах з високим рівнем розвитку економічних відносин реабілітація почала формуватися разом з розумінням необхідності захисту прав та інтересів осіб з інвалідністю. На міжнародному рівні вперше поняття реабілітації було визначене у другому звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я, де зазначалося, що реабілітація – це поєднання і скоординоване здійснення медичних, соціальних, просвітницьких і професіональних заходів, включаючи навчання (або перенавчання) осіб з інвалідністю для досягнення реабілітантами (по можливості) найбільш високого рівня функціональної активності [61]. У

науковій літературі реабілітація розглядається як комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів [62]. Також реабілітацію осіб з інвалідністю розуміють як процес, що має на меті допомогти таким людям досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня діяльності і підтримати їх, надавши їм тим самим засоби для зміни їх життя та розширення рамок своєї незалежності, і який включає систему медичних, професійних, педагогічних та інших заходів, спрямованих на усунення і компенсацію обмежень життєдіяльності й на соціальну їх адаптацію [63, с. 39].

Реабілітація визначається і як система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, яка ґрунтується на біологічних, соціально-економічних, психологічних, морально-етичних і науковомедичних засадах [64, с. 10]. Тобто «реабілітація осіб з інвалідністю» являє собою комплекс реабілітаційних заходів, які спрямовані не лише на покращення стану здоров'я особи, але й на встановлення зв'язку між особою з інвалідністю та суспільством. Схоже розуміння поняття «реабілітація осіб з інвалідністю» міститься в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», де зазначається, що реабілітація осіб з інвалідністю – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні й компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації й інтеграції у суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими необхідними засобами і виробами медичного призначення [65]. Однак вказане законодавче визначення поняття «реабілітації осіб з інвалідністю», на нашу думку, також містить певні недоліки. Так, погоджуємося із позицією О.В. Паровишник, яка зазначає, що доцільно під час формулювання поняття

«реабілітація особи з інвалідністю» враховувати як індивідуальну програму реабілітації інваліда, за якою здійснюються реабілітаційні заходи, так і органи й установи, на які покладено функцію реалізації реабілітаційних заходів. Відтак «реабілітацію осіб з інвалідністю» науковець пропонує визначати як сукупність медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, які здійснюються реабілітаційними установами за індивідуальною програмою реабілітації інваліда і які спрямовані на надання особам допомоги у відновленні й компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації й інтеграції у суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими необхідними засобами і виробами медичного призначення [66, с. 177–178]. Документом, що визначає види, форми і об'єм реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення і конкретних виконавців, є індивідуальна програма реабілітації інваліда. Індивідуальні програми реабілітації розробляються МСЕК для повнолітніх осіб і ЛКК для дітей з інвалідністю. Розробляється така програма на основі державної типової програми реабілітації інвалідів. Ці програми розробляються протягом місяця з дня звернення особи з інвалідністю чи її законного представника до органу медикосоціальної експертизи [65]. Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю має рекомендаційний характер [65]. Тобто особа з інвалідністю (чи її законний представник) може відмовитися від того чи іншого виду, форми чи обсягу реабілітаційних заходів або від реалізації індивідуальної програми загалом. Коли особа з інвалідністю (чи її законний представник) виявила згоду щодо виконання індивідуальної програми реабілітації, то вона бере на себе обов'язок сприяти її реалізації, і тоді ця програма стає обов'язковою до виконання органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває особа з інвалідністю (дитина з інвалідністю), незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності [65]. Щодо

відповідальності за невиконання чи неналежне виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю зобов'язаними суб'єктами, то можемо лише частково виділити адміністративну відповідальність. Частково, тому що у статті 41 Кодексу України про адміністративні правопорушення говориться про відповідальність за порушення законодавства про працю та охорону праці [72]. Відтак суб'єктом такого адміністративного правопорушення може бути лише роботодавець, тобто фізична чи юридична особа, яка використовує найману працю особи з інвалідністю, уклала з такою особою трудовий договір і не створює умов для належної реалізації індивідуальної програми реабілітації такого працівника. Стосовно інших осіб – «не роботодавців», для яких індивідуальна програма реабілітації теж є обов'язковою, у разі коли вони не виконують чи виконують з порушенням свої обов'язки по забезпеченню виконання індивідуальної програми реабілітації, то законодавець обмежується лише можливістю судового захисту прав осіб з інвалідністю. Тому вважаємо, що у цьому разі необхідно передбачити адміністративну відповідальність за порушення вказаними суб'єктами їх обов'язку щодо виконання чи сприяння у виконанні індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Отже, пропонуємо доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення положенням, яке б передбачало відповідальність органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, реабілітаційних установ, підприємств, установ, організацій, в яких перебуває або працює особа з інвалідністю (дитина з інвалідністю), незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності за невиконання чи неналежне виконання своїх обов'язків щодо забезпечення реалізації індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Це, на нашу думку, сприятиме підвищенню ефективності реабілітаційного потенціалу. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» не містить положення, яке б було спрямоване на вирішення проблеми, пов'язаної із виправленням обґрунтованих зауважень особи з інвалідністю до змісту індивідуальної програми реабілітації інваліда. Тому вважаємо, що вказаний

нормативно-правовий акт потрібно доповнити таким положенням, яке б закріплювало право особи з інвалідністю оскаржувати зміст індивідуальної програми реабілітації чи її законного представника у разі обґрунтованої незгоди з такою програмою. Для цього потрібно визначити суб'єкта, який уповноважений розглядати такі заяви. О.В. Паровишник пропонує закріпити у Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» право осіб з інвалідністю у разі обґрунтованої незгоди із змістом затвердженої індивідуальної програми реабілітації подавати у місячний термін з дня одержання останньої письмову заяву з вимогою переглянути (змінити, уточнити) індивідуальну програму реабілітації до обласних МСЕК або до МСЕК, у якій ця особа проходила огляд, або ж до відповідного департаменту охорони здоров'я [66, с. 181]. Навіть більше, зазначає науковець, згідно з чинним законодавством однією із функцій комісій медико-соціальної експертизи є перевірка якості розроблених індивідуальних програм реабілітації і здійснення контролю за їх виконанням [66, с. 181–182]. Звичайно, якщо особа з інвалідністю звернеться з письмовою заявою щодо оскарження змісту індивідуальної програми реабілітації до тієї ж МСЕК, у якій проходила медико-соціальну експертизу, то об'єктивність рішення цієї МСЕК викликатиме сумніви. У такому разі особи з інвалідністю повинні звертатися до незалежних експертів. Наразі в Україні немає таких незалежних експертів. Тому, враховуючи, по-перше, відсутність чіткого механізму притягнення зобов'язаних осіб до відповідальності за невиконання чи неналежне виконання індивідуальної програми реабілітації інваліда, по-друге, невизначеність процедури оскарження положень змісту такої програми, пропонуємо створити спеціально уповноважений орган виконавчої влади з питань реабілітації осіб з інвалідністю – Національну раду з питань реабілітації осіб з інвалідністю. Основним завданням Ради повинно бути: охорона та захист прав осіб з інвалідністю, які проходять реабілітацію в реабілітаційних установах України. На виконання цього завдання Рада має право звертатися до керівників реабілітаційних установ з вимогою: 1) надати інформацію про стан реалізації

права осіб з інвалідністю на реабілітації (інформацію стосовно показників якості соціальних послуг); 2) негайно поновити порушене право особи з інвалідністю та вжити необхідних заходів для запобігання порушення права у майбутньому. До складу Національної Ради з питань реабілітації осіб з інвалідністю, на нашу думку, повинні входити: представники органів державної влади, представники органів місцевого самоврядування, представники громадських організацій. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» реабілітаційні заходи здійснюють реабілітаційні установи. Реабілітаційна установа – це установа, підприємство, заклад, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію інвалідів та дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації [65]. Систему реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю складають: 1) органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю; 2) реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 3) будинки дитини та дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до 4 років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 4) спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу для дітей віком від 2 до 7(8) років, які потребують корекції фізичного та /або розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 5) дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу для дітей віком від 2 місяців до 6 (7) років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їхнього розумового, психологічного, фізичного розвитку незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 6) дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти, в яких забезпечується фізичний, розумовий і

психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома; 7) спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку; 8) загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) – загальноосвітні навчальні заклади I-III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування; 9) навчальні заклади системи органів праці та соціального захисту населення; 10) установи соціального обслуговування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 11) санаторно-курортні установи системи органів праці та соціального захисту населення; 12) протезноортопедичні підприємства незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності; 13) установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій осіб з інвалідністю; 14) академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю [65]. На нашу думку, до цієї системи реабілітаційних установ не потрібно включати органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, а також академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи. Адже з огляду на зміст їх прав та обов'язків перші здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю, а другі забезпечують реабілітаційні установи методичними матеріалами. Тому пропонуємо віднести їх до суб'єктів соціально-забезпечувальних правовідносин, які сприяють в отриманні особами з інвалідністю реабілітаційних заходів. Інші ж суб'єкти системи реабілітації відносимо до реабілітаційних устав, які здійснюють реабілітаційні заходи по відношенню до осіб з інвалідністю. Окрім того, вважаємо за необхідне доповнити статтю 12 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» положенням, яке б до системи реабілітаційних установ відносило також фізичних осіб та юридичних осіб, які отримали в установленому законом порядку ліцензію і

прагнуть надавати особам з інвалідністю реабілітаційні заходи, і віднести їх до категорії суб'єктів, які здійснюють реабілітаційні заходи по відношенню до осіб з інвалідністю. Залучення приватного сектору економіки, на нашу думку, позитивно вплине на реабілітаційний потенціал. Для прикладу, у країнах Європейського Союзу відбувається дедалі більше скорочення ролі органів державної влади у процесі реабілітації осіб з інвалідністю. Основними учасниками процесу реабілітації стають здебільшого юридичні особи приватного сектора економіки та особи з інвалідністю. Це сприяє орієнтації реабілітаційного процесу не на наявний асортимент необхідних послуг та засобів реабілітації, а на потреби кожної конкретної особи. У таких країнах, як Німеччина, Велика Британія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними та працюють в умовах конкуренції. У Франції медична реабілітація проводиться як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних лікарнях, так і вдома. 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 [70]. У деяких країнах Європейського Союзу на законодавчому рівні визначено роль місцевих громад 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) [70]. Такий досвід Франції варто врахувати й Україні, зокрема в умовах проведення реформи децентралізації. Згідно з інформацією із статистичного збірника Департаменту соціального захисту осіб з інвалідністю Міністерства соціальної політики України станом на 01 січня 2021 року в Україні діє 153 реабілітаційні установи системи Міністерства соціальної політики України [67]. Із них 118 – Центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, 4 – Центри професійної

реабілітації осіб з інвалідністю, 29 – Центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, 2 – Установи змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень. Отже, на території України діє 4 основних види реабілітаційних установ, які перебувають у підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України: 1) центри соціальної реабілітації дітей-інвалідів; 2) центри професійної реабілітації інвалідів; 3) центри комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю; 4) реабілітаційні установи змішаного типу для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень. Наказом Міністерства соціальної політики України від 14 березня 2021 року № 355 «Питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» визнано такими, що втратили чинність, Накази Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» № 505 від 15 серпня 2013 року, «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів» № 379 від 06 квітня 2015 року, «Про затвердження Типового положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень» № 112 від 12 лютого 2016 року, а також змінено Наказ Міністерства № 855 від 09 серпня 2016 року «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю». Такі зміни спрямовані на приведення національного законодавства у відповідність із положеннями Конвенції про права осіб з інвалідністю, зокрема статтею 26, де зазначається, що держави-учасниці організують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні програми, особливо у сфері соціального обслуговування, таким чином, щоб ці послуги та програми починали реалізовуватися якомога раніше і ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб та сильних сторін індивіда [73]. Тобто запровадження лише одного виду реабілітаційної установи – центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, є цілком логічним явищем. Проте сьогодні в Україні продовжують існувати такі установи: центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, центри професійної реабілітації осіб з інвалідністю; центри

комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю та реабілітаційні установи змішаного типу для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень. Листом Мінсоцполітики «Про забезпечення розвитку системи комплексної реабілітації (абілітації) осіб (дітей) з інвалідністю, дітей віком до двох років (включно), які належать до груп ризику щодо отримання інвалідності» від 04 травня 2021 року № 393/0/131-18/173 передбачено, що ті реабілітаційні установи, установчі документи яких ще не приведено у відповідність до Типового положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю, затвердженого Наказом Мінсоцполітики від 09 серпня 2016 року № 855 (зі змінами), мають використовувати у практичній роботі Наказ Мінсоцполітики від 03 жовтня 2010 року № 1576 «Про затвердження примірних штатних нормативів чисельності працівників центру комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю». Також наголошується, що попри те, що деякі накази Мінсоцполітики втратили чинність, установчі документи діючих реабілітаційних установ залишаються чинними до періоду, доки їх не буде приведено у відповідність до Наказу Мінсоцполітики № 855. Важливо звернути увагу на те, що у 2015 році були внесені зміни у Типове положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Зокрема, окрім дітей з інвалідністю, послуги в центрах реабілітації з 2015 року можуть отримувати й діти віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність. З аналогічними змінами було затверджено Типове положення про реабілітаційну установу змішаного типу (комплексної реабілітації) для осіб з інвалідністю внаслідок інтелектуальних порушень від 15 лютого 2016 року і Типове положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю від 09 серпня 2016 року. Ці зміни мають важливе значення, оскільки до цього часу реабілітаційні заходи можна було застосовувати лише щодо дітей, яким ЛКК лікувально-профілактичного закладу встановила відповідну групу інвалідності. А зараз, завдяки можливості застосування реабілітаційних заходів, можна взагалі запобігти настанню інвалідності у дитини. Адже це важливо, оскільки система реабілітації повинна працювати і на попередження інвалідності, а не тільки на усунення її наслідків.

Відповідно до Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації) для отримання реабілітаційних послуг отримувач (його законний представник) письмово звертається за місцем проживання до структурного підрозділу з питань соціального захисту населення районної, районної у м. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної у місті ради, ради об'єднаної територіальної громади. Для отримання реабілітаційних послуг у недержавній реабілітаційній установі особа з інвалідністю чи її законний представник повинен звернутися до цієї реабілітаційної установи [65]. Після зарахування отримувача на комплексну реабілітацію (абілітацію) на підставі його індивідуальної програми реабілітації складається індивідуальний план комплексної реабілітації (абілітації). Реабілітаційні послуги надаються отримувачу безоплатно. Після закінчення курсу реабілітації установа видає отримувачу або його законному представнику довідку про надані реабілітаційні послуги та результати комплексної реабілітації (абілітації), копію якої надсилає до місцевого органу [68]. Розрізняють такі форми реабілітаційних заходів: 1) надання реабілітаційних послуг; 2) забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення; 3) матеріальне забезпечення [65]. Вони надаються безкоштовно реабілітаційними установами в процесі виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Питання організації надання реабілітаційних послуг як однієї із форм реабілітаційних заходів, їх види та детальна характеристика змісту регулювалися Наказом Міністерства соціальної політики України від 31 березня 2015 року, яким було затверджено Соціальні нормативи у сфері надання реабілітаційних послуг особам з інвалідністю та дітям з інвалідністю [9]. До показників якості надання реабілітаційних послуг законодавець відносив: 1) результати аналізу проведення на постійній основі моніторингу надання реабілітаційних послуг; 2) умови розміщення реабілітаційної установи та її доступність; 3) укомплектованість реабілітаційної установи фахівцями, їхня кваліфікація та відповідність оціненим потребам отримувачів, їхньої

кількості в установі, цілям та планам роботи; 4) наявність матеріально-технічної бази реабілітаційної установи. Але Наказом Міністерства соціальної політики України від 14 березня 2021 року № 355 «Питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» Наказ від 31 березня 2015 року було визнано таким, що втратив чинність. Стаття 15 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» – «Державні соціальні нормативи у сфері реабілітації», залишена без змін. У вказаній статті зазначається, що державні соціальні нормативи у сфері реабілітації осіб з інвалідністю розробляються центральними органами виконавчої влади у межах їх повноважень, за участю реабілітаційних установ, відповідних науково-дослідних установ, на основі наукових досліджень. Тому, на нашу думку, статтю 15 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» або варто виключити, або розробити і затвердити нові соціальні нормативи надання послуг у сфері реабілітації. Проте навіть за умови виключення статті 15 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» завдяки дотриманню зобов'язаними учасниками реабілітаційного процесу вимог Конвенції про права осіб з інвалідністю, яку Україна ратифікувала, проблеми якості реабілітаційних послуг у центрах комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю не мають виникати. Щодо такої форми реабілітаційних заходів, як забезпечення осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і виробами медичного призначення, то у ст. 26 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» зазначається, що держава гарантує розроблення і виробництво технічних та інших засобів реабілітації, закупівлю спеціального автотранспорту, виробів медичного призначення, забезпечення ними соціальної адаптації і полегшення умов праці й побуту і спілкування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю і поширює інформацію про таку продукцію [65]. Нормативно-правове регулювання зазначеної форми реабілітаційних заходів здійснюється: Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [65], Постановою КМУ від 05 квітня 2012 року № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших

окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів» [71]. У березні 2021 року Кабінет Міністрів України Постановою № 238 вніс зміни до Постанови № 321 від 05 квітня 2012 року, якими дещо змінено процедуру забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації. Проаналізувавши Постанову № 238, можемо виділити такі основні зміни порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів: 1) змінено механізм фінансування підприємств, які фактично здійснюють забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, зокрема, фінансування таких підприємств здійснюється здебільшого не Фондом соціального захисту осіб з інвалідністю (як було раніше), а органами соціального захисту населення; 2) запровадження за допомогою Класифікатора технічних та інших засобів реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих верств населення – автоматизованого підбору необхідних засобів реабілітації кожній конкретній особі; 3) вдосконалення механізму забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації за допомогою Централізованого банку даних з проблем інвалідності; 4) запровадження договірного регулювання правовідносин із забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації: а) забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших осіб технічними та іншими засобами реабілітації на підставі договору, який укладається між органами соціального забезпечення та підприємством; б) забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших осіб протезами верхніх та нижніх кінцівок, протезами шарнірними нижніх кінцівок та кріслами колісними на підставі договору, який укладається органами соціального захисту, підприємством та особою з інвалідністю, дитиною з інвалідністю, іншими особами чи їх законними представниками; 5) запровадження можливості залучення до фінансування процесу забезпечення технічними та іншими

засобами реабілітації коштів місцевих бюджетів, власних коштів осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших осіб чи їх законних представників, благодійних внесків з інших джерел, не заборонених законодавством. Виділені зміни, на нашу думку, відображають бажання законодавця привести національне законодавство у відповідність із Конвенцією про права осіб з інвалідністю, а також враховують реформу децентралізації влади, зокрема, у частині зміни механізму фінансування забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Отже, під реабілітацією осіб з інвалідністю розуміємо сукупність медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, які здійснюються реабілітаційними установами за індивідуальною програмою реабілітації інваліда і які спрямовані на надання особам допомоги у відновленні й компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації й інтеграції у суспільство, а також забезпечення інвалідів технічними та іншими необхідними засобами і виробами медичного призначення. У системі суб'єктів реабілітації осіб з інвалідністю залежно від змісту їх прав та обов'язків виділяємо: суб'єктів, які сприяють в одержанні реабілітаційних заходів особами з інвалідністю, та суб'єктів, які безпосередньо надають реабілітаційні заходи особам з інвалідністю – реабілітаційні установи. Обґрунтовано доцільність передбачення адміністративної відповідальності за невиконання чи неналежне виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями своїх обов'язків щодо забезпечення реалізації індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Аргументовано необхідність створення Національної ради з питань реабілітації осіб з інвалідністю як додаткової гарантії права отримання соціальних послуг особами з інвалідністю під час проходження ними реабілітації в спеціалізованих установах України.

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.

5. Обґрунтовано доцільність передбачення адміністративної відповідальності за невиконання чи неналежне виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями своїх обов'язків щодо забезпечення реалізації індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю. Аргументовано необхідність створення Національної ради з питань реабілітації осіб з інвалідністю як додаткової гарантії права отримання соціальних послуг особами з інвалідністю під час проходження ними реабілітації в спеціалізованих установах України.

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 2022 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 2022 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 2022 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 2022 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 2022 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 2022 р. № 722/2022, 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. URL:http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.
2. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2022. URL: 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 2022 році. Доповідь правозахисних організацій. URL: <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 2022 рік. Київ, 2022.С.34. URL: <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 2022 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, 2021. С. 1.
9. Мінсоцполітики. Соціальний звіт за 2022 рік.
10. Національна стратегія у сфері прав людини. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>.
11. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2022. URL: http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine%20Summary%20rstr%20UKR.pdf.

12. Текст закону за посиланням URL: <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 URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4213-17>
14. Стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства» URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>.
15. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2022. URL: 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» URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF/page>.
17. Оцінка системи реабілітації в Україні. Оціночна місія ВООЗ. Грудень 2022. URL: [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» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-%D0%BF>.
19. Оцінка системи реабілітації в Україні. Грудень 2015.
20. Соціальний звіт за 2022 рік.
21. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2021.
21. Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2021.

22. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». закон України від 06. 10. 2005 р. № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2, / 2-3 /. Ст. 36.

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

24. Петров Денис. Повірити в себе. URL: [hMr://old.gazeta.dt.ua/SOCIETY/poviriti_v_sebe.html](http://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» URL: URL: [hMr://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11](http://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 2022 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» URL: [hMr://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF](http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF).

29. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». закон України від 06. 10. 2005 р. № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2, 2-3 /. Ст. 36.

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

31. Б. Мойса. Права людей з інвалідністю // Доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні» URL: [hMps://helsinki.org.ua/publications/zvit-pro-diyalnist-spilky](http://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» URL:<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» URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>.

34. Жизнь без барьеров. Незрячие люди нуждаются в поддержке государства. URL: <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» URL: <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». URL: <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» URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF>.

39. Соціальний звіт за 2022 рік.

40. Наказ Міністерства соціальної політики України від 24.06.2015 № 653 «Про затвердження Змін до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» URL: <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» URL: <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» URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80>

44. МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування. URL: hMp://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html.

45. Офіційний переклад Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю URL: 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. 2022. Липень № 7. URL: http://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832.

49. Initial report of States parties due in 2021. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. C. 42. URL: hMp://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru.

50. Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention Sweden. (7 February 2021). P. 4. URL: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en.

51. Initial report of States parties due in 2021. Czech Republic. C. 58. URL: 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 2021. Czech Republic. C. 60–62. URL: 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. URL: 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%2fPOL%2f1&Lang=ru.

54. Initial Report Concerning The implementation of The Convention of the Rights of Persons with disabilities. State of Israel. 2017. C. 3. URL: 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». URL: https://lb.ua/society/2017/02/07/357816_volodimir_golik_mi_pragnemo_shchob.html. МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html Законопроект про реабілітацію № 4458: спроба імітації реформ. // <https://www.youtube.com/watch?v=At7RLQXIsUg>.

56. Текст проекту за посиланням. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=58773.

57. Текст проекту Концепції реформування медико-соціальної експертизи за посиланням URL: <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 URL://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 2023 року наукової конференції. Світова Федерація Українських Лікарських Товариств, Всеукраїнське лікарське товариство, Українське лікарське товариство у Львові, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Львів. 2023. 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», 2023. Вип. 16. Т. 2. 208 с. С.173-180.).

61. Мельник В.П. Законодавчі засади правового регулювання реабілітації інвалідів: сучасний стан та напрями удосконалення. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія: Право. 2014. № 2. URL: <http://lj.oa.edu.ua/articles/2014/n2/14mvptnu.pdf>.

62. Словник медичних термінів. URL: http://lib.ru/NTL/MED/slowar_a-k.txt

63. Медико-соціальна експертиза обмеженняльної програми реабілітації інвалідів внаслідок неврологічних ускладнень остеохондрозу хребта [Текст] : навч. посіб. для лікарів МСЕК і ЛКК / за ред. : А.В. Іпатова, М.І. Черненко, О.В. Сергієні та ін. Дніпропетровськ : Пороги, 2004. С. 94.

64. Медична та соціальна реабілітація [Текст] : навч. посіб. / за заг. ред. : І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. с. 407.
65. Про реабілітацію інвалідів в Україні : закон України від 06. 10. 2005 р. № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України. 2006. № 2, / 2-3 /. Ст. 36.
66. Паровишник О.В. Забезпечення прав інвалідів в Україні: теоретичні і практичні засади адміністративно-правового регулювання : монографія / О.В. Паровишник. Харків : Право, 2016. 264 с.
67. Соціальний захист населення України. Статистичний збірник. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/07/zb_szn_2017.pdf.
68. Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації): Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 року № 80. Офіційний Вісник України. 2007. № 8. С. 54.
69. Про затвердження соціальних нормативів у сфері надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам: Наказ Міністерства соціальної політики України від 31 березня 2015 року № 352. Офіційний Вісник України. 2015. № 33. С. 81.
70. Гаврюшенко Г. Коропець П. Досвід країн ЄС у питаннях реабілітації інвалідів. Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. 2009. Липень № 7. URL: https://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832.
71. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321. Офіційний Вісник України. 2012. № 31. С. 163.
72. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 07.12.1984 № 8073–X. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/80731-10>.
73. Конвенція про права осіб з інвалідністю. URL: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«УНІВЕРСИТЕТ КОРОЛЯ ДАНИЛА»
Кафедра права та публічного управління

ВІДГУК

на кваліфікаційну роботу
на здобуття освітнього ступеня магістр
студента факультету суспільних та прикладних наук
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

Процака Василя Дмитровича

на тему: «Управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я».

Актуальність теми. 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.

Самостійність розробки і пропозиції автора. Автором досліджені основні теоретичні та прикладні засади управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю; обґрунтовано необхідність впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

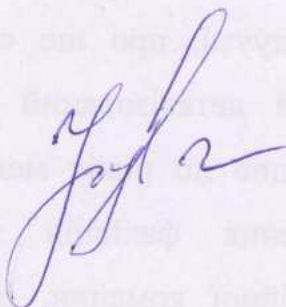
Практичне значення роботи. Практичне значення мають авторські пропозиції щодо удосконалення управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю.

Зауваження. Суттєвих недоліків, які б вплинули на зміст роботи, не виявлено. Всі зауваження та рекомендації враховано в процесі виконання роботи.

Загальний висновок. Кваліфікаційна робота Процака Василя Дмитровича виконана на актуальну тему, є самостійним та завершеним авторським дослідженням, що має достатній загальнотеоретичний, практичний та науковий рівень, містить елементи новизни та за своїм змістом і оформленням відповідає «Методичним вказівкам щодо виконання кваліфікаційних робіт студентами освітнього рівня магістр галузі знань 028 Публічне управління та адміністрування спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування ЗВО «Університет Короля Данила» та може бути допущена до захисту.

Науковий керівник:

20 лютого 2024 р.



**кандидат юридичних наук,
доцент, доцент кафедри права
та публічного управління ЗВО
«Університет Короля Данила»
Жукевич Ігор Васильович**

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу

на здобуття освітнього ступеня магістр

студента факультету суспільних та прикладних наук

спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

Процака Василя Дмитровича

на тему: «Управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я»

Актуальність теми дослідження обумовлена необхідністю розроблення та впровадження сучасних методик та підходів до управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Найбільш суттєві висновки і рекоменда. В результаті виконання кваліфікаційної роботи розроблено системні заходи з управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні.

Наявність самостійних розробок автора. Автором досліджені та узагальнені теоретичні засади управління процесом реабілітації осіб з інвалідністю; проаналізовано чинну практику управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та на досліджуваному закладі охорони здоров'я визначено напрями удосконалення управління процесами реабілітації осіб в умовах реформування охорони здоров'я.

Практична цінність розроблених питань. Рекомендації щодо впорядкування управління процесами реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я будуть використані в практичній роботі Івано-Франківського обласного бюро медико-соціальної експертизи.

Наявність недоліків. Доцільно було б більш чіткіше виписати процеси реабілітації осіб з інвалідністю як об'єкт управлінського впливу, звернути

глибшу увагу на впровадження Концепції реформування системи медико-соціальної експертизи, складовою якої стане розбудова реабілітації та створення Національної служби експертизи здоров'я та реабілітації України.

Загальний висновок про відповідність якості роботи рівню вищої освіти і оцінка, що пропонується. Кваліфікаційна робота є самостійним науковим дослідженням, містить конкретні пропозиції та рекомендації по темі дослідження, відповідає вимогам вищої освіти і заслуговує відмінної оцінки, а Процак В.Д. – присвоєння кваліфікації магістра з управління та адміністрування.

Рецензент:



26 лютого 2024 р.

доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри теоретичної
юриспруденції та прав людини
Чернівецького навчально-
наукового юридичного інституту
Національного університету
«Одеська юридична академія»
Цуркан-Сайфуліна Юлія Василівна

метадані

Заголовок

Автор






Процак В.Д. Науковий керівник / Експерт **Жукевич І.В.**

підрозділ

King Danylo University

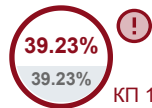
Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про **МОЖЛИВІ** маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		10
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		362

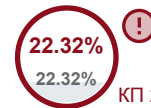
Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



13309

Кількість слів

107950

Кількість символів