

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування ім. адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту



«Допустити до захисту»

зав. кафедри

к.е.н., доцент Сіренко І.В.

(наукова ступінь, вчене звання, П.І.Б. завкафедрою)

_____ «__» _____ 2021 р.
(підпис зав. кафедрою)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеню вищої освіти **магістр**

на тему: **Державне регулювання реабілітаційної допомоги**
в системі охорони здоров'я

Виконав: студент 6435м групи

Спеціальності 073 Менеджмент

ОП Управління закладами охорони здоров'я

(шифр і назва спеціальності)

Матросова О.І.

(підпис)

Керівник роботи: канд. екон. наук, доцент

Волосяк М.В.

(підпис)

Миколаїв – 2021 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Державна політика у сфері охорони здоров'я.....	6
1.2. Сутність, принципи та завдання реабілітаційної допомоги.....	12
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	21
2.1. Аналіз проблем державного управління у сфері реабілітаційної допомоги в Україні.....	21
2.2 Сучасний стан та тенденції надання реабілітаційної допомоги в Україні.....	25
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	34
3.1. Імплементація світового досвіду реалізації державної політики реабілітації.....	34
3.2. Підтримка телереабілітації як сучасного напрямку відновлювальної медицини.....	39
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ.....	47
4.1. Аналіз небезпечних та шкідливих факторів на підприємстві.....	47
4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в приміщенні медичного закладу.....	50
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

Актуальність теми. Для багатьох пацієнтів важливо мати доступ до реабілітації, оскільки певні стани здоров'я вимагають тимчасової, але невідкладної реабілітації, інші - систематичної, без тривалих перерв. Якщо реабілітаційна допомога недоступна, у деяких пацієнтів може спостерігатися тривале погіршення стану, незворотні зміни у стані здоров'я та підвищений ризик ускладнень.

За даними МОЗ України, сьогодні на основі актуального міжнародного досвіду регламентується: надання реабілітаційної допомоги в галузі охорони здоров'я «впродовж гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів»; формат надання потужної реабілітаційної допомоги у галузі охорони здоров'я на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги та міжгалузеві позиції між сферами охорони здоров'я. Крім того, запроваджуються рамки для навчання та організації процесів роботи у сфері реабілітації, основні принципи роботи мультидисциплінарних реабілітаційних бригад, принципи розвитку медичних досліджень.

Нова законодавча назва «реабілітація у сфері охорони здоров'я» не скасовує колишні поняття (медична реабілітація та фізична реабілітація), проте значно розширює функціонал цього виду допомоги і професійний склад відповідних фахівців. Запроваджується нове професійне угруповання «фахівці з реабілітації», тобто ті, що надають різні види реабілітації для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності. Таким чином, в органах державної влади є чітке усвідомлення важливої ролі реабілітаційної допомоги людям, які її потребують.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Значний внесок у вивчення питань державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я внесли: І. Берлінець, О. Бісмак, С. Богданов, О. Дмитрієва, І. Мисула, Т. Бакалюк, А. Голяченко, Н. Сидлярук, Т. Мостепан, О. Чепурка та ін.

Незважаючи на те, що проблемні питання надання медичних реабілітаційних послуг в Україні є об'єктом дослідження багатьох вчених,

механізм державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я ще є недостатньо дослідженим, що й зумовило наукову актуальність і практичну значущість даного дослідження, визначивши його мету та завдання.

Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення напрямів державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я.

Рух до окресленої мети обумовлює необхідність вирішення низки взаємопов'язаних **завдань**:

- визначити сучасні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я;
- розкрити сутність, принципи та завдання реабілітаційної допомоги;
- провести аналіз проблем державного управління у сфері реабілітаційної допомоги в Україні;
- дослідити сучасний стан та тенденції надання реабілітаційної допомоги в Україні;
- запропонувати імплементацію світового досвіду реалізації державної політики реабілітації, враховуючи особливості національної системи охорони здоров'я;
- окреслити необхідність підтримки телереабілітації як сучасного напрямку відновлювальної медицини;
- проаналізувати небезпечних та шкідливих факторів на підприємстві;
- розрахувати систему штучного освітлення в приміщенні медичного закладу.

Об'єктом дослідження є державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних і прикладних аспектів державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я.

Методологічну основу дослідження становили методи наукової абстракції, аналізу, синтезу, індукції, дедукції, логічного аналізу, системного підходу тощо. Для розв'язання визначених завдань в магістерській роботі також

застосовувались наступні методи: монографічний - при вивченні літературних джерел, практики державного управління системою охорони здоров'я; теоретичне узагальнення, порівняння та аналогії - для розкриття сутності понять «медична допомога» та «реабілітаційна допомога»; факторного та порівняльного аналізу - для аналізу сучасного стану та тенденцій надання реабілітаційної допомоги в Україні.

Інформаційну базу дослідження становлять законодавчі та нормативні акти, наукова та монографічна література з даної проблематики, офіційні дані Державної служби статистики України.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розвитку теоретичних положень щодо державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені у роботі теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я можуть бути використані органами державної влади, органами місцевого самоврядування, керівниками закладів охорони здоров'я у їх діяльності, закладами вищої освіти при підготовці «фахівців з реабілітації».

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Повний обсяг роботи 72 сторінки, з них основний текст - 56 сторінок. Робота містить 6 таблиць, 4 рисунки. Список використаних джерел налічує 43 найменування на 5 сторінках, додатків – 1 на 7 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державна політика у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я – це система соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на збереження та підвищення рівня здоров'я населення. Основні форми організації охорони здоров'я - державна, приватна, страхова. Система охорони здоров'я має відповідати універсальним критеріям: ієрархічна структура, налагоджені управлінські зв'язки між суб'єктами й об'єктами управління, ресурси. Організаційна інфраструктура державного управління охороною здоров'я України включає всі гілки владних структур [8, с.186].

Державна політика України в галузі охорони здоров'я - це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [7, с.7].

«Державна політика у сфері охорони здоров'я, як і у будь-якій іншій галузі, представляє собою сукупність взаємопов'язаних принципів, засобів, інструментів реалізації, а також процес формування її суб'єктами політики і вплив на об'єкти. Підходи до формування державної політики у сфері охорони здоров'я задекларовані у Конституції України (ст.ст. 43, 45, 46, 48-50)» [6, с.105].

Цікавий науковий підхід до еволюційного розвитку державної політики в галузі охорони здоров'я запропонували Ю. Сенюк та З. Надюк [37]. Автори виокремили етапи розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я:

1. стабілізаційний (1991-2000рр.) - збереження чинної системи охорони здоров'я і забезпечення громадян медичною допомогою і послугами на мінімальному, гарантованому державою рівні. Реформування системи охорони здоров'я не відбувалося.

2. пошуковий (2000-2010рр.) - здійснення проєктів, спрямованих на пошук напрямів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я за підтримки міжнародних організацій (Європейської Комісії).

3. пілотний (2010-2013рр.) - проведення широкомасштабних пілотних проєктів щодо реформування управління системою охорони здоров'я (у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві).

4. інституційно-підготовчий (2015-2017рр.) - створення інституційного середовища для впровадження реформи системи охорони здоров'я. У цей період була прийнята значна кількість нових і внесено зміни у чинні нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я. Їх метою була підготовка правового поля для започаткування медичної реформи з 01 січня 2018 року.

5. реформування (2018-до теперішнього часу) - реформування сучасної системи охорони здоров'я спричинило потребу її нормативно-правового забезпечення [37, с.213-217].

Принципи державної політики у сфері охорони здоров'я визначено Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [19]:

- «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними

інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі».

З початку запровадження в Україні децентралізаційної реформи було зроблено багато кроків для поліпшення автономізації, фінансування та підвищення якості медичних послуг в закладах охорони здоров'я. Одночасно з реформуванням адміністративно-територіального устрою України відбувалася реформа системи охорони здоров'я, що пов'язана зі зміною політики й інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться. Метою реформи стала зміна парадигми державної політики, публічного управління, забезпечення переходу суспільства, де рішення генеруються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами та процедурами, що відповідають міжнародним стандартам [6, с.105].

Медична реформа має низку етапів, з впровадженням яких вона зможе ефективно змінити сферу надання медичних послуг.

«Перший етап - це реорганізація закладів первинної медичної допомоги (амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети) із державної власності в комунальну власність для того, щоб вони мали можливість укласти договір з Національною службою здоров'я України та отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету.

Другий етап - це створення Національної служби здоров'я України. Національна служба здоров'я - центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій).

Третій етап – це підписання декларації з лікуючим лікарем. Як відомо з квітня розпочалась Всеукраїнська кампанія з вибору сімейного лікаря. Заклади первинної медичної допомоги, в яких працюють сімейні лікарі, терапевти, педіатри, підписують контракт з Національною службою здоров'я, а пацієнти – декларацію з тими лікарями, яких самі собі обрали.

Четвертий етап – це початок роботи Національної служби здоров'я України. В липні 2018 перші заклади охорони здоров'я у статусі некомерційних комунальних підприємств підписали договори з Національною службою здоров'я України. З цього часу ці медзаклади первинної допомоги почали отримувати прямі виплати за конкретних пацієнтів».

Загалом нормативно-правова база України щодо впровадження реформ у вітчизняну систему охорони здоров'я представлена:

- 1) Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [25].
- 2) Законом України «Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закуповуються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я» [24].
- 3) Постановою Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [33].

4) Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» [1].

5) Постановою Кабінету Міністрів України «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [9].

6) Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [27] та інші.

Крім цього, на сайті МОЗ України, можна ознайомитися із проєктом Стратегії розвитку охорони здоров'я 2030 [39]. Цей проєкт [32] містить основні розділи формування системи охорони здоров'я до 2030 року в Україні, а саме:

- I. «Надання послуг в охороні здоров'я та фінансування.
- II. Громадське здоров'я.
- III. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я.
- IV. Доступ до лікарських засобів.
- V. Цифрове здоров'я».

В основу стратегічного бачення майбутнього вітчизняної системи охорони здоров'я закладені шість сучасних принципів та цінностей: універсальний доступ, рівність та залученість, людиноцентричність, підзвітність, чітка міжсекторальна взаємодія та недопущення погіршення соціально-економічного становища пацієнта через погіршення здоров'я.

Що стосується нової моделі фінансування закладів охорони здоров'я, то «з 2018 року надавачі первинної медичної допомоги (ПМД) перейшли на нові принципи фінансування - оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки (тарифу за надання медичних послуг) в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами ПМД та Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Для подальшого реформування галузі покращання якості послуг ПМД та показників здоров'я населення, повинна впроваджуватися система додаткових фінансових стимулів, моніторингу якості, повноти та обсягу надання медичних послуг та заходи, спрямовані на підвищення професійного рівня лікарів».

Протягом квітня-липня 2019р. ВООЗ та Світовий банк проводили спільну оцінку впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я з 2016 року з метою аналізу та підведення проміжних підсумків реформи [42]. Було зроблено наступні основні висновки:

1) «загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг.

2) реформа фінансування системи охорони здоров'я добре узгоджується із загальними цілями розвитку України.

3) Впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я відбувається успішно. Створено єдиного закупівельника послуг - Національну службу здоров'я України.

4) забезпечення загальної стабільності розподілу бюджету на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшого впровадження реформи системи охорони здоров'я і дозволить зберегти ресурси, отримані від підвищення ефективності, та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг.

5) місцеві органи влади повинні відігравати важливу роль як власники установ і органи фінансування, проте необхідний подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики в галузі охорони здоров'я» [42].

Нова система охорони здоров'я зосереджена на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я.

На локальному рівні територіальна громада може створити власний заклад охорони здоров'я у формі комунального некомерційного підприємства (КНП). Наявні центри первинної медико-санітарної допомоги або амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, які існують у формі комунальних установ, доцільно перетворити на комунальні некомерційні підприємства. Це дозволить їм самостійно вирішувати всі питання організації власної діяльності, починаючи

від визначення організаційної структури, штатів, потужності ліжкового фонду тощо. Територіальна громада, яка не має наміру створювати власне КНП, може домовитися з КНП сусідньої громади про надання первинної медичної допомоги мешканцям своєї громади (за потреби КНП може відкрити структурний підрозділ або амбулаторію на її території) [42].

Обуховська Л.І. [18] систематизувала нормативно-правове забезпечення процесу розвитку КНП з медичного обслуговування населення в територіальних громадах і дійшла до висновків, що значна кількість закладів охорони здоров'я в регіонах раніше існували на основі комунальної форми власності, але в сучасних умовах їх діяльність має бути спрямована на реалізацію свого соціального призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту. Такі нові підходи добре відомі в науці публічного управління і менеджменту організацій, однак в медичній сфері, в діяльності лікарень вони практично не застосовувалися. Одним з таких підходів є співпраця органів державного управління системою охорони здоров'я із місцевою владою [18, с.36-37].

Як зазначається у [35], радикальні соціально-економічні зміни, які відбулися в останні роки в Україні, справили вирішальний вплив на стан та функціонування охорони здоров'я в Україні. Нині основним напрямком державної політики у сфері охорони здоров'я є покращення фінансових та економічних відносин у галузі. Але саме тут реформи є найскладнішими. Фінансова система охорони здоров'я є невід'ємною частиною єдиної фінансової системи держави країни і підпорядковується законам її розвитку [35, с.109].

1.2. Сутність, принципи та завдання реабілітаційної допомоги

В умовах поетапного реформування медичної допомоги, запровадження нових технологій у сфері медицини, актуальними на сьогодні питаннями є ті, що стосуються післялікувального періоду, а саме реабілітаційної допомоги.

Термін «реабілітація» походить від латинських слів і означає «відновлення властивостей». На основі аналізу нормативно-правових актів та наукових джерел систематизуємо визначення терміну «медична реабілітація» (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Систематизація визначень терміну «медична реабілітація»

№	Джерело	Сутність терміну «медична реабілітація»
1.	Всесвітня організація охорони здоров'я [20]	«активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання чи травми функцій або оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу хворого, найбільш адекватна інтеграція його у суспільство»
2.	Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [19]	«вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання»
3.	Корнілова О.В. [12]	«комплекс заходів, спрямованих на досягнення максимального результату при одужанні, тобто відновлення пошкоджених або вражених частин тіла, низка патологічних станів, спадковість, психологічна стабільність пацієнта»
4.	Берлінець І.А. [1]	«комплекс заходів медикаментозного та лікувального призначення, які спрямовані на відновлення здоров'я хворого та недопущення інвалідності»
5.	Лисенюк В.П., Самосюк І.З., Самосюк Н.І. [13]	«комплекс заходів, що включає способи прискорення реституції, стимуляції репаративно-регенеративних процесів, виявлення та зміцнення компенсаторних механізмів, корекції загальної резистентності організму та імунітету»

До грудня 2020р. все, що стосувалося реабілітації в охороні здоров'я, називали медичною реабілітацією (табл. 1.1). Її розглядали як різновид медичної допомоги, котра мала розпочинатися після закінчення гострого періоду захворювання у разі наявності обмежень життєдіяльності й надаватися пацієнтам з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху, а також у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності). Однак питанням реабілітації у сфері охорони здоров'я на державному рівні було присвячено новий Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [31], прийнятий Верховною Радою України у грудні 2020р., який докорінним чином змінив тлумачення дотичних понять, засад державної політики, організації реабілітаційної допомоги, прав й обов'язків органів управління, закладів охорони здоров'я та медичних працівників із забезпечення реабілітаційної допомоги.

Цей вид допомоги забезпечували медичні працівники з вищою та середньою медичною освітою (лікарі та медичні сестри). Також «у чинному законодавчому полі (але з боку соціальної сфери) була присутня фізична реабілітація, яку в 90-х роках минулого століття створили фізичні терапевти. Це був вимушений крок, оскільки на той час вони не могли працювати у сфері охорони здоров'я і навіть називатися фізичними терапевтами. У штат лікарень їх не брали через відсутність медичної освіти».

Нова законодавча назва «реабілітація у сфері охорони здоров'я» [31] не скасовує колишні поняття (медична реабілітація та фізична реабілітація), проте значно розширює функціонал цього виду допомоги і професійний склад відповідних фахівців. Запроваджується нове професійне угруповання «фахівці з реабілітації», до якого ввійдуть і ті, хто досі забезпечував медичну складову (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, сестри медичні з реабілітації) і ті, хто буде впроваджувати новий для сфери охорони здоров'я реабілітаційний компонент. О. Дмитрієва [10] зазначає, що це будуть «фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи,

психотерапевти та асистенти фізичних та ерготерапевтів. Всі назви професій та їх перелік повністю синхронізовані з вимогами ВООЗ та міжнародних професійних організацій фахівців з реабілітації. Фактично це перелік членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Фахівці з реабілітації можуть і повинні працювати не тільки у галузі охорони здоров'я, а й у сферах соціального захисту, освіти (зокрема, в системі інклюзивної освіти), фізкультури та спорту, трудових відносин тощо» [10].

На основі аналізу нормативно-правових актів та наукових джерел систематизуємо визначення терміну «реабілітаційна допомога» (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Систематизація визначень терміну «реабілітаційна допомога»

№	Джерело	Сутність терміну «реабілітаційна допомога»
1.	Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [31]	«діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі»
2.	Мостепан Т.В., Горачук В.В., Долженко М.М. [16]	«досягнення оптимального рівня функціонування особи, соціальної інтеграції та незалежності у взаємодії з її навколишнім середовищем»
3.	Чепурка О. [43]	«процес, що має на меті забезпечити неповносправним досягнення і підтримку їх оптимальних фізичного, чуттєвого, інтелектуального, психічного, а також соціального рівнів діяльності, які б сприяли досягненню вищого рівня самостійності»

Складовими та завданнями реабілітаційної допомоги є [31]:

- 1) «Ерготерапія – відновлення, розвиток і підтримка навичок та заняттєвої активності особи;

- 2) Фізична терапія - відновлення, розвиток і підтримка рухової і функціональної спроможності особи;
- 3) Терапія мови і мовлення - відновлення, розвиток і підтримка комунікацій з навколишнім середовищем та безпечного процесу споживання їжі».

Зазначені складові реабілітаційної допомоги «надаються фахівцями охорони здоров'я, які мають відповідну кваліфікацію. Вони можуть надавати реабілітаційну допомогу у закладах охорони здоров'я не лише вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги та їх структурних підрозділах, але й первинної медичної допомоги» [31]. Повний перелік таких закладів представлений у Статті 9 ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [31]: «реабілітаційні заклади (реабілітаційні лікарні, реабілітаційні центри, амбулаторні реабілітаційні заклади, заклади комплексної реабілітації, центри психологічної реабілітації та/або травматерапії, протезно-ортопедичні підприємства); палати гострої реабілітації, стаціонарні та амбулаторні відділення післягострої та довготривалої реабілітації у лікарнях різного профілю та санаторно-курортних установах».

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні існують два види допомоги – медична та реабілітаційна. Це окремі види допомоги, але обидва перебувають «всередині» системи охорони здоров'я. Розглянемо різницю між ними (рис. 1.1).

Згідно сучасному формату охорони здоров'я, визначеному ВООЗ, реабілітаційна допомога є головною у XXI столітті. О. Дмитрієва [10] виділяє відмінні риси сучасної медичної та реабілітаційної допомоги. Це «базові підходи до надання допомоги: до реабілітаційної допомоги застосовують біо-психосоціальний підхід, метою якого є досягнення оптимального функціонування особи в середовищі, де вона перебуває (незважаючи на вид набутої хвороби або травми), а до медичної допомоги застосовують біо-медичний підхід, метою якого є порятунок життя та виліковування хвороби за відповідними стандартами надання допомоги» [10].



Рис. 1.1. Відмінні характеристики реабілітаційної та медичної допомоги [10; 31]

О. Дмитрієва [10] зауважує, що, не дивлячись на запровадження для реабілітаційної допомоги уніфікованої і стандартизованої схеми опису станів здоров'я та станів, пов'язаних із здоров'ям, - Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, - це не скасовує використання Міжнародної класифікації хвороб, яка використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі охорони здоров'я.

Найважливішою відмінною рисою реабілітаційної допомоги від медичної є те, що «медичну допомогу надають лікарі та медичні сестри (фахівці з медичною освітою), лікар надає вказівки медичній сестрі та контролює їх виконання. Фахівці реабілітаційної допомоги – це лікар ФРМ (єдиний з лікарів-спеціалістів, які займаються реабілітацією), різні категорії терапевтів (фізичні,

ерго-, мови та мовлення тощо – з вищою, але немедичною освітою у сфері охорони здоров'я). І тут кожен з терапевтів в рамках своїх професійних компетентностей самостійно визначає програму своєї терапії (фізичної, ерготерапії, мови та мовлення тощо), виконує, контролює та коригує її».

Як видно з рис. 1.1 і підтверджується експертами [10], вертикальних ієрархічних взаємовідносин в мультидисциплінарній реабілітаційній команді не може бути, робота фахівців вибудовується на досягненні мети та завдань, які визначені для конкретної особи, котра потребує реабілітації. Тут діє класичний принцип «не робіть для нас без нас» [10]. Цієї ж думки додержуються ряд дослідників у сфері охорони здоров'я: І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, А.О. Голяченко, Н.І. Сидлярук, Ю.І. Мисула, М.С. Мисула, Ю.В. Завіднюк [14]. Вони зазначають, що «для досягнення максимально позитивного ефекту реабілітації фахівці повинні працювати не окремо, а в команді. У такій моделі організатором реабілітаційних заходів повинна бути команда фахівців, яку очолюватиме лікар з фізичної та реабілітаційної медицини, і до якої, за потреби, входитимуть лікарі вузьких спеціальностей відповідно до захворювання пацієнта (кардіолог, травматолог, невропатолог тощо), фахівець з фізичної терапії, фахівець з ерготерапії, а також, при потребі, соціолог, психолог, педагог, юрист. Лікуючий лікар у цій команді буде лише консультантом. Але для того, щоб мультидисциплінарна команда могла працювати в лікувальних та реабілітаційних закладах, необхідно визначити принципи її роботи, повноваження, місце й функції в системі реабілітації як одного з ключових суб'єктів системи реабілітації, розробити чітку процедуру складання планів реабілітації пацієнта від етапу надання невідкладної медичної допомоги до амбулаторно-поліклінічного та санаторно-курортного етапів, і тим самим змінити адміністрування системи реабілітації» [14, с.179].

Згідно Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [31], загальними принципами проведення реабілітації є:

- 1) «пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій

надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;

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

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

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

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

6) функціональна спрямованість - реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі» [31].

У листопаді 2021р. Кабінет Міністрів України ухвалив постанову «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [23]. Це забезпечуватиме практичне впровадження нової моделі надання реабілітаційної допомоги і надасть можливість контролювати її результативність та якість. Цим рішенням «вперше запроваджуються рамкові вимоги щодо навантаження та організації роботи фахівців з реабілітації, загальні принципи функціонування мультидисциплінарних реабілітаційних команд, принципи взаємодії фахівців з реабілітації з медичними працівниками нереабілітаційних професій. Все це дасть можливість запровадити сучасну мультидисциплінарну реабілітаційну допомогу, організовану за єдиними принципами та на засадах доказової реабілітації, із залученням повного складу фахівців з реабілітації».

Згідно ст. 3 ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [31], «до осіб, яким надається реабілітаційна допомога, належать: особи з обмеженнями повсякденного функціонування; особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності».

Підвищення ефективності лікувально-профілактичних і оздоровчо-реабілітаційних процесів неможливе без скоординованих дій різних державних структур і відомств, завданням яких має бути формування реальних механізмів міждисциплінарності, універсального дизайну та біопсихосоціальної моделі інвалідності, організація і забезпечення заходів, спрямованих на збереження і укріплення здоров'я населення. Створення сучасних універсальних реабілітаційних центрів потребує знань особливостей організаційно-методологічних підходів, які повинні враховувати регіональні особливості.

Висновки до Розділу 1

Одночасно з реформуванням адміністративно-територіального устрою України відбувається реформа системи охорони здоров'я. Нормативно-правова база України щодо впровадження реформ у вітчизняну систему охорони здоров'я представлена цілою низкою законів та нормативно-правових актів, метою впровадження яких є відповідність сфери надання медичних послуг в Україні міжнародним стандартам.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні існують два види допомоги – медична та реабілітаційна. Це окремі види допомоги, але обидва перебувають «всередині» системи охорони здоров'я. У моделі надання реабілітаційної допомоги організатором реабілітаційних заходів повинна бути мультидисциплінарна команда, в якій кожен фахівець самостійно визначає програму своєї терапії, виконує, контролює та коригує її. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини очолює команду та вибудовує роботу фахівців на досягненні мети та завдань, які визначені для конкретної особи, що потребує реабілітації.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Аналіз проблем державного управління у сфері реабілітаційної допомоги в Україні

Важливого значення для розвитку реабілітаційної сфери набуває участь держави в даному процесі, а саме ефективна модель державного управління системою надання реабілітаційної допомоги. Як зазначає І. Берлінець [1], «державне управління розвитком реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я є процесом, який поєднує соціальну, економічну та організаційну функції» [1, с.45]. А чи відповідає система реабілітаційних послуг в Україні запитам та очікуванням тих, хто їх потребує? До реабілітаційних послуг в Україні належать:

- «медичні - медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням;
- фізичні - відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, ортезами та іншими технічними засобами реабілітації, що поліпшують самообслуговування, адаптацію особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю в суспільному житті;
- психолого-педагогічні - психологічна і педагогічна психокорекція якостей і функцій особи з інвалідністю, її мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомів і методів психологічної саморегуляції, корекція розвитку;

- трудові - сприяння у професійному навчанні і адаптації, працевлаштуванні і психологічна підтримка в процесі професійної адаптації до виробничих умов;
- соціальні - соціально-побутова адаптація і соціально-середовищна орієнтація, у тому числі забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- фізкультурно-спортивні - фізкультурно-спортивна підготовка та адаптація, організація і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять».

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. На жаль, не згадується про якість послуг, орієнтування послуг на індивідуальні потреби людей з інвалідністю та рівень задоволення цих потреб [15, с.8].

Занепокоєння експертів викликає недоступність реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю у сільській місцевості: установи розташовані по країні нерівномірно (Додаток А): 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.

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 [15, с.9].

Першою значною спробою Міністерства соціальної політики щодо впровадження врахування зовнішніх факторів, що впливають на життя людини з інвалідністю став Наказ 2015 року, яким визначались функціональні можливості осіб з інвалідністю, що потребують забезпечення протезно-ортопедичними виробами [28]. 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 [15].

«Такі соціальні показники складно назвати 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 справді повинно мати значення під час забезпечення протезуванням чи засобами реабілітації, однак необхідно вивчити ситуацію кожної людини та надати виріб, який справді їй потрібен».

З 2014р. питання реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту на сході України декларувалось як пріоритетне для змін правового поля. Але і до сьогодні не змінилася модель надання реабілітаційних послуг. Як і раніше, вона не враховує потреб постраждалих та не може належно реагувати на ці потреби, оскільки й далі стосується людей з формально встановленою інвалідністю. Отже, основні проблеми надання реабілітаційних послуг систематизовано на рис. 2.1.

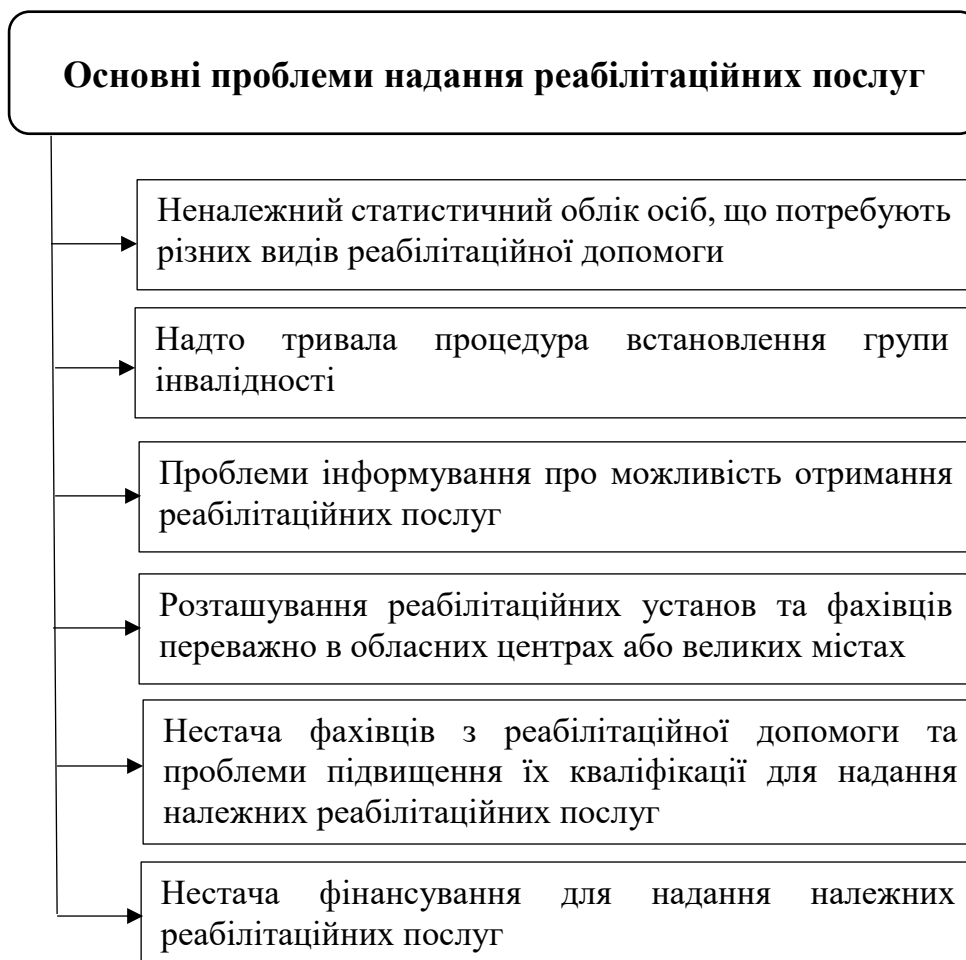


Рис. 2.1. Проблеми державного управління у сфері реабілітаційної допомоги в Україні [15; 34]

Як зауважує І. Берлінець [1], в Україні існує хибна думка серед людей стосовно самої реабілітаційної допомоги. Адже, більшість громадян вважають, що реабілітація - це лікування в санаторіях. На сьогодні залишилося багато радянських санаторіїв та відкрито безліч нових, однак реабілітація - це значно ширша і високопрофесійна, комплексна допомога. Проте, це не означає, що всі санаторії потрібно закрити, важливо, щоб населення України разом із органами державного управління зрозуміли справжню сутність медико-реабілітаційної допомоги, а сама реабілітація надавалась відповідно до міжнародних вимог [1, с.48].

Реабілітація хворих, неповносправних та постраждалих під час бойових дій - процес довготривалий, потребує кваліфікованих фахівців різного профілю,

розширення державних програм, активного залучення сучасних технологій в реабілітаційний процес та створення сучасних універсальних реабілітаційних центрів.

2.2 Сучасний стан та тенденції надання реабілітаційної допомоги в Україні

Державне управління системою реабілітаційної допомоги є складовою частиною державної політики у сфері охорони здоров'я. Головний уповноважений орган - Міністерство охорони здоров'я України - започаткував розроблення комплексного підходу до надання послуг із реабілітаційної допомоги [4, с.43]: впроваджена Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), зокрема затверджено план заходів із впровадження МКФ та його офіційний переклад; упроваджується мультидисциплінарний підхід – до номенклатури лікарських спеціальностей додана «Фізична та реабілітаційна медицина», введено кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації (лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта); підготовлено проект Концепції реформування медико-соціальної експертизи, яка змінює підхід до інвалідності; розробляється проект наказу «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я», що визначає механізм організації мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Перед будь-якою структурою реабілітаційної допомоги в Україні стоять цілі завершення реабілітаційного процесу і відновлення здоров'я пацієнта, його соціального і, по можливості, професійного статусу до максимально можливого в конкретній ситуації рівня. На цьому етапі відбувається поступове зміщення акцентів у застосовуванні немедикаментозних реабілітаційних заходів (фізіотерапевтичні методи, засоби фізичної реабілітації, методи психотерапії та тощо).

Загальна кількість осіб за категоріями, що потребують надання реабілітаційної допомоги в Україні представлена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Кількість осіб за категоріями, що потребують надання реабілітаційної допомоги в Україні у 2019-2020рр.*

(осіб)

Категорії населення, що потребують реабілітаційної допомоги	Кількість осіб станом на 01.01.2019р.	Кількість осіб станом на 01.01.2020р.
<i>Усього</i>	<i>616141</i>	<i>620759</i>
Учасники АТО	1153	1393
Особи з інвалідністю внаслідок війни	17543	16362
Особи з інвалідністю від загального захворювання	299098	308510
Особи з інвалідністю з дитинства	71128	74184
Діти з інвалідністю	58888	62435
Особи з інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС	6532	6569
Діти до 18 років з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату	108292	95875
Особи з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва невиробничого характеру	1649	1580
Особи похилого віку	34832	36389
Інші категорії	17026	17462
Із загальної кількості – внутрішньо-переміщені особи	5141	5499

* Складено за даними [38]

Реабілітаційні структури мають включати не тільки складну апаратуру, але й висококласних фахівців з різних галузей медицини, медико-соціальної та фізичної реабілітації, тому на нього покладається і організаційно-методична робота. Необхідне навчання та підвищення кваліфікації кадрів установ відновлювальної медицини різних регіонів, розробка методичних рекомендацій,

оцінка ефективності реабілітаційного процесу. Крім того, реабілітаційні структури відіграють велику роль у забезпеченні взаємозв'язків між структурами медико-соціальної реабілітації з іншими лікувальними і профілактичними установами, а також з громадськими інститутами, участь яких необхідно в забезпеченні реабілітаційного процесу.

Якщо в США та країнах Європи існують багатoproфільні центри ортопедичної, неврологічної, трудової, спортивної та інших видів реабілітації, то в Україні в основному є медичні установи (лікарні та військові госпіталі), реабілітаційні центри вузького профілю та оздоровчі заклади (санаторії, spa-центри і фітнес-клуби). Більшість з цих установ не пристосовані для прийому інвалідів та маломобільних груп населення і не має потрібної спеціалізації [3, с.6-7].

В Наказі Міністерства соціальної політики України «Питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» [22] чітко зазначено, що «центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю забезпечує:

- виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю та іншими актами законодавства України щодо забезпечення прав Осіб на реабілітацію (абілітацію) з метою їхньої подальшої інтеграції у суспільство;
- створення умов для зменшення та подолання фізичних, та/або психічних, та/або інтелектуальних, та/або сенсорних порушень, запобігання таким порушенням, коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок;
- створення умов для запобігання та недопущення дискримінації Осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування;
- проведення (надання) комплексу заходів (послуг) з ранньої, та/або соціальної, та/або психологічної, та/або фізичної, та/або медичної, та/або психолого-педагогічної, та/або фізкультурно-спортивної, та/або професійної, та/або трудової реабілітації (абілітації) відповідно до потреб Особи. Реабілітаційні заходи (послуги) проводяться (надаються) виключно на підставі

індивідуальних планів реабілітації Осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації, із залученням до участі в цьому процесі Осіб і (за потреби) їхніх батьків або законних представників;

- розвиток навичок автономного проживання Осіб в суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточення;

- підготовку батьків або законних представників Осіб до продовження (в разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами Установи;

- проведення заходів (надання послуг), зокрема з професійної орієнтації, опанування Особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей для подальшого професійного навчання та/або майбутньої трудової діяльності;

- оперативне коригування (за потреби) індивідуальних програм реабілітації Осіб у частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів;

- сприяння у встановленні опіки чи піклування у разі визнання Особи, яка має інтелектуальні порушення, недієдатною або якщо її дієдатність обмежена;

- співпрацю з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями» [22].

На сьогодні в Україні до технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечуються особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення, належать:

- «протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду
- засоби для пересування
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому

- меблі та оснащення
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією» (табл. 2.2 - табл. 2.3).

Таблиця 2.2

Кількість технічних та інших засобів реабілітації, які потребували особи окремих категорій населення, 2019р.*

Категорії населення, що потребують реабілітаційної допомоги	Кількість осіб, які потребували технічних засобів реабілітації	Кількість індивідуальних засобів реабілітації, од.	Кількість технічних засобів реабілітації, од.
<i>Усього</i>	<i>191882</i>	<i>530562</i>	<i>112488</i>
Учасники АТО	1012	3120	468
Особи з інвалідністю внаслідок війни	4077	11266	2459
Особи з інвалідністю від загального захворювання	111375	311193	80778
Особи з інвалідністю з дитинства	18671	42667	13847
Діти з інвалідністю	32506	79662	12179
Особи з інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС	2283	7354	1038
Діти до 18 років з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату	3753	5206	40
Особи з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва невиробничого характеру	421	1640	236
Особи похилого віку	12482	49209	438
Інші категорії	5302	19245	1005
Із загальної кількості – внутрішньо-переміщені особи	1044	2862	719

* Складено за даними [38]

Таблиця 2.3

Кількість технічних та інших засобів реабілітації, якими забезпечено особи окремих категорій населення, 2019р.*

Категорії населення, що потребують реабілітаційної допомоги	Кількість технічних засобів реабілітації, од.	Кількість індивідуальних засобів реабілітації, од.
<i>Усього</i>	92592	431831
Учасники АТО	294	1459
Особи з інвалідністю внаслідок війни	1779	8442
Особи з інвалідністю від загального захворювання	66354	243240
Особи з інвалідністю з дитинства	11032	36409
Діти з інвалідністю	11292	69442
Особи з інвалідністю внаслідок аварії на ЧАЕС	996	7772
Діти до 18 років з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату	5	4343
Особи з інвалідністю внаслідок трудового каліцтва невиробничого характеру	11	47
Особи похилого віку	411	54197
Інші категорії	418	6480
Із загальної кількості – внутрішньо-переміщені особи	21	842

* Складено за даними [38]

Крім вищезазначеного, важливою проблемою українського суспільства є збереження фізичного та психологічного здоров'я і соціально-професійного статусу в контексті реабілітаційної допомоги, що потребує термінового впровадження та активного застосування ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів. Реабілітація, як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів, наприклад, військовослужбовця та учасника

бойових дій, має носити інтегративний характер, та включати наступні заходи: психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо) [11, с.51].

Заходи психологічної реабілітації, до яких належать: психодіагностика, психотерапія, фармакорекція, тренінги, аутотренінги, психокорекція, мають здійснювати фахівці у міждисциплінарній команді: психологи, медичні працівники, представники громадських організацій, що спрямовані до проведення заходів із психологічної реабілітації та представники духовенства.

На сьогоднішній день проблема з психологічною реабілітацією воїнів ООС важлива, як ніколи; зазначеному питанню приділяється достатня увага в засобах масової інформації, воно виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій [11, с.51].

Одним із перших спеціалізованих установ що проводять реабілітацію учасників АТО був Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (з 2015 р. МОЗ України визначило заклад координаційним центром по реабілітації учасників АТО в мережі госпіталів ветеранів війни, яких в Україні – 29), в структурі якого було створено відділення медико-психологічної реабілітації, яке розпочало свою діяльність з 1 листопада 2015 року [17]. Але, тільки на початку 2018 року у ЗСУ розпочато впровадження системного підходу з надання психологічної допомоги та реабілітації, що діє не тільки в районі виконання бойових завдань військовими частинами, а й в районах відновлення їх боєздатності та пунктах постійної дислокації. Заходи превентивної реабілітації та психокорекції здійснюються силами офіцерів-психологів, позаштатними групами психологічної підтримки, високомобільними групами внутрішньої комунікації, громадськими організаціями психологів-волонтерів, з якими укладені відповідні меморандуми про співпрацю [41].

Підвищення ефективності лікувально-профілактичних і оздоровчо-реабілітаційних заходів, спрямованих на усунення негативних наслідків

захворювань неможливе без цілеспрямованого використання методів і засобів фізичної реабілітації. Фізична реабілітація є важливою складовою сфери охорони здоров'я суспільства та системи надання соціальних послуг. Фахівці з фізичної реабілітації здійснюють свою діяльність в рамках міждисциплінарних реабілітаційних програм з попередження, набуття, збереження чи відновлення оптимального функціонування організму та якості життя людей з частковою втратою чи порушеннями рухових функцій. Фізична реабілітація заснована на широкому використанні засобів фізичної культури й спрямована на лікування травм і захворювань, профілактику ускладнень, відновлення психологічної сфери хворого, відновлення побутових і трудових навичок. Одним з місць роботи фахівців з фізичної реабілітації є багатофункціональна реабілітаційна структура.

Висновки до Розділу 2

Важливого значення для розвитку реабілітаційної сфери набуває участь держави в даному процесі. Але існують ряд проблем у сфері надання належних реабілітаційних послуг: неналежний статистичний облік осіб, що потребують різних видів реабілітаційної допомоги; надто тривала процедура встановлення групи інвалідності; проблеми інформування про можливість отримання реабілітаційних послуг; розташування реабілітаційних установ та фахівців переважно в обласних центрах або великих містах; нестача фахівців з реабілітаційної допомоги та проблеми підвищення їх кваліфікації для надання належних реабілітаційних послуг; нестача фінансування для надання належних реабілітаційних послуг.

На сьогодні у владних структурах є чітке розуміння щодо розбудови системи реабілітаційної допомоги для осіб різних категорій, що потребують надання реабілітаційної допомоги. Держава надає особам, що потребують реабілітаційної допомоги, протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття; спеціальні засоби для самообслуговування та догляду; засоби для пересування; допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому; спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну

інформацією. Але усе це не можна сьогодні визначити як належну реабілітаційну допомогу, яка має бути комплексною і спрямованою на кожну окрему категорію населення. Тому, на нашу думку, реабілітація вимагає тісної координації реабілітаційних послуг із різних секторів, а також вдосконалення механізмів державного управління та визначення головного координатору цього процесу.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Імплементація світового досвіду реалізації державної політики реабілітації

Протягом тривалого часу державна політика багатьох країн світу щодо людей, які потребують реабілітації, змінилася зі звичайного догляду за людьми з обмеженими можливостями у відповідних установах до надання можливостей для освіти, працевлаштування та самостійного життя.

На сучасному етапі розвитку наша держава намагається створити ефективну систему реабілітаційної допомоги. У процесі її розроблення варто враховувати світовий досвід, тому що в зарубіжних країнах система реабілітації досить успішно функціонує вже тривалий час.

В Європейському Союзі медична реабілітація - це окрема, незалежна медична спеціальність, яка фокусується на заохоченні фізичного та когнітивного функціонування, активностей (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) та модифікації особистих та екологічних факторів. Фахівці з медичної реабілітації засновані на цілісному підході до людей з гострими та хронічними захворюваннями, такими як опорно-рухові та неврологічні проблеми після ампутації, тазової дисфункції, серцево-респіраторної недостатності та розладів, спричинених хронічним болем або раком. Лікарі-реабілітологи працюють у різних установах - від відділень невідкладної допомоги до державних установ. Вони використовують спеціальні діагностичні інструменти, а з метою реабілітації використовують інструменти, які включають фармакологічні, фізичні, технічні, освітні та професійні втручання.

Вже було зазначено у Розділі 2, що вітчизняна медицина потребує фахівців з реабілітаційної допомоги. США та країни Євросоюзу менше витрачають на

охорону здоров'я, тому що, «інвестуючи щонайменше 1 долар у реабілітацію, Європа та Сполучені Штати економлять до 17 доларів за рахунок економії на витратах на охорону здоров'я. Це можна пояснити тим, що пацієнт не лежить у палаті 7-14 днів після операції, не лягає у ліжку, не витрачає гроші на харчування, а вирушає до відділення реабілітації, де працює з лікарем-реабілітологом всього 2-3 години на день».

Крім того, науково доведено, що «якщо людина не реабілітується протягом 3 тижнів, а просто лягає, вона втрачає близько 30-40% своєї функціональності і реабілітологу стає важче працювати пізніше». У країнах Європи та США в кожній лікарні є великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі-реабілітологи. Хворого відправляють туди на 3-4 дні після операції. Це значно спрощує лікування, заощаджує час пацієнта та призводить до більш швидкого одужання. В Україні пацієнту після тривалого перебування у лікарні необхідно самим звернутися до реабілітолога.

«Цікавим є досвід запровадження медичної реабілітації в країнах Балтії, реформа якої почалася 20 років тому. Сьогодні медична реабілітація діє за європейською моделлю та набуває форми мультидисциплінарної моделі. Слід зазначити, що країни Балтії починали практично за тих самих умов, що зараз Україна. Саме тоді реабілітаційна медицина була виділено в окремий науковий напрям, був таких понять, як фізіотерапевт, ерготерапевт та інші. Основою розбудови старої реабілітаційної системи стало створення реабілітаційних центрів європейського типу» [2].

Основною причиною переходу в Латвії на нову форму медичної реабілітації стала гостра необхідність у ній дітей із церебральним паралічем. Їх лікували, але не вилікували через відсутність високоспеціалізованих лікарів-реабілітологів. Реформування системи реабілітації розпочалося з навчання майбутніх спеціалістів. Адже курси підвищення кваліфікації не можуть дати добрих результатів. Таким чином, фахівцям-реабілітологам було надано можливість навчатися паралельно з іншими лікарями у вищих медичних закладах первинної ланки та підтверджувати свої знання на практиці.

Реформу системи реабілітації у країнах Балтії було підтримано самою державою. На його реалізацію виділено значні кошти. Щодо Латвії, то загалом реформи відбулися, і їхня реабілітаційна медицина наблизилася до європейської. Сьогодні у Латвії дві системи - санаторно-курортна та нова багатопрофільна. У всіх санаторіях є багатопрофільні бригади, які ефективно надають послуги медичної реабілітації, але є лікарі старої системи. Держава виділяє кошти на впровадження нових методів медичної реабілітації, однак якщо пацієнт хоче використовувати старі методи, це не заборонено, але пацієнт оплачує такі послуги самотійно.

Як зазначають вітчизняні дослідники [17], «важливою проблемою українського суспільства є збереження фізичного та психологічного здоров'я і соціально-професійного статусу учасників бойових дій, що потребує термінового впровадження та активного застосування ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів. Реабілітація має носити інтегративний характер, та включати наступні заходи: психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо)». Таким чином, на основі досвіду США та Хорватії, де організовані спеціалізовані реабілітаційні центри для ветеранів, а на досвіді Ізраїлю – модель національної мережі стрес-центрів, які надають систематичну психосоціальну підтримку людям, які потребують екстреної психологічної допомоги, а також психотерапію та психологічну реабілітацію, варто на державному рівні вирішити проблему інтеграції зусиль різних відомств та кадрового забезпечення з наданням учасниками бойових дій невідкладної реабілітаційної допомоги.

На думку науковців [5], найкраще іде процес реабілітації та повернення до мирного життя учасників бойових дій у «громадській структурах учасників війни, ветеранських організаціях, різних патріотичних формуваннях, ветеранських іграх». Це створює умови для максимально можливого спільного

перебування та спілкування, що дає можливість зняти стрес і пройти соціально-психологічну реабілітацію.

В американській практиці реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій дуже важливою частиною є «допомога у наданні нових можливостей». Тут маються на увазі і освітні ініціативи, і допомога зі створення бізнес-планів, аналізу ринків, започаткування власної справи.

Таким чином, світовий досвід реалізації державної політики реабілітації закріплює три складові: регуляторна, нормативна та когнітивна складові (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Світовий досвід реалізації державної політики реабілітації [складено автором]

Таким чином, у більшості країн світу надання реабілітаційної допомоги пов'язане з національними програмами охорони здоров'я та системою охорони здоров'я і є важливими ресурсами для реалізації політики у сфері охорони здоров'я та інвалідності, оскільки вони спрямовані на оптимізацію потенціалу людей для повноцінної участі в житті суспільства.

Як правило, сектор охорони здоров'я зарубіжних країн відповідає за регулювання доступу та надання реабілітаційних медичних послуг, але не обов'язково повинен бути їх постачальником. У клінічному плані «реабілітація – це обмежений у часі процес, який реалізується від гострої до постгострої фази». Крім того, це цілеспрямований процес, який включає виявлення проблем і потреб людини, визначення бажаних цілей, планування та впровадження заходів, а також оцінку їх ефективності.

Результати реабілітаційної допомоги зазвичай досягаються шляхом одноразового або комбінованого застосування принципів і прийомів реабілітаційної медицини, фізіотерапії, трудотерапії, логопедії та надання допоміжних засобів. Інші допоміжні заходи, такі як психосоціальне консультування, навчання опікунів, встановлення допоміжного обладнання, а також заходи, спрямовані на повернення до роботи, можуть опосередковано сприяти та покращувати індивідуальне здоров'я та функціонування. Це всі важливі складові реабілітації, які слід враховувати при дослідженні державної політики та програмних ініціатив, спрямовані на покращення або посилення реабілітації на національному рівні.

Майже всі країни (крім Нідерландів) звертаються до реабілітаційних послуг через державну систему охорону здоров'я, що свідчить про наявність міцної правової основи для надання реабілітаційних послуг. Імплементуючи світовий досвід надання реабілітаційної допомоги у вітчизняні реалії, на нашу думку, не варто визначати найкращу практику чи єдиний ефективний рекомендований підхід, оскільки потенційно існує кілька однаково ефективних способів позиціонування реабілітації в державних політиках охорони здоров'я різних країн. Підходи до розбудови ефективної реабілітаційної допомоги в країні

мають відображати особливості національної системи охорони здоров'я, цінності та докази переваг реабілітації, які враховуються в процесі прийняття рішень, історичний розвиток країни, вітчизняну систему соціального забезпечення, а також наявність ресурсів та інфраструктури.

3.2. Підтримка телереабілітації як сучасного напрямку відновлювальної медицини

Становлення сучасного суспільства характеризується стрімким розвитком інформаційних та комунікаційних технологій. Вони є невід'ємною частиною загального соціального підґрунтя. Стійкість його існування починає багато в чому визначатися функціональною стабільністю цих технологій. Їхня діяльність створює важливу особливість модернізації: віртуалізацію суспільних відносин у контексті глобалізації. Завдяки активному використанню інформаційних та комунікаційних технологій, все суспільство інтегроване в єдину систему. Незважаючи на те, що нові технології супроводжують людей на всіх етапах еволюції, порівняно недавно вони стали предметом реабілітаційної допомоги та підтримання здорового стану людей.

Якщо реабілітація є «сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушеними функціями внаслідок хвороб, травм і вроджених дефектів, пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть, то телереабілітація - це комплекс реабілітаційних вправ і навчальних програм, які надаються пацієнту дистанційно за допомогою телекомунікаційних комп'ютерних технологій переважно на амбулаторному етапі лікування» [21, с.35].

Телереабілітація – це втілення кількох сучасних технологічних тенденцій. По-перше, телереабілітація неможлива без телекомунікаційної техніки. По-друге, це потребує використання спеціалізованих медичних інформаційних систем для реабілітації. Ці системи необхідні як для адміністрування пацієнтів,

так і, що найважливіше, для створення низки реабілітаційних документів у відповідності до структури реабілітаційного циклу, таких як індивідуальний план реабілітації, категоріальний профіль, прогноз реабілітації тощо. По-третє, важливою частиною технології телереабілітації є функціональна оцінка пацієнтів у домашніх умовах з використанням мініатюрних пристроїв та сучасних алгоритмів оцінки даних відповідно до тенденції, яка називається тестуванням на місці (POST), що перекладається як медичний тест, яка проводиться безпосередньо за місцезнаходженням пацієнта, поза кабінетом лікаря.

Врешті решт, телереабілітація неможлива без активної участі пацієнта у процесі прийняття рішень щодо його діагнозу та лікування (розширення прав та можливостей пацієнта). Це один з основних напрямів сучасної медицини, який отримав підтримку, у тому числі на рівні законодавчих ініціатив у системі охорони здоров'я.

Станом на кінець 2021 року небагато написано про потреби в реабілітації або результати реабілітації пацієнтів з COVID-19 після виписки зі стаціонару, поетапно після гострої та тривалої реабілітації. По суті, COVID-19 та ситуація з карантинном стали рушійною силою у пошуку нових можливостей у спробах допомогти людям справлятися зі стресом. Цифрові технології додали можливостей та зробили ці спроби успішними. Комфортність та доступність послуг, сформовані на ринку, відкриють нову еру можливостей та продовжить формувати нові потреби на ринку послуг у системі охорони здоров'я.

Як вже зазначалося у Розділі 2, Україна має систему лікувально-профілактичних установ, призначений для психологічної та фізичної реабілітації людей, що її потребують, які використовують сучасні реабілітаційні технології. Проте тривала реабілітація у таких центрах доступна далеко не кожному. Тому використання технологій телереабілітації пацієнтів у поєднанні із засобами моніторингу функціонального стану є надзвичайно важливим.

Згідно з [40], телереабілітаційні технології поділяються на: синхронні, сенсорні, інтерактивні (роботизовані), біотелеметричні, мобільні та веб-інтегровані (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Наявні системи телереабілітації з метою надання реабілітаційної допомоги

№	Назва телереабілітаційної технології	Опис	Мета
1.	Синхронні системи телереабілітації	Відеоконференцзв'язок між лікарем та пацієнтом	Дистанційний контроль за виконанням обраної реабілітаційної програми
2.	Сенсорні інтерактивні (роботизовані) системи	Комплект віртуальної реальності пацієнта + комплект віртуальної реальності фізіотерапевта	Виконання програми вправ за допомогою електромеханічного або електронного тренажера пацієнтами з різними фізичними порушеннями. Фізіотерапевт оцінює дії та прогрес пацієнта, а також може синхронно брати участь та керувати виконанням програми
3.	Фізіотерапевтичні системи	Системи лікувального впливу на організм людини за допомогою фізичних факторів	Виконання необхідних реабілітаційних вправ в домашніх умовах або під час прогулянок з обов'язковим зв'язком з фізіотерапевтом
4.	Системи з віртуальним середовищем	Віртуальна реальність тренування, ігрові технології	Забезпечують зворотний зв'язок та дає миттєву інформацію про помилки. Результати тренувань зберігаються у вигляді графіків

Продовження табл. 3.1

5.	Біотелеметричні телереабілітаційні системи	Комплекс радіотелемоніторингу	Дозволяють здійснювати безперервний одночасний моніторинг електрокардіограми та інших показників пацієнта, який виконує фізичні вправи. Відеоспостереження за правильністю виконання вправ, характер реакції серцево-судинної системи пацієнта на той чи інший комплекс вправ
6.	Мобільні телереабілітаційні системи	Бездротові мобільні пристрої зв'язку	Використовуються для регулярних нагадувань про необхідність виконання програми реабілітаційних вправ; для телеуправління - весь процес виконання вправ і досягнення результатів записується у вигляді фото або відео, які відправляються фізіотерапевту
7.	Веб-інтегровані телереабілітаційні системи	Спеціалізовані інтернет-портالي з набором функцій	Спрямовані на виконання пацієнтами відновлюваних програм, та дистанційний контроль процесу медичними працівниками

* Сформовано автором на основі [40]

Як бачимо з табл. 3.1, телереабілітація охоплює дуже різні реалії. Іноді між лікарем (фізіотерапевтом) відбувається взаємодія в реальному часі, а в інших випадках між кожним втручанням є проміжок часу. Телереабілітація належить до контролю життєво важливих показників на відстані через системи,

встановлені далеко від лікаря і навіть переносні пацієнтом, які надсилають сигнали в центр дистанційного керування. Ця можливість є важливою з точки зору витрат на охорону здоров'я, оскільки дозволяє дешево надавати медичну допомогу без інституалізації.

Телереабілітація полегшує прямий доступ пацієнта до віддаленої реабілітаційної команди або одного реабілітолога, не вимагаючи переміщення будь-кого з учасників, дозволяючи доступ до деяких форм реабілітаційної допомоги, які інакше були б недоступні. Фактично, телереабілітація може виявитися важливим інструментом у випадках, коли географічна відстань перешкоджає доступу до медичної допомоги, особливо спеціалізованої, як це має місце у багатьох сільських районах, де не вистачає інфраструктури охорони здоров'я. Лікування за таких сценаріїв вимагало б довгих подорожей – не завжди можливих і зазвичай досить дорогих, тривалих і виснажливих – або для лікарів, або для пацієнтів. Таким чином, найчастіше пацієнти просто позбавлені доступу до належної реабілітаційної допомоги.

Телереабілітація також може бути потенційно корисним інструментом у профілактичній медицині, надаючи пацієнтам корисну інформацію про стан їхнього здоров'я. Це може бути особливо актуальним для контролю хронічних захворювань (цукровий діабет і серцеві захворювання) - зростаюча проблема громадського здоров'я, викликана збільшенням тривалості життя та зростанням чисельності літнього населення, хоча ці захворювання також зростають серед молодого населення – без пацієнта у стаціонарі. Це не тільки зручніше для пацієнта, який може підтримувати своє повсякденне життя якомога нормальним, оскільки це значно зменшує витрати на госпіталізацію та, зрештою, загальні витрати на охорону здоров'я, які є актуальною проблемою в період економічних криз.

З іншого боку, для тих пацієнтів, які відчують себе більш комфортно, є можливість задати питання про делікатні проблеми віддаленому лікарю. Телереабілітація також має великий потенціал щодо безпеки пацієнтів, уникаючи деяких помилок через людський фактор.

Покращення надання медичної допомоги є ще одним важливим фактором. Ця мета досягається кількома способами: залучення пацієнтів до власних проблем охорони здоров'я, що є механізмом розширення можливостей пацієнта; підвищення рівня медичної досвідченості пацієнтів та технічної освіти медичних працівників за рахунок використання нових комунікаційних технологій.

В Україні необхідно розширювати доступ до реабілітаційних послуг людям, які цього потребують.

У науковому дослідженні Д. Самофалова [36] вказується на те, що «у базі даних Законодавства України <https://zakon.rada.gov.ua/> по ключовим словам «телеконсультування», «телемедична послуга», «телемедична мережа», «телемедицина» знайдено 131 документ, з них по ключовому слову «телемедицина» - 101 документ».

Крім цього, основні діючі закони України вміщують питання надання телереабілітаційних послуг:

- 1) Основи законодавства України про охорону здоров'я [];
- 2) Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я [];
- 3) Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості [];
- 4) Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки [].

«А також 16 Постанов Кабінету міністрів та 13 Наказів МОЗ України та інші документи, що значною мірою не впливають на впровадження телемедицини в Україні, наприклад 16 документів, це Накази Міністерства внутрішніх справ про затвердження або внесення змін до Тарифів на платні послуги Територіальними медичними об'єднаннями Міністерства внутрішніх справ України. При аналізі діючих документів, виявлена ціла низка проблем пов'язаних з визначеннями та систематизацією надання допомоги з використанням телемедичних технологій» [36].

Вищезазначене означає, що телереабілітація є водночас і медичною послугою, і інформаційною (рис. 3.2).

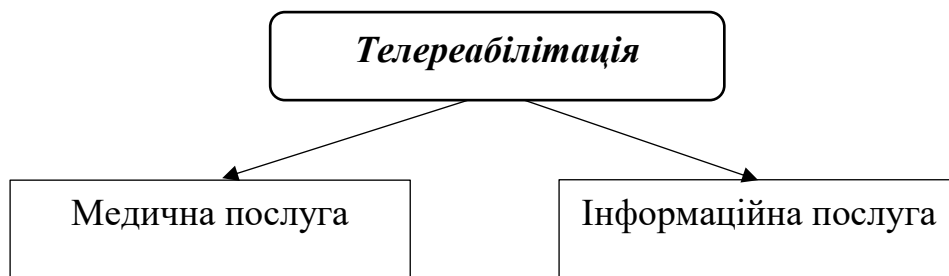


Рис. 3.2. Норми українського законодавства щодо телереабілітації

Тому задачею органів державної влади є перетворення телереабілітації на стандартну медичну послугу, доступну кожному українському пацієнту та повністю охоплену відповідною системою соціального забезпечення. Це потребує не тільки інституційної та фінансової підтримки, але вирішення низки питань, які набувають складності в умовах телереабілітації. Наприклад, коли медичні працівники у реабілітаційній команді співпрацюють, яку інформацію слід використовувати для реєстрації даних у медичній карті пацієнта? Хто відповідає за надання технічної підготовки (так званої електронної грамотності) медичних працівників з використанням нових комунікаційних технологій? Чи всі електронні медичні картки повинні бути інтегровані в загальну мережу електронного здоров'я?

Побоювання щодо якості надання телереабілітаційних послуг може бути достатньо ймовірними. Щоб подолати можливі перешкоди, необхідно створити вітчизняні правила щодо телереабілітації, оскільки зазначені обмеження не стосуються медичних практик, які піддалися нормативно-правовій гармонізації. Причина в тому, що такі правила повинні встановлювати мінімальний рівень безпеки та якості; отже, ці правила обґрунтовують законні очікування щодо безпеки телереабілітації.

Висновки до Розділу 3

На основі дослідження світового досвіду реалізації державної політики реабілітації, можемо зробити наступні висновки щодо його імплементації у

вітчизняну практику: світовий досвід реалізації державної політики реабілітації закріплює три складові: регуляторну, нормативну, когнітивну; у більшості країн світу надання реабілітаційної допомоги пов'язане з національними програмами охорони здоров'я та системою охорони здоров'я; підходи до розбудови ефективної реабілітаційної допомоги в країні мають відображати особливості національної системи охорони здоров'я, цінності та докази переваг реабілітації, які враховуються в процесі прийняття рішень, історичний розвиток країни, вітчизняну систему соціального забезпечення, а також наявність ресурсів та інфраструктури.

Телереабілітаційні технології поділяються на: синхронні, сенсорні, інтерактивні (роботизовані), біотелеметричні, мобільні та веб-інтегровані. Як сучасний напрям відновлювальної медицини, телереабілітація має суттєві переваги перед традиційною реабілітаційною допомогою: 1) дозволяє дешево надавати медичну допомогу без інституалізації; 2) полегшує прямий доступ пацієнта до віддаленої реабілітаційної команди або одного реабілітолога, не вимагаючи переміщення будь-кого з учасників, що є важливим особливо для віддалених, сільських територій; 3) може бути потенційно корисним інструментом у профілактичній медицині, надаючи пацієнтам корисну інформацію про стан їхнього здоров'я; 4) надає можливість задати питання про делікатні проблеми віддаленому лікарю; 5) підвищує рівень медичної досвідченості пацієнтів та технічної освіти медичних працівників за рахунок використання нових комунікаційних технологій. Але існують певні ризики для активного впровадження телереабілітації, що містяться у безпеці та спроможності надання якісної реабілітаційної допомоги.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Аналіз небезпечних та шкідливих факторів на підприємстві

Небезпечні та шкідливі виробничі фактори, що існують на підприємства, за природою дії поділяються на групи: фізичні, хімічні, біологічні і психофізіологічні.

До групи фізичних факторів відносяться: рухомі машини та механізми; незахищені рухомі елементи виробничого обладнання, пересувні вироби, заготовки, матеріали; підвищена запиленість та загазованість повітря робочої зони; підвищення або зниження температура поверхонь обладнання, матеріалів; підвищення або знижена температура повітря робочої зони; підвищений рівень шуму, вібрації, інфразвукових коливань, ультразвуку; підвищений або знижений гідрометричний тиск в робочій зоні та його різка зміна; підвищена або знижена вологість повітря, його рухомість, іонізація повітря; підвищений рівень пронизуючих випромінювань в робочій зоні; небезпечний напруги в електричному ланцюгу, замикання якого може відбуватися через тіло людини, нервово-психічні перевантаження, які виникають від розумової перенапруги, монотонності праці та емоційних факторів.

Мікроклімат. Людина під час праці витрачає енергію, яку накопичив її організм за рахунок харчування. Інтенсивність витрат енергії залежить від характеру та інтенсивності праці, а також від параметрів оточуючого середовища і, у першу чергу, від стану повітря в приміщенні. Стан повітря у приміщенні називають мікрокліматом приміщення, або метеорологічними умовами. Мікроклімат, або метеорологічні умови приміщень, визначаються такими показниками: температурою повітря в приміщенні, °С; відносною вологістю повітря, % ; рухливістю повітря, м/с; тепловим випромінюванням, т/м².

Всі ці параметри поодиночі, а також у комплексі впливають на фізіологічну функцію організму – його терморегуляцію і визначають самопочуття. Температура людського тіла повинна залишатися постійною у межах 36-37°C незалежно від умов праці.

Тому при зміні зовнішніх умов середовища терморегуляція в організмі людини відбувається за рахунок посилення або послаблення фізіологічних процесів, що обумовлюють теплоутворення в організмі, а також впливають на тепловіддачу тіла людини в оточуюче середовище. Тепло відводиться від тіла людини випромінюванням, конвекцією та випаровуванням вологи. При температурі повітря нижчій за температуру шкіри людини витрати тепла організмом відбувається, переважно, за рахунок конвекційного і радіаційного переносу тепла. Якщо температура поверхні тіла дорівнює температурі оточуючого повітря або вища за неї, то тепловитрати тіла відбуваються лише за рахунок випарювання вологи.

Вологість повітря впливає на теплообмін, переважно на віддачу тепла випарюванням. Середній рівень відносної вологості 40...60% відповідає умовам метеорологічного комфорту при спокою або при дуже легкій фізичній праці.

На конспективний тепло перенос впливає різниця температури між шкірою людини і оточуючим людину повітрям, а також стан шкіри та швидкість переміщення повітря вздовж поверхні шкіри, тобто рухливість повітря. З деякими припущеннями можна говорити, що радіаційний тепловий потік відводить тепло від тіла людини, якщо температура шкіри людини вища за температуру стін приміщення, де працює людина, і нагріває тіло людини, якщо температура цих поверхонь вища за температуру шкіри людини.

Променева енергія не поглинається оточуючим повітрям, а перетворюється в теплову енергію в поверхневих шарах опроміненого тіла. Потік теплових випромінювань складається головним чином, із інфрачервоних променів. Передача тепла тепловою радіацією (тепловипромінюванням) залежить від температури поверхні та ступеня її чорноти: темні шорсткі поверхні

випромінюють тепло більше, ніж гладкі блискучі. Передача теплоти випромінюванням не залежить від температури повітря.

Нормальне теплове самопочуття виникає за умови, що тепловиділення повністю сприймається оточуючим середовищем, тобто має місце тепловий баланс. Здатність організму людини змінювати температуру шкіри, а також зволожуватися за рахунок дії потових залоз забезпечує регулювання теплообміну між тілом людини і оточуючим середовищем. Ця здатність організму і є терморегуляцією. При температурі повітря більше 30°C порушується терморегуляція організму, що може привести до його перегріву. Підвищується температура тіла, настає слабкість, головний біль, шум в голові.

Робота при високій температурі повітря і вологості 80..90%, призводить, до зниження працездатності на 60% 5 годин безперервної праці. При низьких температурах повітря може статися місцеве або загальне охолодження організму, що веде до захворювання. Переохолодження супроводжується зниженням працездатності. Зниження відносної вологості до 25% і нижче погіршує захисні функції верхніх дихальних шляхів.

Впливає на людину також рухливість повітря. Людина відчуває дію повітря вже при швидкості руху 0,1 м/с. Переміщуючись уздовж шкіри людини, повітря здуває насичений водяною парою і перегрітий шар повітря, що обволікає людину, і тим самим сприяє покращенню самопочуття. При великих швидкостях повітря і низькій його температурі зростають втрати тепла конвекцією, що сприяє переохолодженню організму людини.

Електричний струм. Дія електричного струму на людину має різносторонній характер. Електричний струм справляє термічну, електролітичну, біологічну та механічну дії. Термічна дія проявляється у вигляді опіків тіла, нагріванні до високої температури органів, котрі знаходяться на шляху струму. При цьому виникають суттєві функціональні розлади. Електролітична дія полягає в розшаруванні органічної рідини (крові, плазми), у зміні її фізико-хімічного складу. Механічна дія струму – це розшарування, розриви тканин організму внаслідок електродинамічного ефекту і миттєвого вибухоподібного

утворення пари від перегрітої струмом тканинної рідини та крові. Біологічна дія струму полягає в подразненні та збудженні живих тканин організму, а також супроводжується порушенням внутрішніх біоелектричних процесів.

Недостатнє освітлення. Серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на організм людини в процесі праці, світлу відводиться одне із головних місць. Адже відомо, що майже 90% всієї інформації про довкілля людини отримує через органи зору.

Вплив світла на життєдіяльність людини вивчений досить добре. Воно впливає не лише на функцію зору, а й на діяльність організму в цілому: посилюється обмін речовин, збільшується поглинання кисню і виділення вуглекислого газу. Відомий сприятливий вплив природного освітлення на скелетну мускулатуру.

Недостатня або надмірна освітленість, нерівномірність освітлення в полі зору втомлює очі, призводить до зниження активності праці; при цьому зростає потенційна небезпека помилкових дій і нещасних випадків. Надмірна яскравість джерела світла може спричинити головний біль, різь в очах, розлад гострого зору; світлові відблиски; тимчасове засліплення.

Освітлення виробничих приміщень характеризується кількісними та якісними показниками. До основних кількісних показників, відносяться: світловий потік, сила світла, яскравість і освітленість. До основних якісних показників здорових умов роботи можна віднести: фон, контраст між об'єктом і фоном, видимість.

4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в приміщенні медичного закладу

Організація раціонального освітлення робочих місць є одним з найважливіших питань охорони праці. При незадовільному освітленні різко

знижується продуктивність праці, можливі нещасні випадки, проявлення короткозорість, швидка втомленість.

В залежності від джерела світла освітлення може бути трьох видів: природним, штучним і суміщеним.

Хороше освітлення відіграє у медицині, як на самопочуття пацієнтів у медичному закладі, так і на здатність персоналу надавати відповідний рівень обслуговування.

Лікарні, поліклініки, реабілітаційні центри та решта установ медичного спрямування повинні не тільки оздоровлювати пацієнтів, а й вживати відповідний комплекс заходів для підтримки нормального здоров'я людини і профілактики хвороб. Саме тому, питання забезпечення подібних закладів усім необхідним регулюється суворими нормативами, що включають в себе гігієнічні, технічні та санітарно-епідеміологічні стандарти. Стосуються вони і освітлювальних приладів.

Загальні вимоги до медичного освітлення:

- штучне освітлення повинно максимально поєднуватися з природним;
- робочий стіл медичного персоналу та місця огляду пацієнтів повинні комплектуватися додатковими приладами освітлення;
- висота джерел додаткового освітлення має становити від 1,7 метра від рівня підлоги;
- в обов'язковому порядку всі внутрішні приміщення повинні бути обладнані джерелами нічного освітлення і підсвічуванням евакуаційних виходів;
- кабінети, палати комплектуються ультрафіолетовими світильниками для санації повітря;
- при організації освітлення необхідно дотримуватися всіх вимог нормативно-технічної та юридичної документації.

Освітлення в приміщеннях медичних установ здійснюється з допомогою природних і штучних джерел світла. Не важко здогадатись, що такими джерелами є вікна і світильники. Останні можуть бути мобільними

(переносними) і стаціонарними, які в свою чергу поділяються на стельові і настінні.

Одним з важливих вимог до освітлення медичних установ є забезпечення його комфортності для пацієнтів і персоналу: плями підвищеної яскравості (джерела світла і блискучі частини світильників) не повинні потрапляти в поле зору хворих, що знаходяться в горизонтальному (лежачому) положенні.

У випадку з природним освітленням, ця умова виконується при проектуванні віконних прорізів.

У випадку зі штучними світильниками - застосовуються спеціальні схеми розподілу світла.

Потік світла має бути спрямований на стелю, вниз і в центр приміщення. Зона узголів'я ліжок при цьому має бути найменш освітленою. Подібна схема рекомендується для усіх палат, за винятком післяопераційних, дитячих і психіатричних відділень.

Загальне освітлення здійснюється за допомогою світильників, розташованих на стелі або стінах приміщення рівномірно або локалізовано. Рівномірне розташування застосовується в кабінетах лікарів, процедурних і т. п. Світильники загального локалізованого освітлення застосовуються там, де потрібна краща освітленість окремих ділянок.

До хірургічних приміщень пред'являються особливі вимоги. Освітлення реанімаційних, перев'язувальних, протишокових палат повинно проводитися світильниками загального освітлення, що забезпечують освітленість не менше 150 ЛК. В операційних системах світильники цього типу повинні забезпечувати освітленість 200-500 ЛК. У всіх приміщеннях хірургічного відділення повинні бути встановлені джерела штучного світла: системи загального і місцевого освітлення, приліжкові та нічні світильники, а також установки для ультрафіолетового освітлення, що відповідають за санацію повітря.

Крім природного і штучного освітлення, медичні установи повинні обов'язково мати системи аварійного освітлення.

Аварійне освітлення повинно складати не менше 5% норми загального освітлення, але не менше 2 лк всередині приміщення і не менше як 1лк на території.

Евакуаційне освітлення повинно забезпечити освітленість не менш як 0,5 лк в приміщенні і 0,2 лк на відкритих площадках.

Охоронне освітлення влаштовується вздовж кордонів території, освітленість на рівні землі повинна бути не нижче ніж 0,5 лк.

При гігієнічній оцінці штучної освітленості враховують показники рівномірності та достатності. Рівномірність освітлення визначають за величиною площі приміщення. Освітлення вважається рівномірним, якщо кожна світлоточка освітлює не більше 8-9 м. Достатність освітлення визначається за кількістю Вт на 1 м². Для ламп розжарювання достатня питома потужність складає 36 Вт/м²; для люмінесцентних ламп достатня питома потужність складає 24 Вт/м².

Одним із недоліків як прямого сонячного світла, так і яскравих джерел штучного освітлення є їх здатність викликати засліплюючий ефект. Від яскравого сонячного світла ми захищаємося шторами, жалюзі на вікнах, тонуванням скла, використанням захисних окулярів. Світильники складаються з джерела світла та арматури. Для захисту від засліплючої дії штучних джерел освітлення використовується освітлювальна арматура (яка, до речі, виконує також естетичні функції). Арматуру призначено для перерозподілу світлового потоку, захисту очей від блискучості, запобігання забруднення джерела світла та його пошкоджень. Світильники класифікуються за спрямуванням світлового потоку в робочій зоні та захистом від факторів навколишнього середовища.

Рекомендації, щодо висвітлення окремих приміщень медзакладів:

Кабінет лікаря: мінімальна загальна освітленість приміщення повинна бути близько 150 лк. Додаткове освітлення робочого столу і зони огляду пацієнтів – 500-1000 лк.

Приймальня: оптимальна освітленість прийомних і приміщень для очікування – 150-250 лк. Цей рівень освітлення забезпечує належний комфорт

для співробітників установи і самих пацієнтів, а також емоційний спокій при очікуванні в черзі.

Санітарні приміщення: в туалетах і ванних кімнатах бажано підтримувати освітленість в 100-200 лк. На підсвічування дзеркал відводиться 200-400 лк. Кімнати для роботи з документами: комфортне читання зажадає близько 250-500 лк загального освітлення в горизонтальній площині. Окремі місця для роботи з документами необхідно обладнати індивідуальними світильниками.

Приміщення для екстреної та невідкладної медичної допомоги: локальні зони приміщення для роботи безпосередньо з пацієнтами потребують освітлення в 10 тисяч - 20 тисяч лк. Загальна освітленість – близько 500-1000 лк.

Операційні: при проектуванні системи освітлення для операційних важливо врахувати такі чинники: тривалість проведення хірургічних операцій (не менше кількох годин), якість освітлення операційної зони, стабільність і безперервність подачі електроенергії. Необхідно пам'ятати про неминучу втому, якій піддаються очі операційного персоналу, а також про супутньому зниженні зорових здібностей (можливість розрізняти деталі, контрасти, відтінки). Мінімальна допустима норма загальної освітленості операційних становить 500-1000 лк. Освітленість операційного столу – 20 тисяч - 40 тисяч лк. Показник УФ-опромінення повинен знаходитися в межах норми, яка описується формулою $0-100-0-50$. Для освітлення операційного столу використовуються спеціальні медичні безтіньові світильники. Як правило, зі світлодіодними або галогеновими лампами.

Медична лабораторія: успішність діагностики і точного виконання безлічі тонких операцій під час обробки аналізів багато в чому залежить від якості освітлення в лабораторії. Мінімальний загальний рівень освітлення для таких приміщень – 250-500 лк. Освітлення робочого місця – близько 500-1000 лк.

Палати пацієнтів: головне завдання системи освітлення палат – забезпечити пацієнтам належний рівень комфорту. Оптимальне значення – 150-250 лк. Освітлення індивідуальної зони біля ліжка – 250-500 лк.

Коридори і сходи: необхідне освітлення в рамках 150-250 лк (згідно з європейськими стандартами).

Крім інтенсивності освітлення, для організації якісної системи освітлення медичного закладу необхідно врахувати цілий ряд інших факторів: колірну температуру світильників, коефіцієнт пульсації, яскравість, конструкція і тип самих світильників, ламп, склад захисного, облікового і контрольного обладнання, умови прокладки кабельних ліній живлення, наявність централізованого управління системою.

Висновки до Розділу 4

Небезпечні та шкідливі виробничі фактори, що існують на підприємства, за природою дії поділяються на групи: фізичні, хімічні, біологічні і психофізіологічні. Серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на організм людини в процесі праці, світлу відводиться одне із головних місць.

Лікарні, поліклініки, реабілітаційні центри та решта установ медичного спрямування повинні не тільки оздоровлювати пацієнтів, а й вживати відповідний комплекс заходів для підтримки нормального здоров'я людини і профілактики хвороб. Саме тому, питання забезпечення подібних закладів усім необхідним регулюється суворими нормативами, що включають в себе гігієнічні, технічні та санітарно-епідеміологічні стандарти. Стосуються вони і освітлювальних приладів. Для штучного освітлення приміщень медичних закладів потрібно дотримуватися нормативів щодо інтенсивності освітлення, колірної температури світильників, коефіцієнту пульсації, яскравості, конструкції і типу самих світильників, ламп, складу захисного, облікового і контрольного обладнання, умов прокладки кабельних ліній живлення, наявність централізованого управління системою, а також типу приміщення: кабінет лікаря, приймальня, санітарні приміщення, приміщення для екстреної та невідкладної медичної допомоги, операційні, медична лабораторія, палати пацієнтів, коридори і сходи.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє зробити такі загальні висновки і рекомендації:

1. Одночасно з реформуванням адміністративно-територіального устрою України відбувається реформа системи охорони здоров'я. Нормативно-правова база України щодо впровадження реформ у вітчизняну систему охорони здоров'я представлена цілою низкою законів та нормативно-правових актів, метою впровадження яких є відповідність сфери надання медичних послуг в Україні міжнародним стандартам.

2. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я в Україні існують два види допомоги – медична та реабілітаційна. Це окремі види допомоги, але обидва перебувають «всередині» системи охорони здоров'я. У моделі надання реабілітаційної допомоги організатором реабілітаційних заходів повинна бути мультидисциплінарна команда, в якій кожен фахівець самостійно визначає програму своєї терапії, виконує, контролює та коригує її. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини очолює команду та вибудовує роботу фахівців на досягненні мети та завдань, які визначені для конкретної особи, що потребує реабілітації.

3. Важливого значення для розвитку реабілітаційної сфери набуває участь держави в даному процесі. Але існують ряд проблем у сфері надання належних реабілітаційних послуг: неналежний статистичний облік осіб, що потребують різних видів реабілітаційної допомоги; надто тривала процедура встановлення групи інвалідності; проблеми інформування про можливість отримання реабілітаційних послуг; розташування реабілітаційних установ та фахівців переважно в обласних центрах або великих містах; нестача фахівців з реабілітаційної допомоги та проблеми підвищення їх кваліфікації для надання належних реабілітаційних послуг; нестача фінансування для надання належних реабілітаційних послуг.

4. На сьогодні у владних структурах є чітке розуміння щодо розбудови системи реабілітаційної допомоги для осіб різних категорій, що потребують

надання реабілітаційної допомоги. Держава надає особам, що потребують реабілітаційної допомоги, протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття; спеціальні засоби для самообслуговування та догляду; засоби для пересування; допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому; спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією. Але усе це не можна сьогодні визначити як належну реабілітаційну допомогу, яка має бути комплексною і спрямованою на кожну окрему категорію населення. Тому, на нашу думку, реабілітація вимагає тісної координації реабілітаційних послуг із різних секторів, а також вдосконалення механізмів державного управління та визначення головного координатора цього процесу.

5. На основі дослідження світового досвіду реалізації державної політики реабілітації, можемо зробити наступні висновки щодо його імплементації у вітчизняну практику: світовий досвід реалізації державної політики реабілітації закріплює три складові: регуляторну, нормативну, когнітивну; у більшості країн світу надання реабілітаційної допомоги пов'язане з національними програмами охорони здоров'я та системою охорони здоров'я; підходи до розбудови ефективної реабілітаційної допомоги в країні мають відображати особливості національної системи охорони здоров'я, цінності та докази переваг реабілітації, які враховуються в процесі прийняття рішень, історичний розвиток країни, вітчизняну систему соціального забезпечення, а також наявність ресурсів та інфраструктури.

6. Як сучасний напрям відновлювальної медицини, телереабілітація має суттєві переваги перед традиційною реабілітаційною допомогою: 1) дозволяє дешево надавати медичну допомогу без інституалізації; 2) полегшує прямий доступ пацієнта до віддаленої реабілітаційної команди або одного реабілітолога, не вимагаючи переміщення будь-кого з учасників, що є важливим особливо для віддалених, сільських територій; 3) може бути потенційно корисним інструментом у профілактичній медицині, надаючи пацієнтам корисну інформацію про стан їхнього здоров'я; 4) надає можливість задати питання про делікатні проблеми віддаленому лікарю; 5) підвищує рівень медичної

досвідченості пацієнтів та технічної освіти медичних працівників за рахунок використання нових комунікаційних технологій. Але існують певні ризики для активного впровадження телереабілітації, що містяться у безпеці та спроможності надання якісної реабілітаційної допомоги.

7. Небезпечні та шкідливі виробничі фактори, що існують на підприємства, за природою дії поділяються на групи: фізичні, хімічні, біологічні і психофізіологічні. Серед чинників зовнішнього середовища, що впливають на організм людини в процесі праці, світлу відводиться одне із головних місць.

8. Для штучного освітлення приміщень медичних закладів потрібно дотримуватися нормативів щодо інтенсивності освітлення, колірної температури світильників, коефіцієнту пульсації, яскравості, конструкції і типу самих світильників, ламп, складу захисного, облікового і контрольного обладнання, умов прокладки кабельних ліній живлення, наявність централізованого управління системою, а також типу приміщення: кабінет лікаря, приймальня, санітарні приміщення, приміщення для екстреної та невідкладної медичної допомоги, операційні, медична лабораторія, палати пацієнтів, коридори і сходи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Берлінець І.А. Аналіз сучасного стану надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: державно-управлінський аспект. *Аспекти публічного управління*. 2020. Том 8. №1. С.43-50.
2. Берлінець І.А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. №4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/>
3. Бісмак О.В. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні. *Освітологічний дискурс*. 2015. №4(12). С.1-12.
4. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. Випуск 16. С.40-46. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/>
5. Ворона П.В. Шляхи соціальної реабілітації учасників українсько-російської війни на сході України: зарубіжний досвід. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/>
6. Гомон Д.О. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформування. *Право і суспільство*. 2015. №6-2. С.104-108.
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [упоряд. проф. Я.Ф. Радиш]. К.: НАДУ. 2013. Ч. 1. 396с.
8. Державна політика: підручник. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К.: НАДУ. 2014. 448с. URL: <http://academy.gov.ua/>
9. Деякі питання створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України в редакції від 16.07.2020р. № 1074-2019-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
10. Дмитрієва О. Система реабілітації зазнає суттєвих змін після прийняття нового Закону. *Ваше здоров'я*. 2020. URL: <https://www.vz.kiev.ua/>
11. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282с.

12. Корнілова О.В. Медична допомога як вид соціального забезпечення. Дисертація на здобуття ступня доктора філософії: 081-Право. Одеса. 2021. 245с. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/handle/11300/14843>
13. Лисенюк В.П., Самосюк І.З., Самосюк Н.І. Реабілітаційна медицина: основні поняття та дефініції. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2012. №8(54). URL: <http://www.mif-ua.com/>
14. Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Голяченко А.О., Сидлярук Н.І., Мисула Ю.І., Мисула М.С., Завіднюк Ю.В. Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. №3. С.177-182.
15. Мойса Б. Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушенням здоров'я. Аналітична записка. 2017. URL: <https://parlament.org.ua/>
16. Мостепан Т.В., Горачук В.В., Долженко М.М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. №1(63). С.81-87. <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/>
17. Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Слабкий Г.О., Іванов В.І., Поліщук А.О. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1(54). С.48-58.
18. Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. *Стратегія і тактика державного управління*. 2020. № 1-2. С.26-39. URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/>
19. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України в редакції від 20.10.2021р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
20. Офіційний сайт World Health Organization. URL: <https://www.who.int/>
21. Палагін О.В., Семікопна Т.В., Чайковський І.А., Сивак О.В. Телереабілітація: інформаційно-технологічна підтримка та досвід використання. *Клінічна інформатика і Телемедицина*. 2020. Т.15. Вип. 16. С.35-44. URL: <https://kit-journal.com.ua>

22. Питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю. Наказ Міністерства соціальної політики України від 14.03.2018р. № z0401-18. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
23. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/>
24. Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закупаються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я. Закон України в редакції від 17.03.2020р. №531-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я. Закон України в редакції від 31.12.2020р. № 421-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
26. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Постанова Кабінету Міністрів України в редакції від 16.11.2021р. № 410-2018-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
27. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. Постанова Кабінету Міністрів України в редакції від 26.12.2019р. № 1075-2017-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
28. Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей інваліда, дитини-інваліда, іншої особи. Наказ Міністерства соціальної політики в редакції від 17.09.2016р. № z0099-15. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
29. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки. Закон України від 09.01.2007р. № 537-V. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
30. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>

31. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
32. Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.09.2021р. №2071. URL: <https://moz.gov.ua/>
33. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України в редакції від 19.10.2021р. № 1101-2017-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
34. Реабілітація жертв конфлікту. Чи пропонує держава щось, крім встановлення інвалідності та милиць? / Б.Мойса, за ред.: О. Павліченко, О. Мартиненка. Українська Гельсінська спілка з прав людини. К. 2018. 64с. URL: <https://helsinki.org.ua/>
35. Рудакова Л.О., Михальчук В.М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №8. С.105-112. URL: <http://www.investplan.com.ua/>
36. Самофалов Д.О. Проблемні питання публічного управління імплементації медичних телекомунікаційних технологій для досягнення універсального покриття медичною послугою в охороні здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. №11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/>
37. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020. №2. С.211-220. URL: <http://pdu-journal.kpu.zp.ua/>
38. Соціальний захист населення України. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ. 2020. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
39. Стратегія розвитку охорони здоров'я 2030: бачення майбутнього (Проект). URL: <https://moz.gov.ua/strategija>
40. Телереабілітація: нові технології у фізичній терапії. 2020. URL: <http://formula-rukhu.com.ua/>

41. У Збройних Силах України створено систему надання психологічної допомоги та реабілітації. Офіційний веб. сайт Міністерства оборони України. URL: <http://www.mil.gov.ua/news/2018/02/>
42. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019: спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: <https://www.euro.who.int/>
43. Чепурка О. Сутність поняття «професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації» в контексті сучасної освітньої парадигми. Інноватика у вихованні. 2020. Випуск 12. С.285-293. URL: <https://ojs.itup.com.ua/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік реабілітаційних установ України, які здійснюють реабілітацію дітей з інвалідністю, станом на 01.12.2021р.

№	Область	Повна назва реабілітаційної установи, закладу охорони здоров'я
1	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство «Липовецька обласна лікарня відновного лікування дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, порушенням психіки і опорно-рухового апарату Вінницької Обласної Ради»
2	Вінницька	Державна реабілітаційна установа "Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю "Промінь"
3	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство "Вінницький обласний медичний центр реабілітації дітей Вінницької обласної Ради"
4	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство "Вінницький обласний спеціалізований будинок дитини з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки" Вінницької обласної Ради"
5	Вінницька	Державна реабілітаційна установа "Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Поділля"
6	Вінницька	Комунальне некомерційне підприємство "Тульчинський обласний спеціалізований будинок дитини для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки Вінницької обласної ради"
7	Волинська	Комунальне підприємство "Санаторій матері й дитини "Пролісок"
8	Волинська	Комунальне підприємство "Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства" Волониської обласної ради - Санаторій для дітей з батьками "Дачний"
9	Дніпропетровська	Комунальне підприємство «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей» Дніпропетровської обласної ради»
10	Дніпропетровська	Товариство з обмеженою відповідальністю «ДНІПРО ПРЕМІУМ КЛІНІК
11	Дніпропетровська	Центр сімейного здоров'я та реабілітації "Геліос" Товариство з обмеженою відповідальністю "Скай-Віннер"
12	Дніпропетровська	Комунальне підприємство "Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини ім.проф.М.Ф.Руднева" Дніпропетровської обласної ради"
13	Дніпропетровська	Комунальне підприємство "Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня" Дніпропетровської обласної ради
14	Дніпропетровська	Комунальне підприємство "Психоневрологічний центр медико-соціальної реабілітації дітей з тяжкими розладами мовлення та

		ураженнями центральної нервової системи" Дніпропетровської обласної ради"
15	Дніпропетровська	Благодійна організація "благодійна установа "Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного ІОАННА"
16	Дніпропетровська	Фізична особа - підприємець Куршаков Сергій Володимирович
17	Донецька	Комунальне некомерційне підприємство «Родинська міська лікарня»
18	Житомирська	Комунальне некомерційне підприємство "Житомирський обласний спеціалізований будинок дитини для дітей-сиріт та дітей, які залишились без піклування батьків" Житомирської обласної ради
19	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство “Закарпатський обласний дитячий санаторій “Малютко” Закарпатської обласної ради
20	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство "Ужгородська міська дитяча клінічна лікарня" Ужгородської міської ради
21	Закарпатська	Комунальне некомерційне підприємство “Обласний будинок дитини” Закарпатської обласної ради
22	Закарпатська	Благодійне товариство "Центр медико-соціальної реабілітації дітей імені Святого Михайла"
23	Закарпатська	Комунальна реабілітаційна установа "Обласний центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю"
24	Запорізька	Медичний центр Товариства з обмеженою відповідальністю “Медлайф-777”
25	Запорізька	Запорізький центр медико-соціальної реабілітації у складі комунального некомерційного підприємства «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради
26	Запорізька	Комунальний заклад вищої освіти "Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія" Запорізької обласної ради
27	Запорізька	Товариство з обмеженої відповідальності "Діагностичний центр" Медлайф-Біо"
28	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство "Молочанський дитячий санаторій" Запорізької обласної ради
29	Запорізька	Державний заклад «Дитячий спеціалізований (спеціальний) санаторій «Бердянський» Міністерства охорони здоров'я України
30	Запорізька	Товариство з обмеженою відповідальністю "Санаторій "Нива"
31	Запорізька	Комунальна установа "Запорізький обласний спеціалізований будинок дитини "Сонечко" ЗОР

32	Запорізька	Комунальне некомерційне підприємство "Медичний центр комплексної реабілітації" Мелітопольської міської ради Запорізької області
33	Запорізька	Товариство з обмеженою відповідальністю "Санаторій Бердянськ"
34	Київська область	Товариство з обмеженою відповідальністю "Центр реабілітації дитини "Вікторія"
35	Київська область	Дитячий спеціалізований санаторій "Орлятко" ТМО "Санаторного лікування" у м. Києві
36	Київська область	Товариство з обмеженою відповідальністю «Центр відновного лікування «Вільний рух»
37	Київська область	Товариство з обмеженою відповідальністю "А-Клінік Березань"
38	Київська область	Товариство з обмеженою відповідальністю "Клініка ЦСМ"
39	Кіровоградська	Товариство з обмеженою відповідальністю "АПРІКА"
40	Кіровоградська	Комунальне некомерційне підприємство "Кіровоградський обласний спеціалізований будинок дитини нового типу Кіровоградської обласної ради
41	Луганська	Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради "Старобільська обласна фізіотерапевтична лікарня"
42	Львівська	Товариство з обмеженою відповідальністю «Медичний центр фізичної терапії та медицини болю ІННОВО»
43	Львівська	Товариство з обмеженою відповідальністю «Міжнародна реабілітаційна клініка Козявкіна»
44	Львівська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Реабілітаційний центр "Еліта"
45	Львівська	Державна реабілітаційна установа "Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Галичина"
46	Львівська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Українська готельна група"
47	Львівська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Відпочинково-Оздоровчий комплекс "Вернигора"
48	Львівська	Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр»
49	м. Київ	Приватне підприємство «Центр стимуляції мозку»
50	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю «Центр Пріоритет»
51	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю "Центр відновлення фізичних функцій дитини"
52	м. Київ	Фізична особа-підприємець Івчатов Андрій Валерійович
53	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний центр "Особливі"

54	м. Київ	Фізична особа - підприємець Андріяш Сергій Петрович
55	м. Київ	Державний заклад "Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України"
56	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю «Медичний центр «Добробут-Поліклініка»
57	м. Київ	Дитячий спеціалізований санаторій «Салют» територіального медичного об'єднання «САНАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ» у місті Києві
58	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю "Центр нейрокогнітивної та фізичної реабілітації "Прометей"
59	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство "Консультативно-діагностичний центр дитячий Дарницького району м. Києва"
60	м. Київ	Приватне підприємство "Ітака Мед" "Неврологічна клініка доктора Яценко"
61	м. Київ	Фізична особа-підприємець Мазур Світлана Анатоліївна Центр сімейного здоров'я та розвитку «НООМЕД»
62	м. Київ	Підприємство об'єднання громадян Медико-соціальний центр "Альма"
63	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю "Міжнародний центр Відновлювальної медицини"
64	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю «Центр фізичної реабілітації «Крок за Кроком до мети»
65	м. Київ	Товариство з обмеженою відповідальністю «Центр реальної інклюзії «Ерудит»
66	м. Київ	Комунальне некомерційне підприємство "Міський медичний центр проблем слуху та мовлення "СУВАГ"
67	м. Київ	Фізична особа-підприємець Маркова Олександра Валеріївна
68	м. Київ	Фізична особа-підприємець Дворкін Ігор Вікторович
69	Миколаївська	Чорноморський національний університет імені Петра Могили
70	Миколаївська	Фізична особа підприємця Коваленко Сергій Вікторович
71	Одеська	Одеський обласний благодійний фонд реабілітації дітей-інвалідів "Майбутнє"
72	Одеська	Товариство з обмеженою відповідальністю «КІНД»
73	Одеська	Санаторій «Одеса» Служби безпеки України
74	Одеська	Приватне підприємство "Центр відновного лікування Альфа-Мед"

75	Одеська	Інститут відновлення та розвитку мови у дітей та дорослих "LOQUAR"
76	Одеська	Дочірнє підприємство "Клінічний санаторій ім.Горького" приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця"
77	Одеська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Центр слуху і мови"
78	Одеська	Лікувально-оздоровчий комплекс "Біла Акація"
79	Одеська	Державний заклад «Дитячий спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Хаджибей» Міністерства охорони здоров'я України
80	Одеська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Новітній медичний простір"
81	Одеська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Експерт Хелс"
82	Полтавська	Полтавський міський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю
83	Рівненська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Простір здорової дитини"
84	Сумська	Комунальна установа Сумської обласної ради -Сумський обласний центр комплексної реабілітації для дітей та осіб з інвалідністю
85	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради "Обласна дитяча клінічна лікарня"
86	Сумська	Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради "Сумський обласний клінічний лікарсько-фізкультурний диспансер"
87	Сумська	Медичний центр Товариства з обмеженою відповідальністю "Реабілітаційний центр "ВІДНОВА"
88	Тернопільська	Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня"
89	Тернопільська	КНП "Заліщицький дитячий центр медичної реабілітації" ТОВ
90	Тернопільська	Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради
91	Харківська	Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності
92	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство «Міська дитяча лікарня № 5» Харківської міської ради
93	Харківська	Комунальна установа "Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю "ШАНС"
94	Харківська	Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласний спеціалізований будинок дитини “Зелений гай”»

95	Харківська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Еспіна плюс"
96	Харківська	Комунальна установа "Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю "Жемчужинки" Лозівської міської ради Харківської області
97	Харківська	Фізична особа-підприємець Лупояд Ілля Костянтинович
98	Харківська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Реабілітаційний центр "Задзеркалля"
99	Харківська	Фізична особа-підприємець Безвесільний Євген Юрійович
100	Харківська	Фізична особа - підприємець Міхальова Анастасія Романівна
101	Харківська	Фізична особа- підприємець Федорчук Олена Миколаївна
102	Харківська	Фізична особа- підприємець Бодягіна Олена Юріївна
103	Херсонська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Скадовськ-Аква"
104	Херсонська	Дочірнє підприємство "Санаторій для дітей з батьками "Скадовськ" приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця"
105	Херсонська	Комунальне некомерційне підприємство "Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня" Херсонської обласної ради
106	Херсонська	Товариство з обмеженою відповідальністю "Міжнародний дитячий реабілітаційний центр "СКІФОС"
107	Херсонська	Товариство з обмеженою відповідальністю Комплекс оздоровлення та відпочинку "Ірбіс"
108	Херсонська	Санаторій «Чайка» Приватного багатoproфільного підприємства «Парітет»
109	Хмельницька	Приватне підприємство Центр медичної реабілітації дітей-інвалідів "Апіс-Меліфіка"
110	Хмельницька	Приватне підприємство «Приватна поліклініка «Малютко Плюс»
111	Хмельницька	Центр медико-соціальної реабілітації дітей. Підприємство об'єднання громадян "Центр комплексної реабілітації"
112	Хмельницька	Регіональний медичний реабілітаційний центр для дітей з ураженням нервової системи та опорно-рухового апарату "Турбота" комунального підприємства "Хмельницька міська дитяча лікарня" Хмельницької міської ради

113	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство "Черкаська міська реабілітаційно-оздоровча поліклініка "Астра"
114	Черкаська	Комунальне некомерційне підприємство «Черкаська обласна дитяча лікарня Черкаської обласної ради», Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи
115	Черкаська	Комунальний заклад «Черкаський обласний спеціалізований Будинок дитини» Черкаської обласної ради
116	Черкаська	Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю "Пролісок" Центру інтегрованих соціальних послуг міста Умані
117	Чернівецька	Медичний центр Товариства з обмеженою відповідальністю “Аватаж”
118	Чернівецька	Буковинський центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина»
119	Чернівецька	ОКНП "Буковинський центр відновного лікування та комплексної реабілітації дітей"
120	Чернівецька	Приватне підприємство «Медичний центр "Меднеан"»
120	Чернівецька	Приватне підприємство «Медичний центр "Меднеан"»
121	Чернігівська	Заклад охорони здоров'я "Центр комплексної реабілітації дітей з інвалідністю "Відродження"
122	Чернігівська	Комунальна установа "Обласний центр комплексної реабілітації дітей з інвалідністю "Відродження" Чернігівської обласної ради
123	Чернігівська	Комунальне некомерційне підприємство "Дитяча поліклініка №2" Чернігівської міської ради