

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Медичний інститут
Кафедра управління

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

**«ОПТИМІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ (НА ПРИКЛАДІ ОБЛАСНОГО
КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ)»**

Здобувач вищої освіти

гр. _____
П'янткіська Валентина Миколаївна

Наукові керівники

_____ ?
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ініціали)

Форма № У-9.01¹
Затв. наказом
Мінвузу УРСР
від 3 серпня 1984 р.
№ 253

Сумський державний університет
Факультет ННІ ФЕМ ім. Олега Балацького
Кафедра управління

Спеціальність спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітня програма «Управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я»
ступеню вищої освіти «магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедрою _____

„_____” _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ

П'янтківській Валентині Миколаївні

1. Тема проекту (роботи) «**ОПТИМІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ПРИКЛАДІ ОБЛАСНОГО КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «СУМСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ»**)

затверджена наказом по інституту від „_____” _____ 20__ р. № _____

2. Термін здачі закінченого проекту (роботи) _____

3. Вихідні дані до проекту (роботи) Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики України, накази управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, щорічна статистична звітність підприємства (КНП Сумської облради «Сумський обласний центр медико-соціальної експертизи»).

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їх належить розробити)

1. Теоретичні аспекти управління системою якості реабілітації осіб з інвалідністю у медичному закладі.

¹ Відповідає формі № 24 наказу Мінвузу СРСР від 6 квітня 1983 р. № 429

2. Напрями покращання управлінських та організаційних технологій в системі реабілітації КНП Сумської облради «Сумський обласний центр медико-соціальної експертизи».

3. Рекомендації з впровадження сучасних управлінських та організаційних технологій в реабілітації осіб з інвалідністю.

6. Консультанти по проекту (роботі), із зазначенням розділів проекту, що стосуються їх

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичні аспекти управління системою якості реабілітації осіб з інвалідністю у медичних закладах			
Дослідження особливості побудови та організації медико-соціальної реабілітації інвалідів за даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел			
Вивчення динаміки первинної інвалідності Сумської області за 2015-2019 роки			
Аналіз стану сучасної системи реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та Сумській області			
Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів.			

7. Дата видачі завдання

Керівники

(підпис)

(підпис)

Завдання прийняв до виконання

(підпис)

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1	Збір матеріалів з теоретичних аспектів реабілітації осіб з інвалідністю в діяльності КНП Сумської облради «Сумський обласний центр медико-соціальної експертизи».	Початок практики – кінець практики	
2	Дослідити особливості побудови та організації медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю за даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел.	2019	виконав
3	Провести аналіз нормативно-правового забезпечення медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні.	2019	виконав
4	Вивчити динаміку первинної інвалідності Сумської області за 2015-2019 роки.	2020	виконав
5	Проаналізувати стан сучасної системи реабілітації осіб з інвалідністю в Україні та Сумській області.	2020	виконав
6	Науково обґрунтувати та розробити заходи з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.	2020	виконав
7	Систематизувати розроблені матеріали та оформити роботу	Грудень 2020	виконав
8	Передати роботу для перевірки на плагіат	Не менше ніж за 5 робочих днів до захисту	виконав
9	Передати на рецензування	За день до рецензування	виконав

Здобувач

_____ (підпис)

Керівники проекту

(підпис)

(підпис)

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 53 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 63 с., у тому числі 12 таблиць, 5 рисунків, 3 додатки, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. Стан здоров'я населення, відповідно до положень стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх», ключових засад Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я – 2020», є одним з головних напрямів сучасної політики у сфері здоров'я (ВООЗ, 2017).

За даними «Світової статистики охорони здоров'я» ВООЗ, люди з обмеженими можливостями становлять 10% населення Землі.

Розвиток демократичного суспільства в Україні потребує нових стратегій і підходів до формування соціальної політики щодо людей з інвалідністю. Вона має враховувати вже існуючі тенденції в міжнародній політиці, світові інноваційні підходи до розв'язання проблем інвалідності, та кращий практичний досвід.

Аналіз наукових даних висвітлив відсутність єдиного підходу до формування системи реабілітації хворих та інвалідів з урахуванням можливостей існуючої системи охорони здоров'я та потенціалу лікувально-профілактичних закладів, відсутність достатнього ресурсного забезпечення системи реабілітації хворих та інвалідів, що в кінцевому результаті призводить до низької ефективності використання можливостей сучасної медичної практики в царині реабілітації.

Корінні зміни, що відбуваються у підходах до визначення та вирішення проблем інвалідності у державній політиці, зумовили посилення реабілітаційної спрямованості, формування мережі реабілітаційних закладів, розвиток ринку технічних засобів реабілітації. Останнім часом у спеціалізованій літературі обговорюються питання реформування служби медико-соціальної експертизи та реабілітації у країнах колишнього СРСР (Л. П. Гришина, А. І. Осадчих, Д. І. Лаврова, Л. Н. Чикинова, 2003; И. Л. Ферфильфайн, С. А. Рыков, 2004; С. Н. Пузин, Е. И. Тимофеева, О. С. Андреева, В. Б. Смычек, 2006).

Кардинальних змін щодо захворюваності та інвалідності в аспекті їх зниження та профілактики неможливо досягнути без суттєвих змін у системі охорони здоров'я та соціального розвитку, спрямованих на структурну перебудову, покращання матеріально-технічного та кадрового забезпечення закладів медико-соціальної експертизи та реабілітації. Разом з цим подальший розвиток реабілітації ускладнений відсутністю Державної служби реабілітації, чіткого механізму взаємодії різних органів та закладів, що відповідають за реабілітацію інвалідів, оптимальних моделей системи реабілітації на державному рівні з урахуванням особливостей формування захворюваності та інвалідності (В.

В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, 2005).

Відсутність централізованого банку даних людей з обмеженими можливостями, їх потреб у різних видах реабілітації зумовлює складності перспективного планування комплексу реабілітаційних заходів та надання реабілітаційних послуг на державному рівні.

Разом з тим, що чисельність інвалідів в Україні останні роки залишається відносно стабільною, відбувається їх якісна зміна. Серед первинно визнаних інвалідами зростає питома вага осіб працездатного віку. Для нашої держави особливого значення ця проблема набуває у зв'язку з постійним зростанням частки інвалідів у загальній структурі населення – з 3,0% (1994 р.) до 7,5% (2017 р.). У зв'язку з цим за останні роки в Україні була прийнята низка законодавчих актів щодо розвитку системи реабілітації в цілому, а найголовніше – питань надання індивідуально орієнтованих реабілітаційних послуг (М. К. Хобзей, Ю. І. Коробкін, О. М. Мороз, 2010).

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах у реабілітаційних заходах мають потребу 20-25% стаціонарних хворих і 40-45% хворих, які лікуються в поліклініках. Постійний розвиток відновної терапії та медико-соціальної реабілітації спрямований на підвищення якості життя хронічних та тяжких хворих та на зменшення економічних витрат суспільства на утримання людей з обмеженими можливостями.

Інтеграція в суспільство людей з інвалідністю в Україні за останні п'ять років стала одним із пріоритетів державної соціальної політики. Але з початком медичної реформи відбулося розмежування надання первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, а також пацієнти отримали право вибирати, в якому закладі охорони здоров'я вони будуть отримувати таку допомогу.

Було порушено послідовність надання реабілітаційної допомоги, а відповідно до нових умов функціонування медичних закладів на сьогодні система реабілітації знаходиться лише на етапі розробки. В багатьох лікувально-профілактичних закладах немає комісій відновного лікування хворих та інвалідів, які б здійснювали контроль за повнотою виконання індивідуальних програм реабілітації інвалідів.

Вказане й зумовило **актуальність** теми нашого дослідження, його мету і завдання.

Метою роботи «Оптимізація управління системою якості реабілітації інвалідів (на прикладі КНП Сумського обласного центру медико-соціальної експертизи)» було розробка та впровадження сучасних управлінських та організаційних рішень щодо покращання якості медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

1. Дослідити особливості побудови та організації медико-соціальної реабілітації інвалідів за даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел.
2. Вивчити динаміку первинної інвалідності Сумської області за 2015-2019 роки.

3. Проаналізувати стан сучасної системи реабілітації інвалідів в Україні та Сумській області.
4. Провести аналіз нормативно-правового забезпечення медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні.
5. Науково обґрунтувати та розробити заходи з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Предметом дослідження є показники інвалідності населення Сумської області, нормативно-правова база, показники реабілітації інвалідів в Сумській області, медико-технологічні документи, заходи з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Об'єктом дослідження є система реабілітації інвалідів в Україні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного налізу. У роботі було використано бібліосемантичний метод, методи ретроспективного структурного, порівняльного та статистичного аналізу, метод моделювання.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше:

- науково обґрунтовано заходи з оптимізації управління системою реабілітації інвалідів;
- виявлені проблеми та недоліки в існуючій системі медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- запропоновано та впроваджено створення комісій відновного лікування в центрах первинної медико-санітарної допомоги;
- розроблено та введено в дію Порядок організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області;
- розроблено облікову та інформаційно-аналітичну документацію з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю;
- забезпечено функціонування ліжок для відновного лікування відповідного профілю в межах загального лікарняного ліжкового фонду в ЛПЗ області.

Набули подальшого розвитку дослідження щодо:

- правового регулювання системи медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- методичного підґрунтя оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів.

Ключові слова: інвалідність населення, реабілітація інвалідів, індивідуальна програма реабілітації, комісія відновного лікування.

ЗМІСТ

ВСТУП	
РОЗДІЛ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНВАЛІДНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ	
1.1. Аналіз міжнародного законодавства щодо інвалідів та стану їх реабілітації.....	
1.2. Аналіз нормативно-правової бази щодо людей з обмеженими можливостями та їх медико-соціальної реабілітації в Україні.....	
РОЗДІЛ 2. РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ	
2.1. Поняття про реабілітацію інвалідів, її види та типи реабілітаційних закладів.....	
2.2. Види й напрямки реабілітації інвалідів.....	
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ТА СТАН РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
3.1. Аналіз стану первинної інвалідності та її причин серед населення Сумської області за період 2015-2019 років.....	
3.2. Аналіз стану медико-соціальної реабілітації інвалідів в Сумській області за період 2015-2019 років.....	
3.3. Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів.....	
ВИСНОВКИ	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
ДОДАТОК А	
ДОДАТОК Б	
ДОДАТОК В	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ООН – Організація Об'єднаних Націй
ЕКОСОП – Економічна і Соціальна Рада
МОП – Міжнародна Організація Праці
ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я
ЛПЗ – Лікувально-профілактичний заклад
МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія
ІПР – Індивідуальна програма реабілітації

ВСТУП

Громадяни з інвалідністю є серед усіх верств населення будь-якого суспільства. Це люди з такими вадами здоров'я, як ураження опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи; психічними захворюваннями та розумовою відсталістю; ураженнями органів слуху та зору; ураженнями внутрішніх органів; онкологічними захворюваннями. Кількість осіб з особливими потребами постійно зростає, хоча причини і наслідки інвалідності можуть бути різними: зумовленими як неоднаковими соціально-економічними обставинами, так і різним ступенем забезпечення державами добробуту своїх громадян [3, 6, 8].

Нині можна говорити про глобальний характер проблеми інвалідності – в усьому світі ті чи інші можливості обмежено приблизно в кожній десятій людини (650 млн людей), з них майже 470 млн осіб працездатного віку [7,12].

Для України проблема соціального захисту інвалідів є особливо значущою у зв'язку зі стійкою тенденцією до зростання частки інвалідів у загальній структурі населення. Якщо на початку 90-х рр. минулого століття загальна чисельність інвалідів в Україні становила близько 3% усього населення, або 1,5 млн осіб, то в 2008 р. їх чисельність дорівнювала 2,65 млн осіб, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів, тобто частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення становить 5,3% усього населення, відповідно їх кількість зростає майже в 1,6 рази [36].

Збільшення кількості людей з інвалідністю зумовлене суперечливим соціально-економічним розвитком українського суспільства, який знизив рівень життя більшості людей, незадовільним станом системи охорони здоров'я, недостатньою безпекою та охороною праці, низьким рівнем екологічної культури, наявністю різноманітних катаклізмів – природних, екологічних, воєнних, зокрема наслідки Другої світової війни, війн в Афганістані та на інших територіях, Чорнобильської катастрофи. Рівень державного соціального захисту осіб з обмеженими можливостями є відображенням рівня розвитку суспільства в цілому [26].

Протягом останніх десятиріч у світі відбулися суттєві зміни стосовно ставлення до інвалідів. Основою цих змін є визнання рівності прав інвалідів на повноцінне життя в суспільстві та створення державами реальних умов для реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів. Якщо раніше їх основу становили здебільшого мотиви милосердя до інвалідів, то нині – стан дотримання їх прав [2, 9, 17, 18].

Обов'язком держави і суспільства є забезпечення належного соціального захисту і підтримки, соціальної інтеграції, створення рівних можливостей для самореалізації, повноцінного життя, здобуття освіти і працевлаштування, долучення інвалідів до духовного, культурного, спортивного життя [45, 46].

Слід зазначити, що від радянських часів в українському суспільстві лишився поганий спадок: громадськість вважала, що про інвалідів турбується держава, але держава була не в змозі забезпечити належний рівень соціального захисту. Політика щодо інвалідів була переважно пасивною – матеріальна

підтримка, державні пенсії, можливість працювати на спеціалізованих підприємствах організацій інвалідів. Особи з обмеженими можливостями були позбавлені доступу до багатьох соціальних благ нарівні зі здоровими людьми. Інваліди й досі стикаються зі зневагою, забобонами і страхами, які впродовж історії людства стримували соціальний розвиток цієї категорії членів суспільства та ізолювали їх від нього [27, 42].

Перехід до ринкових відносин та побудова соціальної держави в Україні детермінували нові підходи до соціального захисту інвалідів, які полягають у створенні цілісної системи на сучасних принципах. Приєднання до міжнародних норм права, ратифікація Україною конвенцій МОП переорієнтовує політику щодо інвалідів до суспільно визнаних стандартів, яких дотримуються високорозвинуті цивілізовані країни, здійснює гармонізацію вітчизняного законодавства до міжнародних стандартів, створює спеціалізовані реабілітаційні установи та безбар'єрне середовище тощо. Ринкова економіка розширює підходи до надання соціальних послуг та утримання центрів обслуговування інвалідів. Наше суспільство поступово усвідомлює, що саме йому потрібно пристосовуватись до потреб інвалідів, а не навпаки [29].

Широкий спектр проблем людей з інвалідністю в Україні свідчить про необхідність посиленої і комплексної уваги з боку держави й суспільства. Сучасне життя формує відповідні вимоги до соціального захисту цієї категорії населення. Практика показує, що значна частина положень соціально-економічної політики щодо інвалідів застаріла і не відповідає потребам сьогодення, а також не узгоджується із загально визнаними високогуманними міжнародними нормами і стандартами. Правове поле хоча й містить багато позитивних кроків на шляху вирішення численних проблем інвалідів, але є переважно декларативним, не забезпеченим матеріальними ресурсами та механізмами управлінського впровадження. Отже, існуюча система соціального захисту інвалідів потребує суттєвих змін і доповнень, модернізації [20].

Досвід високорозвинутих країн засвідчив про неефективність пасивної державної політики у сфері соціального захисту громадян з особливими потребами, яка формується на основі компенсаційних витрат – пенсій, грошової допомоги, пільг, компенсацій тощо. Соціальна підтримка інвалідів у провідних країнах Європи за останні 30 років характеризується виділенням значних ресурсів на створення доступного для осіб з обмеженими можливостями середовища для існування, навчання, створення спеціальних і облаштування наявних робочих місць [48,49].

Сучасна система соціального захисту інвалідів охоплює не лише державну соціальну допомогу та пенсійне забезпечення, систему пільг і компенсацій та соціально-побутове обслуговування, але й включає охорону здоров'я, освіту та зайнятість осіб з інвалідністю, а також соціальну і професійну реабілітацію та соціальну інтеграцію в суспільство. Тобто соціальний захист осіб з інвалідністю включає не лише матеріальні питання, а й весь спектр проблем і потреб людського життя. Ця теза зумовлена тим, що в сучасному суспільстві будь-яка людина потребує розширеного соціального захисту, який полягає не тільки в фінансово-матеріальній підтримці, а й у

створенні різнобічних умов для повноцінного функціонування і розвитку особи, максимальної реалізації її потреб та інтересів [43].

Таким чином, політика соціального захисту інвалідів має включати нові концептуальні підходи, що охоплюють соціально-економічні, політико-правові, організаційно-управлінські, науково-методологічні, морально-етичні та інформаційні аспекти. Нині Україна намагається перейти від медичної до соціальної моделі інвалідності. Остання полягає у взаємозв'язку між людиною з обмеженими можливостями та соціумом, а не фіксування відхилення у її здоров'ї та розвитку, як це притаманно медичній моделі і було характерно для радянської системи управління. Сучасна державна політика соціального захисту інвалідів включає в себе низку заходів, зокрема створення умов для інтеграції інвалідів до активного суспільного життя; підвищення державних гарантій у досягненні вищих соціальних стандартів у матеріальному забезпеченні інвалідів; створення безперешкодного середовища для інвалідів; забезпечення активної взаємодії державних органів та громадських організацій інвалідів у розв'язанні проблем інвалідів тощо [36].

Головним суб'єктом соціального захисту інвалідів залишається держава. Діяльність держави полягає в розробці заходів, створенні відповідних інститутів, застосуванні механізмів, призначених забезпечувати життєві та соціальні потреби інвалідів, реалізовувати громадянські права та свободи, створювати рівні можливості для їх інтеграції в суспільство, сприятливі умови для забезпечення соціальної, медичної, трудової реабілітації інвалідів [14].

Органи державної влади та місцевого самоврядування зобов'язані створювати нормативно-правову базу відповідно до міжнародного законодавства, а також відповідні інституції, сприяти розвитку громадських організацій у цій сфері, забезпечити у належному обсязі матеріально-фінансову складову соціального захисту осіб з інвалідністю, розширювати та вдосконалювати перелік соціальних послуг, активно сприяти професійній реабілітації осіб [32].

Активними партнерами держави стають інші суб'єкти соціального захисту інвалідів, такі як недержавні громадські організації, благодійні і релігійні організації та фонди, політичні партії, юридичні особи, підприємці, небайдужі люди, також справляючи регулюючий вплив на соціальний захист інвалідів, особливо у сфері соціальної реабілітації та надання соціальних послуг. Посилюється участь і самих інвалідів, їхніх громадських організацій.

В Україні близько 120 діючих Всеукраїнських громадських організацій, які представляють інтереси різних категорій інвалідів, цілеспрямовано і поступово змінюючи їх життя на краще. За допомогою громадських організацій інваліди мають змогу отримати певні соціальні та реабілітаційні послуги, інформацію про свої права, пільги, соціальні гарантії. Громадські об'єднання інвалідів створюються для їх соціального захисту, культурної та спортивної роботи, професійної, трудової, медичної, психолого-педагогічної реабілітації, надання умов для повноцінного життя тощо. Функції таких громадських організацій до певної міри збігаються з функціями уповноважених державних органів з питань соціального захисту, тому держава і громадські організації

інвалідів є соціальними партнерами у вирішенні проблем осіб з обмеженими можливостями [26].

У Національній доповіді «Про становище інвалідів в Україні» (2008 р.) окреслено такі проблеми у сфері соціального захисту інвалідів: забезпечення пенсійних і соціальних виплат інвалідам у розмірах, які б гарантували їм достатній рівень життя; отримання гідної освіти в рамках інтегрованих форм навчання; забезпечення можливості безперешкодного отримання реабілітаційних послуг за місцем мешкання інваліда; можливість трудової діяльності без дискримінації у процесі працевлаштування та подальшої роботи; реформування стаціонарних установ для інвалідів та переведення фінансування на створення допоміжних служб, які дозволяють людям з інвалідністю жити без відриву від соціуму; створення доступного середовища для вільного пересування інвалідів та безперешкодної комунікації.

РОЗДІЛ 1 АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНВАЛІДНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ

1.1 Аналіз міжнародного законодавства щодо інвалідів та стану їх реабілітації

13 грудня 2006 р. Організація Об'єднаних Націй прийняла Конвенцію про права інвалідів та Факультативний протокол до неї. Україна ратифікувала документ 16 грудня 2009 р.. Прийняття Конвенції ствердило «зміну парадигми» у ставленні і підходах до осіб з інвалідністю. За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін [17].

Конвенція була підготовлена в результаті переговорів, що тривали упродовж трьох років та включали в своєму форматі роботу організацій громадянського суспільства, урядів, національних інституцій захисту прав людини, а також міжнародних організацій.

Організація Об'єднаних Націй (ООН) неодноразово звертала увагу на необхідність вирішення проблем людей з інвалідністю ще до того, як відбулися переговори щодо підготовки тексту Конвенції ООН про права інвалідів.

У 1950-х роках Генеральна Асамблея ООН та Економічна і Соціальна Рада (ЕКОСОП) прийняли кілька резолюцій, які стосувалися профілактики інвалідності та системи реабілітації.

У 1971 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Декларацію про права розумово відсталих осіб [37, 39].

У 1975 році Генеральною Асамблеєю ООН прийнято Декларацію про права інвалідів. У ній проголошувалося, що люди з інвалідністю мають такі ж громадянські і політичні права, як і інші особи, це дозволить людям з інвалідністю максимально проявити свої можливості і здібності та прискорюють процес їх соціальної інтеграції. Важливим є положення Декларації про те, що особливі потреби людей з інвалідністю мають враховуватися на всіх етапах планування економічної та соціальної політики держав [38].

1981 рік був проголошений Генеральною Асамблеєю ООН Міжнародним роком інвалідів, а 1982 року вона прийняла Всесвітню програму дій щодо інвалідів та проголосила період з 1883 по 1992-й рік – Десятиріччям інвалідів, ще дало змогу залучити держави – учасниці ООН до активного здійснення програми дій щодо людей з інвалідністю. Всесвітня програма дій щодо людей з інвалідністю складалася з трьох частин: цілі, історія питання та концепції; поточний стан; пропозиції щодо здійснення програми. Це перший документ, який змінив підхід до вирішення проблем осіб з інвалідністю. До її прийняття соціальна політика стосовно людей з інвалідністю ґрунтувалася лише на заходах медичного характеру, реабілітації та профілактики інвалідності. Проголошені Програмою мета забезпечення рівності та повної участі людей з інвалідністю у суспільному житті та розвитку свідчили про зміну розуміння стану інвалідності міжнародним співтовариством [40, 41].

Програма істотно змінила і саме розуміння «інвалідності»: людей з інвалідністю перестали відносити до уразливих груп населення. Інвалідність є нормальним аспектом життя; її з тієї чи іншої причини може отримати будь-яка людина на будь-якому етапі її нормального життєвого циклу.

Підхід, заснований на принципі «вразливості» людей з інвалідністю, поступився місцем концепції розвитку соціальної самодостатності людей з інвалідністю, що включає заходи щодо створення умов адаптації осіб з інвалідністю у «звичайних» соціальних і економічних структурах.

У 1987 році в Стокгольмі на Глобальній нараді експертів з питань огляду ходу здійснення Всесвітньої програми щодо інвалідів було висловлено пропозицію про підготовку і прийняття Конвенції про права інвалідів. Спільний проект Конвенції був підготовлений Італією і представлений Генеральній Асамблеї на її 42-й сесії. Пізніше, на 44-й сесії Генеральної Асамблеї ООН, Швеція виступила із заявою, щодо проекту Конвенції. Однак в обох випадках не було досягнуто консенсусу щодо необхідності такої Конвенції. У 1991 році Генеральна Асамблея ООН прийняла Принципи захисту осіб з психічними розладами та покращення психіатричної допомоги, які запроваджували стандарти та процедурні гарантії, а також забезпечували захист від зловживань найістотнішими правами людини установами чи організаціями. На той час Принципи носили інноваційний характер, проте в даний час їх зміст оцінюється критично [41].

Генеральною Асамблеєю ООН у 1993 році були схвалені «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». У багатьох країнах вони були використані для розробки національного законодавства. «Стандартні правила» мали виключно рекомендаційний характер, однак в умовах відсутності міжнародного договору у сфері захисту прав осіб з інвалідністю, вони були єдиним універсальним документом, що визнавав і гарантував права осіб з інвалідністю.

2006 року відбулося восьме засідання Спеціального комітету, на якому було завершено роботу із підготовки проекту Конвенції та окремого Факультативного протоколу. У цьому ж році Генеральна Асамблея ООН схвалює Конвенцію ООН про права людей з інвалідністю та Факультативний протокол до неї. З 30 березня 2007 року Конвенція та Факультативний протокол відкриті для підписання у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку.

24 вересня 2008 року у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку Україна підписала Конвенцію ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї. 16 грудня 2009 року Конвенція ООН про права інвалідів була ратифікована Верховною Радою України [17].

Конвенція ООН про права інвалідів охоплює багато сфер, в яких люди з інвалідністю зазнавали дискримінації, включаючи доступ до правосуддя, участь у політичному та громадському житті, освіти; працевлаштування; свободи від тортур; експлуатації та насильства, а також свободи пересування.

Мета цієї Конвенції полягає у заохоченні, захисті та забезпеченні повного і рівного користування всіма людьми з інвалідністю усіма правами людини та

основоположними свободами, а також в заохочені поваги до властивої їм гідності.

Конвенція загалом налічує 50 статей, з них статті 1-33 за змістом присвячені різноманітним аспектам забезпечення рівних прав та можливостей для людей з інвалідністю у тих чи інших сферах суспільного життя, а також загальним цілям та принципам практичного забезпечення такого недискримінаційного підходу до потреб осіб з обмеженими можливостями. У статтях 34-50 сформульовані певні зобов'язання держав — учасниць Конвенції щодо надання створеному при ООН Комітету з прав інвалідів відповідної інформації про виконання положень Конвенції та юридичні засади і механізми їх імплементації у правове поле (законодавство) держав, що підписали та ратифікували цей документ.

Основні принципи Конвенції:

- повага до притаманної людині гідності, її особистої самостійності, включаючи свободу робити свій власний вибір, і незалежності;
- недискримінація;
- повне й ефективне залучення і включення у суспільство;
- повага до відмінностей людей з інвалідністю та їх прийняття як компоненту людського різноманіття і частини людства;
- рівність можливостей;
- доступність;
- рівність чоловіків і жінок;
- повага до здібностей дітей з інвалідністю, що розвиваються, і повага до права дітей з інвалідністю зберігати свою індивідуальність.

Конвенція доповнює інші міжнародні договори з прав людини. Вона не визнає за особами з інвалідністю жодного нового права людини. Конвенція більшим чином прояснює зобов'язання держав дотримуватись та забезпечувати рівноправне користування особами з інвалідністю загально визнаними правами людини [17,18].

Згідно з Всесвітньою доповіддю щодо інвалідності (2011 р.), підготовленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я та Світовим банком, над якою працювали більше ніж 380 експертів з різних країн світу, визначаються основні бар'єри у суспільстві, пов'язані з «інвалідністю»:

- Неадекватні заходи політики і стандарти. При розробці політики не завжди враховуються потреби людей з інвалідністю, або не застосовуються на практиці існуючі заходи політики і стандарти.

- Нестача послуг. Люди з інвалідністю значно більш уразливі перед дефіцитом таких послуг, як медико-санітарне обслуговування, реабілітація, а також підтримка і допомога.

- Проблеми з наданням послуг. Слабка координація послуг, недостатнє кадрове забезпечення та низький рівень професійної підготовки персоналу можуть позначитись на якості, доступності та адекватності послуг для людей з інвалідністю.

- Недостатнє фінансування. Ресурси, що виділяються на здійснення заходів політики та планів, часто недостатні.

- *Відсутність доступності.* Багато будинків (у тому числі місця загального користування), транспортні системи й інформація не є доступними для всіх.

- *Неадекватні інформація і комунікація.* Інформації у доступних форматах є мало, не задовольняються багато потреб людей з інвалідністю в галузі комунікації.

- *Відсутність консультування та включення в суспільне життя.* Більшість людей з інвалідністю не беруть участі в процесах прийняття рішень з питань, що безпосередньо торкаються їхнього життя.

- *Відсутність даних і досвіду.* Нестача точних/достовірних і порівняльних даних про інвалідність, а також досвіду здійснення ефективних програм може перешкоджати розумінню проблем і практичних дій.

Міжнародні документи з прав людини, прийняті після ухвалення Загальної декларації прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права та Міжнародний пакт про громадянські та політичні права уточнили ті кроки, що мають бути зроблені державами для забезпечення дотримання цих прав у конкретних ситуаціях. Наприклад, існують договори, що захищають дітей або працівників - мігрантів та їх родини, договори, що забороняють катування, дискримінацію на основі статі чи раси. Конвенція про права людей з інвалідністю концентрує увагу на тих кроках, що мають зробити держави для забезпечення дотримання прав людей з інвалідністю [28, 51, 52].

Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни [16, 53].

Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни. Для цього потрібно здолати існуючі перешкоди невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство і стан його дотримання, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності.

Однак, ще чимало країн, в тому числі й Україна, при формуванні державної соціальної політики стосовно людей з інвалідністю не враховують цих змін, надають пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». І найголовніше - не сприяє більш широкому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни [7].

1.2 Аналіз нормативно-правової бази щодо людей з обмеженими можливостями та їх медико-соціальної реабілітації в Україні

Медико-соціальна допомога у нашій країні пройшла тернистий шлях від надання соціальної підтримки інвалідам до сучасного формування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації. Рівні можливості інвалідів з усіма громадянами в нашій країні регламентовані Конституцією України. Вперше

соціальні гарантії інвалідам були надані Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який був введений Постановою ВР №876-ХІІ від 21.03.91 р.

Діяльність держави щодо інвалідів проявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів [31].

Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи та з урахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності інваліда. Відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 року №83, оцінка ступеня обмеження життєдіяльності проводиться згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» [34].

Поява Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» спонукала переглянути підхід до організації державної реабілітаційної системи. Цей Закон відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, забезпечує координованість системи реабілітації, доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану інваліда та дитини-інваліда [13].

Законом регламентовано державне управління системою реабілітації інвалідам, яке покладене на центральні і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування (центральні органи у сферах праці та соціальної політики, охорони здоров'я, освіти, культури, фізичної культури і спорту та інші). До їх обов'язків входить керівництво установами, закладами системи реабілітації, аналітично-прогностична діяльність, формування напрямків взаємодії різних ланок реабілітації інвалідів [15].

Постановою КМУ від 10 січня 2002 р №14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки передбачено протягом 2002 – 2003 рр. створення при управліннях охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій реабілітаційних рад, які повинні координувати заходи з медичної реабілітації хворих та інвалідів та забезпечувати проведення моніторингу стану здоров'я.

Згідно зі ст. 9, повинен бути заснований Державний реєстр реабілітаційних установ, який на сьогодні не складено в повному обсязі. Ведеться лише реєстр центрів медико-соціальної реабілітації дітей інвалідів та

центрів професійної реабілітації. Не існує Державного реєстру медичних реабілітаційних установ, на регіональному рівні Реабілітаційними радами повинні бути створені реєстри обласних реабілітаційних установ

Існує проблема професійної підготовки кадрів для системи реабілітації інвалідів. Так, і досі в класифікаторі спеціальностей відсутня спеціальність «медико-соціальна експертиза і реабілітація», що успішно вирішено в країнах ближнього зарубіжжя. Україна, як незалежна держава, взяла на себе конкретні зобов'язання в реалізації конституційних вимог щодо соціального захисту інвалідів. Держава спрямовує свою соціальну політику на поліпшення їх матеріального забезпечення, докладає необхідних зусиль для створення їм належних правових, соціально-побутових умов життя [11].

Отже, від самого лише соціального захисту інвалідів треба переходити до реального забезпечення їх прав, які передбачені у Конвенції ООН про права інвалідів. Згідно з основними стандартами забезпечення та захисту прав і свобод людей з інвалідністю, визначеними у Конвенції, люди з інвалідністю повинні бути рівноправно включеними до загального соціального процесу. При цьому у центрі уваги має бути тепер вже не інвалідність як соціальне явище, а сама людина з інвалідністю, яка має бути здатною, наскільки це можливо, самостійно жити в суспільстві [17].

В Україні реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, належать до таких типів:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації; - професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації.

Реабілітаційні установи можуть мати змішаний тип [44].

РОЗДІЛ 2 РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ

2.1 Поняття про реабілітацію інвалідів, її види та типи реабілітаційних закладів

За статистикою ВООЗ, в світі налічується більше 400 мільйонів людей з обмеженими можливостями. Неважливо, що стало причиною інвалідності - вроджені патології, травма або тяжка хвороба. Будь-яка людина має право на повноцінне життя. І головна мета реабілітації інвалідів - допомогти людям впоратися з важкою життєвою ситуацією [6].

Комітет ВООЗ у 1980 році дав визначення медичної реабілітації: реабілітація - це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це неможливо - оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві. Таким чином, медична реабілітація включає заходи щодо запобігання інвалідності під час захворювання і допомогу індивіду у досягненні максимальної фізичної, психічної, соціальної, професійної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в рамках існуючого захворювання. Серед інших медичних дисциплін реабілітація посідає особливе місце, оскільки розглядає не тільки стан органів та систем організму, але і функціональні можливості людини в його повсякденному житті після виписки з медичної установи.

Оптимальним є усунення або повна компенсація ушкодження шляхом проведення відновного лікування. Однак це не завжди можливо, і в цих випадках бажано організувати життєдіяльність хворого таким чином, щоб виключити вплив на неї існуючого анатомічного і фізіологічного дефекту. Якщо при цьому колишня діяльність неможлива або негативно впливає на стан здоров'я, необхідно переключення хворого на такі види соціальної активності, які найбільшою мірою будуть сприяти задоволенню всіх його потреб [4].

Незважаючи на значні відмінності систем медичної реабілітації в різних країнах, все ширше розвивається міжнародне співробітництво в цій сфері, все частіше піднімається питання про необхідність міжнародного планування і розробки координованої програми реабілітації фізично обмежених осіб [21, 50].

Загальні покази до медичної реабілітації представлені в доповіді Комітету експертів ВООЗ з попередження інвалідності і реабілітації.

До них відносяться:

- значне зниження функціональних здібностей;
- зниження здатності до навчання;
- особлива схильність до впливів зовнішнього середовища;
- порушення соціальних відносин;
- порушення трудових відносин.

Наша держава гарантує інвалідам безкоштовну допомогу в реабілітації та абілітації. Незважаючи на всі зусилля держави, ресурсів для забезпечення допомогою кожного нужденного не вистачає [33].

Медицина розрізняє два напрямки роботи з інвалідами - реабілітацію і абілітацію. Реабілітація - це заходи по відновленню здібностей людини до

самообслуговування і соціальному житті. Абілітація - це процес формування нових здібностей і звичок, які були відсутні раніше. Обидві системи спрямовані на поліпшення якості життя інвалідів, на їхнє побутове і суспільну адаптацію [47].

2.2 Види й напрямки реабілітації інвалідів

Медико-соціальна реабілітація хворих, інвалідів та людей похилого віку – це процес відновлення або підтримки максимально можливого рівня фізичного, психологічного та соціального статусу у даної категорії осіб (враховуючи і дітей), які втратили будь-які функції внаслідок хронічного або уродженого захворювання, оперативного втручання або травми, за допомогою координовано проведених заходів державного медичного, психологічного, соціального, педагогічного, професійного, економічного та законодавчого характеру настільки, щоб вони могли уникнути інвалідності або мати найменший ступінь втрати працездатності, пристосуватися до нових умов життя та бути інтегрованими в суспільство з досягненням соціальної та економічної незалежності та дійсного рівноправ'я при порівнянні з практично здоровими людьми [15].

Комплексна реабілітація інвалідів включає в себе кілька основних напрямків:

1. Соціальна реабілітація. Мається на увазі повернення людини до громадської та побутового життя, психологічну адаптацію та повернення навичок самообслуговування.

2. Професійна реабілітація. Націлена на професійну орієнтацію, здобуття загальної і професійної освіти, на професійне навчання, сприяння в працевлаштуванні (у тому числі на спеціальних робочих місцях), виробничу адаптацію.

3. Медична реабілітація. Вона включає в себе всі необхідні заходи відновленню або компенсуванню тих функцій, які були втрачені через хворобу або травми. Це найважливіша частина реабілітації, так як без неї неможливо ні соціальне, ні професійне відновлення.

Основна мета медичної реабілітації - поліпшення якості життя інвалідів, тобто відновлення або компенсація втрачених функцій, подолання больового синдрому, психологічна допомога. Медична реабілітація – складне поняття, яке включає в себе різноманітні напрямки роботи [31].

Напрямки медичної реабілітації

Фізкультурно-оздоровчі заходи, в тому числі заняття спортом, спеціально адаптовані для людей з обмеженими можливостями.

Санаторно-курортне лікування. Користь санаторно-курортного лікування для інвалідів важко переоцінити. Мінеральні води і грязі багатьох курортів мають воістину цілющим дією – вони зміцнюють нервову систему, налагоджують функції внутрішніх органів, покращують кровообіг і прискорюють регенерацію тканин. Бальнеотерапія в санаторіях часто доповнюється різними фізіотерапевтичними процедурами, а також лікувальною гімнастикою, заняттями з рухової адаптації, дієтотерапією. Не можна випускати

з уваги і психологічний аспект. Багато інвалідів рідко покидають будинок і відчують гостру нестачу спілкування. Зміна обстановки, атмосфера курорту і приємна компанія можуть значно поліпшити настрій пацієнта, а будь-який лікар погодиться з тим, що позитивний настрій – це вже половина успіху при лікуванні.

Реконструктивна хірургія. Даний напрямок реабілітації зараз розвивається стрімкими темпами. Можливості сучасної медицини дозволяють за допомогою хірургічної операції частково або навіть повністю відновити пошкоджені органи, повернувши людині рухливість. Реконструктивна хірургія допомагає і при вроджених аномаліях, і при усуненні наслідків травм або захворювань. Широко поширені операції з ендопротезування також входять в число реконструктивних операцій.

Протезування. У деяких випадках відновити пошкоджену кінцівку неможливо в принципі. Тоді лікарі звертаються до протезування. Протез функціонально замінює втрачену кінцівку. Підбір протеза повинен здійснюватися дуже ретельно, інакше він буде доставляти чимало незручностей і навіть мук.

Ортезування. Застосування конструкцій для фіксації, корекції і активізації функцій кінцівок. До найпростіших типів ортезів відносяться корсети і шини. Однак в реабілітації використовуються і більш складні конструкції: наприклад, так звані брейс-апарати, які представляють собою з'єднані шарнірними зчленуваннями шини для підтримки кінцівок [10].

Після прийняття експертного рішення про групу інвалідності, визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного прогнозу складається індивідуальна програма реабілітації (ІПР), де зазначаються конкретні заходи щодо реабілітації інваліда, передбачається їх послідовність, комплексність і терміни виконання, очікувані результати та критерії оцінки ефективності реабілітаційних заходів. Спеціалісти МСЕК повинні пояснити людині, якій складається ІПР, цілі, засоби, результати, що очікуються після проведення реабілітаційних заходів, та наслідки відмови від виконання ІПР [22].

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомоги, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом, звуко-підсилюючу апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг з медичної, соціальної, трудової і професійної реабілітації, побутовому та торгівельному обслуговуванню [24, 25].

Види необхідної матеріальної, соціально-побутової і медичної допомоги інвалідам визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації. Допомога надається за рахунок коштів фонду соціального захисту інвалідів, Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями. Послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби

(протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття, засоби пересування, у тому числі крісла-коляски з електроприводом, автомобілі, індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові і голосоутворювальні апарати, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони та факси для письмового спілкування, ендпротези, сечо- та калоприймачі тощо) надаються інвалідам та дітям-інвалідам безкоштовно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку [35].

Важливим аспектом при формуванні реабілітаційного плану є оцінка особистих можливостей і бажань реабілітанта та реальних можливостей суспільства щодо реалізації кожної складової реабілітаційної програми. Хворого слід орієнтувати на конкретні реабілітаційні заходи для досягнення очікуваних результатів. Медико-соціальна реабілітація хворих, інвалідів та людей похилого віку – це процес відновлення або підтримки максимально можливого рівня фізичного, психологічного та соціального статусу у даній категорії осіб (враховуючи і дітей), які втратили будь-які функції внаслідок хронічного або уродженого захворювання, оперативного втручання або травми, за допомогою координовано проведених заходів державного медичного, психологічного, соціального, педагогічного, професійного, економічного та законодавчого характеру настільки, щоб вони могли уникнути інвалідності або мати найменший ступінь втрати працездатності, пристосуватися до нових умов життя та бути інтегрованими в суспільство з досягненням соціальної та економічної незалежності та дійсного рівноправ'я при порівнянні з практично здоровими людьми [23].

Працевлаштування інвалідів здійснюється державною службою зайнятості, органами Мінсоцзахисту, місцевими Радами народних депутатів, громадськими організаціями інвалідів з урахуванням побажань, стану здоров'я інвалідів, їхніх здібностей і професійних навичок відповідно до висновків МСЕК. Інформацію про наявність вільних робочих місць (вакантних посад) для працевлаштування інвалідів роботодавці подають центру зайнятості за місцем їх реєстрації як платників страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття за формою, затвердженою Мінпраці за погодженням з Держкомстатом [14].

З метою реалізації творчих і виробничих здібностей інвалідів та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах (об'єднаннях), в установах і організаціях із звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується праця інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом. Відмова в укладенні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативою адміністрації, переведення інваліда на іншу роботу без його згоди з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медико-соціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб, або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенням здоров'я інвалідів [23].

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ТА СТАН РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

3.1 Аналіз стану первинної інвалідності та її причин серед населення Сумської області за період 2015-2019 років.

Для нашої держави особливого значення ця проблема набуває у зв'язку з постійним зростанням частки інвалідів у загальній структурі населення – з 3,0% (1994 р.) до 6,7% (2018 р. [1]).

Чисельність інвалідів в Україні та Сумській області останні роки залишається відносно стабільною, з невеликою тенденцією до її зменшення, але відбувається їх якісна зміна. Серед первинно визнаних інвалідами зростає питома вага осіб працездатного віку [.

Таблиця 3.1. Показники первинного виходу на інвалідність дорослого населення Сумської області за 2015-2019 роки (на 10 тис. нас.)

2015		2016		2017		2018		2019	
Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна
36,8	43,7	38,2	43,0	37,6	43,0	38,4	44,2	35,5	43,7

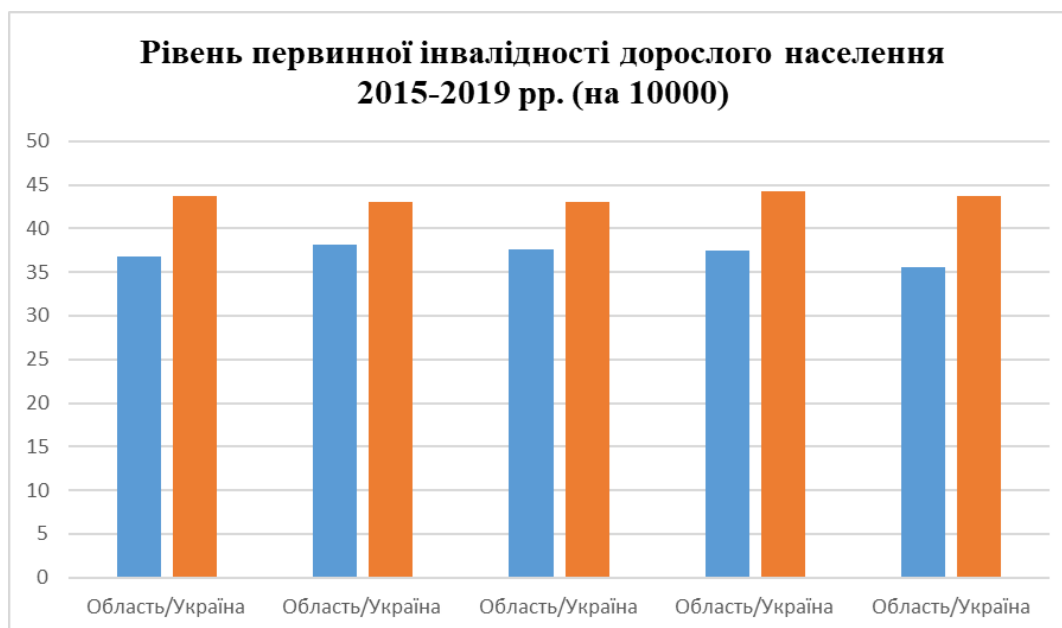


Рис. 3.1. Рівні первинного виходу на інвалідність дорослого населення у 2015-2019 рр.

В структурі інвалідності за класами хвороб перші три місця займають:

- *перше місце* – новоутворення – 10,2 випадки на 10 тис. нас. (2018р. – 10,3 випадки на 10 тис. нас.; по Україні за 2018 рік – 10,);
- *друге місце* – хвороби системи кровообігу – 6,8 випадки на 10 тис. нас. (2018р.- 7,7 випадки на 10 тис. нас.; по Україні за 2018 рік – 10,2);
- *третє місце* – хвороби кістково-м'язової системи – 4,8 випадки на 10 тис. нас. (2018р. – 5,0 випадки на 10 тис. нас.; по Україні за 2018 рік – 5,9).

Серед дорослого населення відмічається зменшення питомої ваги осіб з інвалідністю від загального захворювання – на 0,6% (2019 рік – 84,2%; 2018 рік – 84,7%), професійних захворювань – на 28,6% (2019 рік – 1,0%; 2018 рік – 1,4%), з числа колишніх військовослужбовців – на 2,2% (2019 рік – 4,5%; 2018 рік – 4,6%), постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС – на 4,8% (2019 рік – 2,0%; 2018 рік – 2,1%).

Зросла питома вага осіб з інвалідністю з дитинства – на 11,4% (2019 рік – 9,8%; 2018 рік – 8,8%) та від трудового каліцтва на 20% (2019 рік – 0,6%; 2018 рік – 0,5%).

Таблиця 3.2. Показники первинного виходу на інвалідність працездатного населення Сумської області за 2015-2019 роки (на 10 тис. нас.)

2015		2016		2017		2018		2019	
Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна
43,8	48,8	46,2	48,8	45,1	48,8	45,8	50,3	42,0	49,6

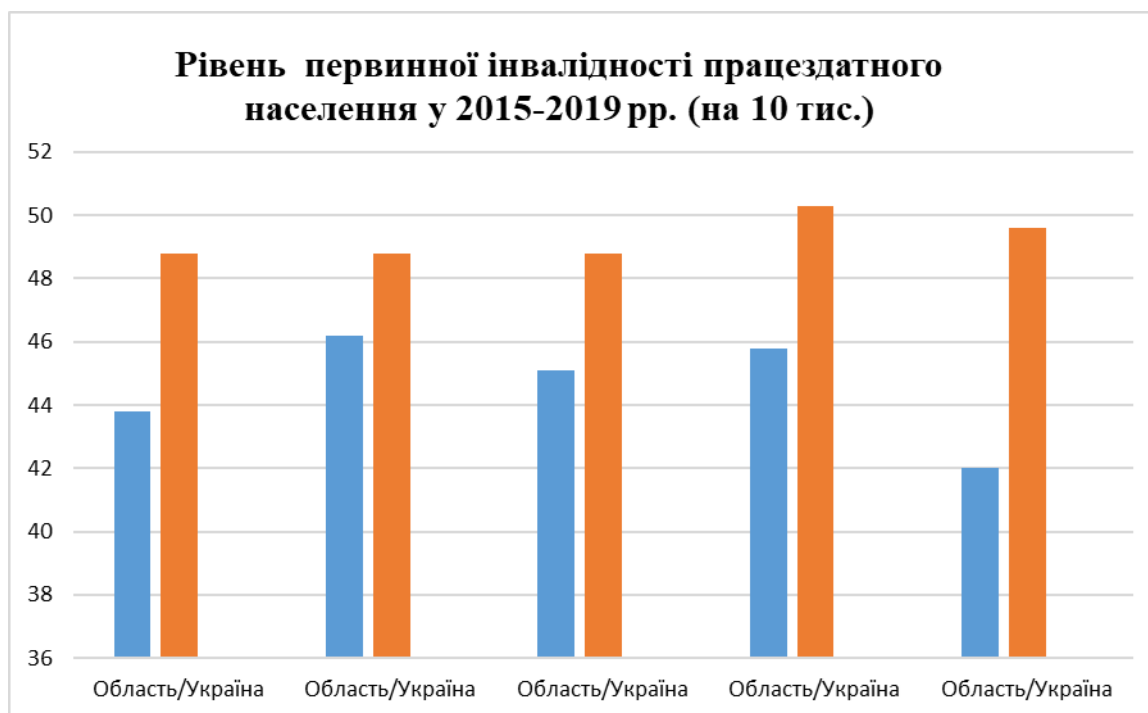


Рис. 3.2. Рівні первинного виходу на інвалідність працездатного населення у 2015-2019 рр.

В структурі первинної інвалідності населення працездатного віку за класами хвороб перші три місця займають:

- *перше місце* - новоутворення – 12,1 випадки на 10 тис. нас. (2018р. – 12,4; по Україні за 2018 рік – 10,4);
- *друге місце* - хвороби системи кровообігу – 6,4 випадки на 10 тис. нас. (2018р. – 7,1; по Україні за 2018 рік – 10,3);
- *третє місце* – хвороби кістково-м'язової системи – 6,3 випадки на 10 тис. (2018р. – 6,5; по Україні за 2018 рік – 7,1).

Таблиця 3.3. Питома вага осіб віком до 39 років, що первинно визнані особами з інвалідністю в Сумській області за 2015-2019 роки (у %)

2015		2016		2017		2018		2019	
Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна	Облас. показ.	Україна
26,8	28,2	24,7	28,1	24,0	26,8	22,1	25,1	23,0	23,8

У розрізі категорій інвалідності відмічається зменшення кількості визнаних особами з інвалідністю віком до 39 років на 5,4%. Відповідно нозологій, основна частка визнана інвалідами внаслідок новоутворень (19,6%), розладів психіки (13,5%), травм (13,0%), хвороб кістково-м'язової системи (9,9%) та ендокринної (7,6%).

В структурі інвалідності працездатного населення за категоріями домінує відсоток від загального захворювання – 82,8% (2018 рік – 83,6%).

На 28,6% зменшилась питома вага осіб з інвалідністю внаслідок професійних захворювань (2019 рік – 1,0%; 2018 рік – 1,4%) на 9,8% з числа колишніх військовослужбовців (2019 рік – 3,7%; 2018 рік – 4,1%), на 12,5% серед постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (2019 рік – 0,7%; 2018 рік – 0,8%).

Зросла частка осіб з інвалідністю з дитинства на 13,2% (2019 рік – 12,0%; 2018 рік – 10,6%) та внаслідок трудового каліцтва на 20% (2019 рік -0,6%; 2018 рік – 0,5%).

Продовжується активна співпраця обласного Центру медико-соціальної експертизи з Фондом соціального страхування, яка направлена на збільшення обсягу, якості відновного лікування та попередження професійних захворювань.

В 2019 році відмічається зменшення рівня первинного виходу на інвалідність внаслідок професійних захворювань серед дорослого населення на 36,4%, серед працездатного – на 31,8%. Протягом 2019 року вперше було визнано особами з інвалідністю внаслідок професійних захворювань 32 особи (2018р. – 51), з яких у працездатному віці 27 або 84,4% (2018р. – 40 осіб та 78,4%).

Основні причини первинної інвалідності працездатного населення:

I. Медико-біологічні фактори.

1. Вроджені захворювання та вади розвитку, які перешкоджають або обмежують участь в суспільно-корисній праці – 7,1% (2018 р. – 6,8%).
2. Тяжкі захворювання та пошкодження, які приводять до стійкої втрати працездатності – 59,6% (2018р. – 55,5%).
3. Розвиток важких функціональних порушень, які перешкоджають виконанню професійних обов'язків – 14,6% (2018р. – 18,2%).
4. Значна тривалість активної фази або часті рецидиви хронічного захворювання – 4,5% (2018р. – 5,7%).

II. Соціально-економічні фактори:

1. Несприятливі фактори виробничого середовища, що призводять до профзахворювань – 1,1% (2018р. – 1,4%).
 2. Відсутність можливостей працевлаштування – 0,1% (2018р. – 0,2%).
 3. Соціально-побутові фактори – 0,7% (9 міс. 2018р. – 0,5%).
- ІІІ. Фактори якості медичної та соціально-трудової реабілітації.
1. Пізнє виявлення захворювань внаслідок відсутності або неналежної якості профоглядів та недостатніх знань з ранньої діагностики та інше – 0,2% (2018р. – 0,2%).
 2. Недоліки консервативного або оперативного лікування в гострій стадії хвороби – 0,2% (2018р. – 0,1%).
 3. Недоліки відновного періоду лікування – 0,2% (2018р. – 0,1%).
 4. Недоліки віддаленого періоду лікування (недоліки «Д» спостереження) – 0,4% (2018р. – 0,7%).
 5. Анатомічні дефекти – 11,4% (2018р. – 10,6%).

3.2 Аналіз стану медико-соціальної реабілітації інвалідів в Сумській області за період 2015-2019 років

Робота Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи по реабілітації осіб з інвалідністю проводиться відповідно до законодавчих актів:

- Закони України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»; «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю»;
- Постанова КМУ від 08.12.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю» зі змінами та доповненнями;
- Постанова КМУ від 23.05.2007 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю»;
- Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форми індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та порядок їх складання»;
- Наказ МОЗ України від 07.02.2008 № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю»;
- Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами»;
- Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1317 «Положення про медико-соціальну експертизу» зі змінами та доповненнями;
- Постанова КМУ від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» зі змінами та доповненнями;
- Наказ МСП та МОЗ України від 30.09.2014 № 708/685 «Про затвердження переліку технічних та інших засобів реабілітації, їх класифікаційних шифрів та відповідних їм хвороб за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» зі змінами та доповненнями;
- Наказ МСП України від 11.04.2017 № 602 «Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних

можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції».

Правові засади надання медичної реабілітації інвалідів в Україні регулюються ст. 33 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Цією статтею визначено, що медична реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється в лікувально-профілактичних закладах, реабілітаційних установах відповідного типу. Конкретні обсяги, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів визначаються в ІПР інваліда. Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації інвалідів в Україні, складання на МСЕК ІПР інваліда є дуже важливою справою.

Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи (МСЕК) та з урахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності особи з інвалідністю. Види і обсяги необхідного соціального захисту особи з інвалідністю надаються у вигляді індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації і адаптації.

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів із визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей особи з інвалідністю. Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами, установами і організаціями.

ІПР розробляється протягом одного місяця з дня звернення особи з інвалідністю до МСЕК. ІПР складається за формою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я від 08.10.2007 р. № 623.

ІПР розробляється за участю особи з інвалідністю МСЕК із залученням у разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я та інших органів, які провадять діяльність у сфері реабілітації осіб з інвалідністю. ІПР готується у двох примірниках, які підписуються головою МСЕК або ЛКК та завіряються її печаткою. Перший примірник ІПР видається особі з інвалідністю чи законному представнику дитини з інвалідністю, а другий примірник залишається у МСЕК або ЛКК.

МСЕК під час чергового огляду особи з інвалідністю за зверненням реабілітаційної установи або у порядку нагляду за виконанням ІПР, але не рідше ніж один раз на два роки, переглядає реабілітаційні заходи, передбачені в ІПР.

Записи в ІПР здійснюють МСЕК, ЛКК, реабілітаційні комісії реабілітаційних установ, виконавці реабілітаційних заходів з урахуванням побажань особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю (її законного представника) та завіряються печаткою.

У відповідних розділах ІПР зокрема зазначаються:

- зміст, періодичність реабілітаційних заходів;
- строк, протягом якого повинен здійснюватися рекомендований реабілітаційний захід;

- медична реабілітація – заповнюється відповідно до потреби особи з інвалідністю (дитини з інвалідністю) в заходах медичної реабілітації, вказуються характер медичних заходів, їх кількість, обсяг, методи та строки виконання;

- психолого-педагогічна реабілітація – заповнюється МСЕК, ЛКК з визначенням обсягу, кількості та тривалості курсів, строків виконання послуг з консультування, діагностики, патронажу, психологічної та педагогічної корекції розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями з обов'язковим залученням до заповнення цього розділу фахівців органів освіти або їх уповноважених представників, відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій.

- фізична реабілітація – заповнюється МСЕК, ЛКК про характер заходів фізичної реабілітації, кількість курсів із залученням до формування цього розділу відповідних фахівців лікувально-профілактичних закладів та/або центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями;

- професійна реабілітація – експертиза професійної придатності осіб з інвалідністю у першу чергу проводиться для професій (спеціальностей), за якими вони працювали. Обов'язково необхідно вказувати відомості про придатність до відповідної професії: у повному обсязі, з обмеженням обсягу виконуваних робіт та визначенням тривалості робочого дня.

Таблиця 3.4. Реалізація індивідуальних програм реабілітації

Рік	Реалізовано ІПР всього		Реалізовано в повному обсязі		Реалізовано частково	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
2015	8521	99,7	5223	61,3	3298	38,7
2016	8101	100	5004	61,8	3097	38,2
2017	7590	100	4333	57,1	3257	42,9
2018	7627	100	4254	55,8	3373	44,2
2019	7568	100	4188	55,3	3380	44,7

Протягом 2016 – 2019 р.р. зменшується відсоток повністю реалізованих ІПР (з 61,8 до 55,3%).

Таблиця 3.5. Забезпечення санаторно-курортними путівками

Рік	Підлягало (осіб)	Забезпечено (осіб)	%
2015	3151	729	23,1
2016	3232	697	21,6
2017	3159	819	25,9
2018	3493	805	23,0
2019	3517	778	22,1

Відсоток забезпечення інвалідів санаторно-курортним лікування є вкрай недостатнім і знаходиться в межах 21,6-25,9 % від потреби.

Таблиця 3.6. Забезпечення технічними засобами реабілітації

Рік	Крісла-колісні			Засоби для ходи			Протезно-ортопедичні вироби			Протези кінцівок		
	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%
2015	241	175	72,6	1501	927	61,8	1570	836	53,2	76	45	59,2
2016	254	197	77,6	1650	753	45,6	1596	902	56,5	80	38	47,5
2017	197	148	75,1	1666	1026	61,6	1779	1167	65,6	80	52	65,0
2018	218	172	78,9	1538	933	60,7	2018	1254	62,1	130	42	32,3
2019	211	175	82,9	1461	1075	73,6	2004	1457	72,7	72	54	75,0

Забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації має тенденцію до зростання по всіх позиціях: крісла колісні з 72,6 % у 2015 р. до 82,9 % у 2019 р.; засоби для ходьби з 45,6 % у 2016 р. до 73,6 % у 2019 р.; протезно – ортопедичні вироби з 53,2 % у 2015 р. до 72,7 % у 2019 р.; протези кінцівок з 47,5 % у 2015 р. до 75 % у 2019 р., але не задовольняє існуючу необхідність у повному обсязі.

Таблиця 3.7. Професійно-трудова реабілітація інвалідів

Рік	навчання			працевлаштування		
	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%	підлягало (осіб)	забезпечено (осіб)	%
2015	253	198	78,3	944	208	22,0
2016	212	157	74,1	891	329	36,9
2017	236	165	69,9	998	242	24,2
2018	225	189	84,0	791	246	31,1
2019	210	148	70,4	991	337	34,0

Професійно-трудовою реабілітацією інваліди, що мали необхідність у навчанні забезпечені у межах від 69,9 % до 84 % від потреби, працевлаштуванням забезпечені у межах від 22 % у 2015 р. до 34 % у 2019 р., що суттєво обмежує їх економічну, соціальну та психологічну адаптацію в суспільстві.

Таблиця 3.8. Показники повної реабілітації інвалідів (у%)

	2015	2016	2017	2018	2019
ОЦ МСЕ	1,9	2,2	2,3	2,1	2,4



Рис. 3.3. Динаміка показника повної реабілітації інвалідів (2015-2019 рр.)

Показники повної реабілітації є вкрай низькими і досягають тільки 2,2% на кожних 100 переоглянутих осіб.

Таблиця 3.9. Показники часткової реабілітації інвалідів (у %)

	2015	2016	2017	2018	2019
ОЦ МСЕ	18,7	19,1	20,3	21,0	23,4



Рис. 3.4. Динаміка показника часткової реабілітації інвалідів за 2015-2019 рр.

Протягом періоду, що аналізується покращились показники часткової реабілітації інвалідів з 18,7% на кожних 100 переоглянутих осіб у 2015 р. до 23,4% у 2019 р.

Таблиця 3.10. Показники сумарної реабілітації інвалідів (у %)

	2015	2016	2017	2018	2019
ОЦ МСЕ	8,0	8,5	9,0	8,8	9,6

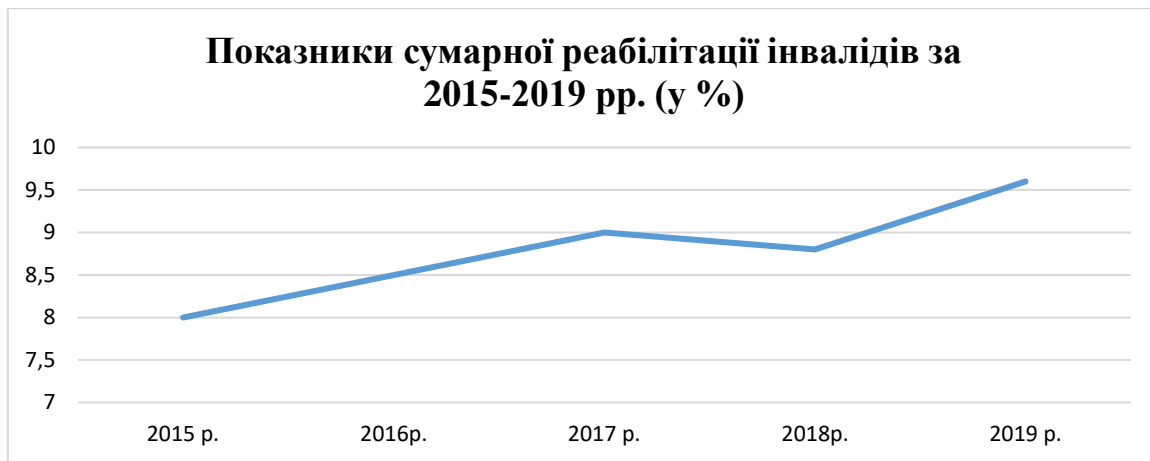


Рис. 3.5. Динаміка показника часткової реабілітації інвалідів за 2015-2019 рр.

Показники сумарної реабілітації зросли з 8 % у 2015 р. до 9,6% у 2019р., але є також на низькому рівні.

До реформування системи охорони здоров'я медичну реабілітацію особи з інвалідністю в Сумській області отримували в амбулаторних та стаціонарних умовах в лікувально-профілактичних закладах за місцем мешкання. В області діяв наказ управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 23.03.2009 № 188 «Про порядок роботи реабілітаційних комісій лікувально-профілактичних закладів області», згідно якого в лікувально-профілактичних закладах області були виділені ліжка для проведення відновного лікування осіб з інвалідністю та створені реабілітаційні комісії. В склад комісій входили лікарі різних спеціальностей. Комісії працювали за графіком. Завданням комісій було складання плану реабілітації, контроль за виконанням заходів відповідно до індивідуальної програми реабілітації, направлення пацієнтів на медико-соціальну експертну комісію для корегування програми реабілітації, оперативна корекція медичної складової реабілітації, відбір хворих для планового відновного лікування, облік ефективності лікування в динаміці, аналіз результатів реабілітаційних заходів, розробка напрямків удосконалення служби реабілітації в своєму закладі, інформування Центру медико-соціальної експертизи про проведену роботу.

З початком медичної реформи відбулося розмежування надання первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, а також пацієнти отримали право вибирати, в якому закладі охорони здоров'я вони будуть отримувати таку допомогу. Але порушено послідовність надання реабілітаційної допомоги, а відповідно до нових умов функціонування медичних закладів система реабілітації знаходиться лише на етапі розробки.

3.3 Наукове обґрунтування та розробка заходів з оптимізації управління системою медико-соціальної реабілітації інвалідів

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. У жовтні 2017 року Верховна Рада дала старт медичній реформі, прийнявши Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»,

який вводиться в дію поетапно з 1 січня 2018 року. На першому етапі було запроваджено реалізацію програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги».

Для забезпечення прав пацієнтів та осіб з обмеженими фізичними можливостями в умовах реформування системи охорони здоров'я було видано наказ управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 17.04.2019 № 286-ОД «Про організацію роботи з питань реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області». Наказом визначені відповідальні особи з організації та контролю за виконання заходів, визначених в індивідуальних програмах реабілітації осіб з інвалідністю в центрах первинної медико-санітарної допомоги, забезпечено функціонування ліжок для відновного лікування в межах лікарняного ліжкового фонду закладу охорони здоров'я з надання вторинної медичної допомоги, регламентовано надання звітності про результати проведення реабілітаційних заходів.

Динамічне спостереження за станом здоров'я осіб з інвалідністю, складання плану реабілітації, контроль за виконанням реабілітаційних заходів, визначених в індивідуальній програмі реабілітації, покладено на сімейних лікарів. Лікарсько-консультативні комісії в закладах первинного рівня надання медичної допомоги контролюють роботу сімейних лікарів, вносять зміни до плану реабілітаційних заходів та направляють осіб з інвалідністю на медико-соціальні експертні комісії для корекції індивідуальної програми реабілітації.

На практиці в центрах первинної медико-санітарної допомоги лікування хворих відбувається при їх активному зверненні, динамічне спостереження майже відсутнє, комісії з відновного лікування створені не у всіх лікувальних закладах; в закладах вторинного рівня надання медичної допомоги кількість ліжок для відновного лікування постійно зменшується.

На виконання Законів України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», відповідно до пункту 21 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317, Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та Порядку їх складання», в умовах реформування первинної ланки в рамках реалізації наказу Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», з огляду на відсутність нормативно-правової бази реформування вторинної (спеціалізованої) ланки, для забезпечення прав пацієнтів та осіб з обмеженими фізичними можливостями було видано наказ управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 17.04.2019 № 286-ОД «Про організацію роботи з питань реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області».

Наказом визначено:

- тимчасовий порядок організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області (додаток 1);
- облікову та інформаційно-аналітичну документацію з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю (додаток 2);
- визначено коло відповідальних осіб з організації та контролю за виконанням заходів визначених в індивідуальних програмах реабілітації осіб з інвалідністю;
- необхідність забезпечення керівниками закладів охорони здоров'я області з надання вторинної і третинної медичної допомоги функціонування ліжок для відновного лікування відповідного профілю в межах загального лікарняного ліжкового фонду;
- забезпечено надання інформації до Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи про стан динамічного спостереження та оздоровлення осіб з інвалідністю, інформацію по забезпеченню осіб з інвалідністю виробами медичного призначення та засобами протезування, щоквартально до 25 числа останнього місяця.

Для оздоровлення осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області виділено 508 ліжок, виконуючих роль реабілітаційних (2018 рік – 606), на яких протягом року проліковано 16 605 осіб (2018 рік – 19 124) згідно з рекомендаціями медико-соціальних експертних комісій.

Таблиця 3.11. Ліжковий фонд області для відновного лікування осіб з інвалідністю

Рік	Кількість ліжок	Проліковано осіб
2015	642	20 688
2016	624	19 483
2017	612	19 171
2018	606	19 124
2019	508	605

На 01.10.2020 працює лише 398 ліжок в закладах охорони здоров'я області. Медичне забезпечення осіб з інвалідністю здійснюється на підставі індивідуальної програми реабілітації, яка складається усім потребуючим.

Протягом 2019 року складено особам з інвалідністю 10 927 програм реабілітації (2018 рік – 11 779). Охоплено програмами 99,8% осіб з інвалідністю (2018 рік – 99,9%; по Україні за 2018 рік – 97,7%), у тому числі вперше визнаних інвалідами – 100% (2018 рік – 100%; по Україні за 2018 рік – 99,9%).

Показник загального охоплення індивідуальними програмами реабілітації по обласному центру МСЕ склав 100%.

Реалізація програм по медичній реабілітації проведена в повній мірі на 55,3% (2018 рік – 55,8%; по Україні за 2018 рік – 44,0%), часткова – на 44,7% (2018 рік – 44,2%; по Україні за 2018 рік – 56,0%).

З метою раціонального працевлаштування осіб з інвалідністю, лікарями-реабітологами медико-соціальних експертних комісій перевірено 98 установ та організацій (2018 рік – 98), на яких працює 2 534 чоловіки (2018 рік – 2 754), усі на момент перевірки працевлаштовані раціонально.

Видано рекомендації на працевлаштування 1 923 осіб з інвалідністю (2018 рік – 1 899), на професійне навчання – 414 особам (2018 рік – 399). Підлягали працевлаштуванню 991 особа (2018 рік – 791), з них працевлаштовано 337 або 34,0% (2018 рік – 31,0% або 246 чоловік).

Особлива увага приділяється особам з інвалідністю третьої групи, які складають 59,0% від усіх інвалідів працездатного віку.

Станом на 01.01.2020 року в закладах охорони здоров'я області функціонує 25 лікарсько-консультативних та 11 реабілітаційних комісій (2018 рік – 33), якими протягом 2019 року оглянуто 28 560 хворих та осіб з інвалідністю (2018 рік – 35115). Фахівцями медико-соціальних експертних комісій та реабілітаційних комісій закладів охорони здоров'я області проведено 180 сумісних засідань (2018 рік – 214), під час яких оглянуто 1717 осіб (2018 рік – 2048).

Таблиця 3.12. Робота реабілітаційних комісій (комісій з відновного лікування)

Рік	Кількість комісій в області	Кількість засідань комісії	Оглянуто осіб з інвалідністю
2015	34	3 703	33 954
2016	34	3 439	32 593
2017	34	3 335	32 461
2018	33	4 077	35 115
2019	11 РК + 25 ЛКК в ЦПМСД	3 157	28 560

Як витікає з таблиці 3.12. у 2019 році знизилась кількість осіб, оглянутих реабілітаційними комісіями, ЛКК та комісіями відновного лікування та знизилась кількість їх засідань у ЛПЗ області.

Пропозиції

В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні повинні бути розроблені нові принципи реабілітації. 03.12.2020 на засіданні Верховної Ради України прийнято у другому читанні Проект Закону України від 16.06.2020 № 3668 «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності» (далі – Закон). Законом регулюється реабілітація у сфері охорони здоров'я осіб, у яких захворювання, травми, вродженні порушення або інші стани здоров'я можуть призвести (призвели) до стійкого обмеження життєдіяльності.

Відповідно до Закону основними завданнями державної політики щодо реабілітації осіб з обмеженнями життєдіяльності є:

1) забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації та виробів медичного призначення;

- 2) регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями життєдіяльності, потреби у технічних та інших засобах реабілітації та виробах медичного призначення;
- 3) впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги;
- 4) створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації.

Законом передбачено створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд – фахівців з реабілітації (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів), які надають реабілітаційну допомогу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, після гострому та довготривалому реабілітаційних періодах. Таку команду очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди та виконання індивідуального реабілітаційного плану. Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження життєдіяльності особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу. Лікарі інших спеціальностей долучаються до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди в консультативному режимі відповідно у разі потреби. До складу команди також входить соціальний працівник.

Основними завданнями мультидисциплінарної реабілітаційної команди передбачено:

- 1) забезпечення доступності реабілітаційних послуг;
- 2) визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;
- 3) забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційних послуг;
- 4) забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;
- 5) внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану.

Також Закон регламентує організацію реабілітаційних центрів, лікарень (різних форм власності), відділень, амбулаторних установ, закладів комплексної реабілітації. Виділено етапи реабілітації: гострий, підгострий та довготривалий.

Передбачено, що реабілітаційна допомога надається на всіх (первинному, вторинному та третинному) рівнях медичної допомоги.

На перехідному етапі, до створення в Україні мультидисциплінарних реабілітаційних команд та реабілітаційних закладів, для забезпечення прав осіб з обмеженнями життєдіяльності необхідно організувати та скоординувати

роботу по проведенню відновного лікування в закладах охорони здоров'я, які працюють зараз.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» такі центри надають не лише первинну медичну допомогу, але й проводять профілактичні заходи, санітарно-просвітницьку роботу, аналізують стан здоров'я населення, здійснюють відбір хворих для отримання санаторно-курортного лікування, забезпечують наступність та послідовність медичного обстеження та лікування у взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я відповідно до медичного маршруту пацієнта, направляють хворих для отримання інших видів медичної допомоги.

Пропозиції щодо створення комісії з відновного лікування осіб з інвалідністю в закладі охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги:

1. Комісія з відновного лікування осіб з інвалідністю створюється за наказом директора закладу охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги (Центру первинної медико-санітарної допомоги) і працює за встановленим графіком.
2. До складу комісії входять лікарі загальної практики сімейної медицини (лікарі-терапевти, лікарі-педіатри), завідувач амбулаторії, голова лікарсько-консультативної комісії Центру первинної медико-санітарної допомоги.
3. Головою комісії призначається голова лікарсько-консультативної комісії Центру первинної медико-санітарної допомоги.
4. Координує роботу комісії заступник директора Центру первинної медико-санітарної допомоги з експертизи непрацездатності.
5. Комісія з відновного лікування осіб з інвалідністю має бути консультативним, контролюючим та організаційно-методичним органом закладу охорони здоров'я із зазначеного питання.

Функції комісії відновного лікування:

1. Контроль за повнотою та термінами виконання всіх заходів, визначених в індивідуальній програмі реабілітації особи з інвалідністю.
2. Забезпечення послідовності та безперервності реалізації індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю.
3. Динамічне спостереження за станом здоров'я особи з інвалідністю та ефективністю відновного лікування.
4. Планування оздоровлення (лікування) осіб з інвалідністю протягом року.
5. Аналіз результатів проведених реабілітаційних заходів.
6. Складання плану реабілітаційних заходів особи з інвалідністю на підставі результатів необхідних досліджень згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я та висновків фахівців відповідного профілю.

7. Визначення необхідності корекції реабілітаційних заходів.
8. Своєчасне направлення осіб з інвалідністю для обстеження, консультування, лікування в заклади вторинного (третинного) рівня надання медичної допомоги.
9. Взаємодія з лікарсько-консультативними комісіями закладів охорони здоров'я вторинного (третинного) рівня надання медичної допомоги, медико-соціальними експертними комісіями, соціальними службами.

На всіх етапах проведення основними принципами реабілітації повинні бути: своєчасність, доступність, безперервність, послідовність, повнота, функціональна спрямованість, компетентність.

Відновлення порушених функцій, пристосування до оточуючого середовища, участь в соціальному житті особи з інвалідністю неможливо в умовах відсутності скоординованих дій між сімейними лікарями та фахівцями вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Виходячи з цього необхідне створення у центрах ПМСД та лікувально-профілактичних закладах вторинного та третинного рівня комісій відновного лікування в склад яких входили б фахівці різних спеціальностей для всебічної оцінки стану особи з інвалідністю, повноцінного надання рекомендацій з подальшої реабілітації, скоординованих дій між первинною та вторинною (третинною) ланками надання допомоги та лікарями-експертами МСЕК, моніторинг ефективності проведених заходів. Така взаємодія дозволяє більш ефективно використовувати ресурси всіх задіяних в реабілітаційному процесі структур.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням виявлено недосконалість існуючої системи медико-соціальної реабілітації в Україні та Сумській області її обмежений вплив на покращення показників повної, часткової та сумарної реабілітації інвалідів. На основі аналізу стану медико-соціальної реабілітації в області представлено теоретичне узагальнення і нове розв'язання проблеми шляхом оптимізації управління системою якості реабілітації інвалідів в нових соціальних умовах та в період перебудови системи ОЗ в Україні.

1. За даними міжнародних і вітчизняних науково-інформаційних джерел встановлено актуальність, недостатню наукову розробку проблеми організації дієвої системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, відсутність в країні єдиних підходів до її організації.

2. Встановлено, що показники первинної інвалідності населення Сумської області протягом 2005-2019 років залишаються стабільними та є нижчими державних показників (показати цифри).

3. З'ясовано недосконалість нормативно-правового регулювання організації системи медико-соціальної реабілітації інвалідів в сучасних умовах реформування галузі, її ролі та механізмів впливу на існуючу проблему реабілітації хворих та інвалідів, що підтверджено аналізом показників повної, часткової та сумарної реабілітації інвалідів.

4. Виявлено, що сучасний стан роботи комісій відновного лікування є недостатнім, у 2019 році суттєво знизилась кількість засідань реабілітаційних комісій, засідань ЛКК у ЛПЗ, засідань комісій відновного лікування (2018 рік -- 4 077 засідань, 2019 рік -- 3 157 засідань ; зменшилось число оглянутих на них осіб з інвалідністю з 35 115 осіб у 2018 році до 28560 осіб у 2019 році.

5. Розроблено та імплементовано в роботу лікувально-профілактичних закладів області «Тимчасовий Порядок організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області», облікову та інформаційно-аналітичну документацію з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю.

6. Визначено коло відповідальних осіб з організації та контролю за виконанням заходів визначених в індивідуальних програмах реабілітації осіб з інвалідністю та забезпечено надання інформації до Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи про стан динамічного спостереження та оздоровлення осіб з інвалідністю, інформацію по забезпеченню осіб з інвалідністю виробами медичного призначення та засобами протезування.

7. Для оздоровлення осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області виділено 508 ліжок, виконуючих роль реабілітаційних, на яких протягом року проліковано 16 605 осіб згідно з рекомендаціями медико-соціальних експертних комісій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз сучасного стану реабілітації інвалідів в Україні / Хобзей М.К., Іпатов А.В., Коробкін Ю.І. , 2010. – Медичні перспективи 10/Том XV/4, ст. 131-136
2. Антропов В. В. Социальная защита в странах Европейского Союза. История, организация, финансирование, проблемы / В.В. Антропов. – М.: ЗАО «Изд-во «Экономика», 2006. – 271 с.
3. Богданов С. М. Соціальний захист інвалідів. Український та польський досвід / С. Богданов, наук. ред. О. М. Палій. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2002. – 93 с.
4. Бронников В.А. Модель взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и службы реабилитации на региональном уровне / В.А. Бронников, Ю.А. Мавликаева, Т.А. Аникеева // Медикосоциальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. /под. ред.. В.Б. Смычка. – Минск: НИИ МЭ и Р, 2009. – Вып. 11. – С. 13-17.
5. Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав інвалідів у сфері праці : практич. посіб. / уклад. О. В. Бабак, І. В. Гладка, Н. М. Малиновська, В. Й. Скаковська ; за заг. ред. В. М. Дьяченка, М. Л. Авраменка. – К. : «Ун-т Україна», Всеукр. центр професійної реабілітації інвалідів, 2007. – 156 с.
6. Всемирный доклад по инвалидности. Всемирная организация здравоохранения, 2011 / Режим доступа: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ru
7. Всесвітня програма дій відносно інвалідів, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 3 грудня 1982 р. Резолюція 37/52 / Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_427#Text
8. Доклад генерального секретаря ООН. Выполнение обещаний: осуществление целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, для инвалидов в период до 2015 года и в последующий период, 2010 / Режим доступа: <https://www.un.org/ru/millenniumgoals/reports.shtml>
9. Європейська конвенція з прав людини: основні положення, практика застосування, український контекст (Бруно Неделек. «Стаття 14 Європейської конвенції про захист прав людини та основоположних свобод») / за ред. О.Л. Жуковської. – К.: ЗАТ «ВІПОЛ», 2004. – 960 с
10. Іпатов А. В. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности : монография / А.В. Ипатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков. – Д.: Гамалия, 2004. – 304 с.
11. Іпатов А.В. Науково-обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи /А.В. Іпатов, О.В. Сергієні; за заг. ред. А.В.Іпатова. - Д.: Пороги, 2006. – 293 с.
12. Загальна декларація прав людини. Генеральна Асамблея ООН, 10 грудня 1948 р. (Док. ООН/ PES/217 А) / Режим доступу:

<http://kr-admin.gov.ua/mol/molod/2.pdf>

13. Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [Електронний ресурс] // Сайт Верховної Ради України. /Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2961-15>

14. Закон України Закон від 21.03.1991 № 875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електронний ресурс] // Сайт Верховної Ради України. / Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=875-12>

15. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» Назва Закону із змінами, внесеними згідно із Законом № 2249-VIII від 19.12.2017/ Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

16. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина и др.; под ред Т. В. Зозули. – М. :Академия, 2005. – 302, [1] с.

17. Конвенція про права інвалідів. Резолюція Генеральної асамблеї ООН № 61/106, прийнята на шістдесят першій сесії ГА ООН 2006 р. (Конвенцію ратифіковано законом України № 1767-VI від 16.12.2009) / Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text

18. Конвенція ООН про права дитини. Схвалена на 44-й сесії Генеральної Асамблеї ООН. Резолюція 44/25 від 20 листопада 1989 р., ООН A/RES/44/25 (Ратифікована Постановою ВР N 789-12 від 27.02.91) /Режим доступу: [/https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text)

19. Конституція України [Електронний ресурс] // Сайт Верховної Ради України. / Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=254%EA%2F96-%E2%F0>

20. Кравченко М. В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів в Україні /Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10kmvziu.pdf>

21. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права. Прийнято 16 грудня 1966 р. Генеральною Асамблеєю ООН. Док. ООН A/RES/2200 A (XXI). (Ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР N 2148 VIII (2148!08) від 19.10.73) / Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043#Text

22. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форми індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та порядок їх складання» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07#Text>

23. Наказ МОЗ України від 07.02.2008 № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0057282-08#Text>

24. Наказ МСП та МОЗ України від 30.09.2014 № 708/685 «Про затвердження переліку технічних та інших засобів реабілітації, їх класифікаційних шифрів та відповідних їм хвороб за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» зі змінами та доповненнями / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1291-14#Text>

25. Наказ МСП України від 11.04.2017 № 602 «Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0570-17#Text>
26. Національна доповідь про людський розвиток «Україна: шлях до соціального залучення». – ПРООН в Україні, 2011 / Режим доступу: https://issuu.com/undpukraine/docs/ua_2011_ukr
27. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов / С.Н. Пузин [и др.]. – М., 2003. – 320 с.
28. План дій Ради Європи щодо сприяння правам і повній участі людей з обмеженими можливостями в суспільстві: покращення якості життя людей з обмеженими можливостями в Європі в 2006-2015 роках. Резолюція Ради Європи Rec (2006) Режим доступу: [/https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b25#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b25#Text)
29. План заходів щодо створення безперешкодного життєвого середовища для осіб з обмеженими фізичними можливостями та інших маломобільних груп населення на 2009–2015 роки «Безбар’єрна Україна», затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 29.07.09 № 784.
30. Постанова Кабінету Міністрів України № 1652 від 29.11.06 « Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення, переліку таких засобів» (із змінами: № 1015 1015-32.
31. Постанова КМУ від 23.05.2007 № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації осіб з інвалідністю» / <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text>
32. Постанова КМУ від 08.12.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю» зі змінами та доповненнями / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF#Text>
33. Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF#Text>
34. Постанова КМУ від 03.12.2009 № 1317 «Положення про медико-соціальну експертизу» зі змінами та доповненнями / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text>
35. Постанова КМУ від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» зі змінами та доповненнями / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>
36. Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь / Мінпраці України, Держ. установа “Наук.-дослід. ін-т соц.-труд. відносин”. – К., 2008. – 200 с
37. Резолюція Генеральної Ассамблеї А/RES/37/52 от 3 декабря 1982 г.

- / Режим доступу: <https://www.un.org/ru/ga/37/docs/37res.shtml>
38. Резолюція Генеральної Асамблеї А/RES/3447(XXX) от 9 декабря 1975 г. / Режим доступу: <https://www.un.org/ru/ga/30/docs/30res.shtml>
39. Резолюція Генеральної Асамблеї А/RES/31/123 от 16 декабря 1976 г. / Режим доступу: <https://www.un.org/ru/ga/31/docs/31res.shtml>
40. Резолюція Генеральної Асамблеї А/RES/48/96 от 20 декабря 1993 г. / Режим доступу: <https://www.un.org/ru/ga/48/docs/48res.shtml>
41. Резолюція Генеральної Асамблеї А/RES/46/119 от 17 декабря 1991 г. / Режим доступу: <https://www.un.org/ru/ga/46/docs/46res.shtml>
42. Соціальний захист населення України : навч. посіб. / авт. кол. : І. Ф. Гнибіденко, М. В. Кравченко, О. М. Коваль, О. Ф. Новікова та ін. ; за заг. ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. – К. : Вид-во НАДУ; Вид-во “Фенікс”, 2010. – 212 с.
43. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96 / Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306#Text
44. Талан М. Здобутки та перспективи в сфері реабілітації та зайнятості інвалідів. // Соціальний захист. – 2006.– №6. – С.32–34.
45. Указ Президента України від 18.12.07 № 1228/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов для життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1228/2007#Text>
46. Указ Президента України від 02.03.09 № 113/2009 «Про першочергові заходи щодо поліпшення становища осіб з вадами зору» / Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/113/2009#Text>
47. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я. – К.: Соцінформ. – 2003. – 200 с.
48. Achieving full participation through Universal Design, Council of Europe Publishing Edition, 2009/ – P 105.
49. G. Quinn and T. Degener. «Human Rights and Disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability», HR/PUB/02/1, United Nations, New York and Geneva, 2002. – P. 297
50. Heather Boushey, Shawn Fremstad, Rachel Gragg, Margy Waller . Social Inclusion for the United States. – 2007 / Режим доступу: <https://www.files.ethz.ch/isn/57222/socialinclusionusa.pdf>
51. M. Oliver: Understanding Disability. From Theory to Practice. – London: Macmillan, 1996 / Режим доступу: <https://scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2372&context=jssw>
52. Rights, not charity. National Commission Persons with Disability (KNPD), 2007 / Режим доступу: http://www.knpd.org/pubs/pdf/dritijietmhuxkarita_e.pdf
53. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. World Health Organization Geneva, 2002 / Режим доступу: <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>



ДОДАТОК А

**УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

Н А К А З

17.04.2019

м. Суми

№ 286-ОД

**Про організацію роботи з питань
реабілітації осіб з інвалідністю в
закладах охорони здоров'я області**

На виконання Законів України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», відповідно до пункту 21 Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317, Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.10.2007 № 623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю та Порядку їх складання», в умовах реформування первинної ланки в рамках реалізації наказу Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», з огляду на відсутність нормативно-правової бази реформування вторинної (спеціалізованої) ланки, для забезпечення прав пацієнтів та осіб з обмеженими фізичними можливостями

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

- 1) Тимчасовий Порядок організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області (додається);
- 2) облікову та інформаційно-аналітичну документацію з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю (додається).

2. Виконуючому обов'язки начальника відділу охорони здоров'я Сумської міської ради, керівникам закладів охорони здоров'я області незалежно від форм власності та організаційно-правової форми діяльності:

1) забезпечити виконання Тимчасового Порядку організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області (далі – Порядок);

2) визначити відповідальних осіб з організації та контролю за виконанням заходів визначених в індивідуальних програмах реабілітації осіб з інвалідністю, про що інформувати головного лікаря-експерта Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи та заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності Сумської обласної клінічної лікарні в термін до 01.05.2019;

3) ввести в дію облікову та інформаційно-аналітичну документацію з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю з другого кварталу 2019 року.

3. Керівникам закладів охорони здоров'я області з надання первинної медичної допомоги забезпечити надання інформації до Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи про стан динамічного спостереження та оздоровлення осіб з інвалідністю, інформацію по забезпеченню осіб з інвалідністю виробами медичного призначення та засобами протезування, щоквартально до 25 числа останнього місяця.

4. Керівникам закладів охорони здоров'я області з надання вторинної медичної допомоги забезпечити:

1) функціонування ліжок для відновного лікування відповідного профілю в межах загального лікарняного ліжкового фонду;

2) надання інформації до Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи про використання ліжок для відновного лікування, щоквартально до 25 числа останнього місяця.

5. Заступнику головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності Сумської обласної клінічної лікарні Мальованій Н.О. в межах компетенції здійснювати постійний контроль за якісним виконанням планів реабілітаційних заходів осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області.

6. Визнати таким, що втратив чинність наказ управління охорони здоров'я від 23.03.2009 № 188 «Про порядок роботи реабілітаційних комісій лікувально-профілактичних закладів області».

7. Контроль за виконанням Порядку покласти на головного лікаря-експерта Сумського обласного Центру медико-соціальної експертизи П'янтківську В.М., заступника головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності Сумської обласної клінічної лікарні Мальовану Н.О., головних терапевта, хірурга, гінеколога області Хомету Г.А., Кобилецького С.М., Краснокутську В.В. за розподілом обов'язків.

8. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника начальника управління охорони здоров'я Лисенко Н.А.

Начальник

С.БУТЕНКО

ДОДАТОК Б

Валентина П'янтківська

Наталія Мальована

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ управління охорони
здоров'я Сумської обласної
державної адміністрації
від 17.04.2019 № 286-ОД

Тимчасовий Порядок організації та здійснення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я області (далі – Порядок)

1. Загальні положення.

Цей порядок створено з метою розмежування функцій між закладами первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги незалежно від форм власності та організаційно-правової форми діяльності з питань реабілітації осіб з інвалідністю.

В основу Порядку покладено нормативно-правові документи щодо надання медичної допомоги та проведення реабілітації осіб з інвалідністю в закладах охорони здоров'я згідно з чинним законодавством, в тому числі Законів України від 06.10.2005 № 2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (далі – Закон про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні), від 21.03.1991 № 875-XII «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в редакції Закону № 3611-VI від 07.07.2011, постанову Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» (далі – постанова КМУ № 1317), Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 № 757, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (далі – наказ № 504) та інші.

2. Функції сімейного лікаря.

2.1. Динамічне спостереження за станом здоров'я особи з інвалідністю відповідно до рекомендацій, визначених в індивідуальній програмі реабілітації (далі – ППР) та ефективністю лікування.

2.2. Виконання реабілітаційних заходів відповідно до ППР.

2.3. Особистий контроль за виконанням реабілітаційних заходів особою з інвалідністю згідно з визначеними термінами в ППР.

2.4. Оформлення направлень на медико-соціальну експертну комісію (форми 088/о) за рішенням лікарсько-консультативної комісії (далі – ЛКК) закладу вторинного рівня.

2.5. Складання плану реабілітаційних заходів хворого (особи з інвалідністю) при направленні на МСЕК на підставі результатів необхідних досліджень

згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я та висновків фахівців відповідного профілю.

2.6. Направлення осіб з інвалідністю з метою контролю виконання ІПР або її корекції на лікарсько-консультативну комісію закладу охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги.

2.7. Аналіз результатів реабілітаційних заходів.

2.8. Ведення облікової та інформаційно-аналітичної документації.

2.9. Взаємодія з ЛКК первинного та вторинного (третинного) рівнів надання медичної допомоги, медико-соціальними експертними комісіями, соціальними службами.

3. Функції ЛКК первинного рівня надання медичної допомоги.

3.1. Затвердження направлення на МСЕК (форма 088/о) та плану реабілітаційних заходів.

3.2. Направлення на ЛКК вторинного рівня у разі встановлення ознак стійкого порушення функції органу чи системи та її необоротного характеру, а також при погіршенні стану здоров'я осіб з інвалідністю відповідно до наказу управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 01.04.2019 № 234-ОД.

3.3. Здійснення планового контролю за виконанням реабілітаційних заходів, визначених в ІПР (не рідше одного разу на рік).

3.4. Внесення змін до плану реабілітаційних заходів та направлення на МСЕК для корекції ІПР.

3.5. Узагальнення інформації щодо оздоровлення, динамічного спостереження осіб з інвалідністю, забезпечення їх виробами медичного призначення та засобами протезування.

4. Функції ЛКК вторинного, третинного рівнів надання медичної допомоги.

4.1. Визначення підстав для первинного направлення хворих на МСЕК та у разі погіршення стану здоров'я.

4.2. Контроль та аналіз випадків необґрунтовано направлених хворих на МСЕК.

4.3. Аналіз стану використання ліжок для відновного лікування осіб з інвалідністю.

ДОДАТОК В

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ управління охорони
здоров'я Сумської обласної
державної адміністрації
від 17.04.2019 № 286-ОД

Облікова та інформаційно-аналітична документація з питань спостереження та реабілітації осіб з інвалідністю

1. План реабілітаційних заходів хворого (особи з інвалідністю).
2. Журнал обліку осіб з інвалідністю.
3. Протокол засідання лікарсько-консультативної комісії з питань реабілітації осіб з інвалідністю.
4. Інформація про стан динамічного спостереження за особами з інвалідністю.
5. Інформація про стан оздоровлення осіб з інвалідністю.
6. Інформація про використання ліжок для відновного лікування осіб з інвалідністю.
7. Інформація про забезпечення осіб з інвалідністю засобами протезування та виробами медичного призначення.