

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Студента Хилюк Анна Вікторівна

академічної групи 281м-22-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Реабілітація як складова сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я: управлінський аспект»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.	84	добре	
розділів:				

Рецензент:				
-------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
------------------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Реабілітація як складова сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я: управлінський аспект».

75 стор., 3 табл., 2 рис., 51 джерело.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ, ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, РЕАБІЛІТАЦІЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

Об'єкт дослідження – державна політика України у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – управлінські аспекти розвитку реабілітації як складова сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження – є аналіз проблем та розробка пропозицій щодо вдосконалення публічного управління розвитком системи реабілітації як складова сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я.

У першому розділі досліджуються теоретичні основи державного регулювання розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні. Другий розділ присвячено дослідженню сучасного стану та перспектив розвитку державної системи надання реабілітації. Проблема досліджується у глобальному та національному контексті.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, органи управління охорони здоров'я, управління установами й закладами сфери медицини та реабілітації.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Rehabilitation as a component of the modern state policy of Ukraine in the field of health care: management aspect».

75 pages, 3 tables, 1 figura, 51 source.

PUBLIC MANAGEMENT AND ADMINISTRATION, STATE REGULATION, STATE POLICY, REHABILITATION, HEALTH CARE, PUBLIC ADMINISTRATIVE ACTIVITY

Object of research – the study is the state policy of Ukraine in the field of health care.

Subject of research – the study is management aspects of the development of rehabilitation as a component of the modern state policy of Ukraine in the field of health care.

The purpose of research – the research is to analyze problems and develop proposals for improving public management of the development of the rehabilitation system as a component of modern state policy of Ukraine in the field of health care.

The first chapter examines the theoretical foundations of state regulation of the development of the rehabilitation care system in Ukraine. The second chapter is devoted to the study of the current state and prospects for the development of the state system of providing rehabilitation. The problem is explored in a global and national context.

Scope of practical application – state authorities, local self-government bodies, health care management bodies, management of medical and rehabilitation institutions and establishments.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	7
1.1. Публічне управління формуванням системи надання реабілітаційної допомоги в Україні	7
1.2. Форми і методи реабілітації: історичні аспекти становлення	19
1.3. Розвиток реабілітації як пріоритет соціальної політики держави в умовах війни та післявоєнного періоду	32
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ: ГЛОБАЛЬНИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ	45
2.1. Досвід зарубіжних країн щодо розвитку системи реабілітації особам, які постраждали внаслідок бойових дій	45
2.2. Аналіз організаційно-правового забезпечення розвитку системи реабілітації в Україні в умовах євроінтеграційного курсу	50
2.3. Адаптаційне впровадження практик зарубіжних країн в сучасну модель реабілітаційної допомоги в Україні: управлінські аспекти	61
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Державне управління системою медичної реабілітації є складником державної політики у сфері охорони здоров'я. Розвиток сучасної медицини дає змогу більшому відсотку осіб із тимчасовою частковою непрацездатністю цілком відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції в повному обсязі. Тобто держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян (особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків.

Економічними вигодами для держави щодо реабілітації людей похилого віку та пенсіонерів є те, що покращиться рівень якості їхнього життя й вони менше потребуватимуть стороннього догляду за собою, що знизить витрати держави (родини, власне особи) на забезпечення побуту зокрема й життєдіяльності загалом. Все вищезначене вказує на потребу переорієнтації національних систем охорони здоров'я на дедалі більші потреби удосконалення публічного управління розвитком реабілітаційного напрямку у сфері охорони здоров'я.

Загальні питання державного управління сферою охорони здоров'я досліджували М. М. Білинська, Д. В. Карамішев, В. М. Лехан, І. І. Хожило, Н. П. Ярош та ін. Однак, враховуючи складність та багатоаспектність цієї проблеми залишається досить затребуваною і сьогодні. Актуальність цієї проблематики набуває особливого значення в умовах повномасштабної війни та поглиблення реформи системи охорони здоров'я.

Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування механізмів державного управління й розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги та послуг в Україні.

Відповідно до цієї мети поставлено такі завдання:

- визначити сутність реабілітаційної допомоги як об'єкта публічного управління;
- узагальнити зарубіжний досвід розвитку системи реабілітації особам, які постраждали внаслідок бойових дій;
- проаналізувати сучасний стан та особливості державного регулювання у сфері медичної реабілітації в Україні;
- охарактеризувати управлінські аспекти надання реабілітаційної допомоги в сучасних умовах;
- дослідити стан забезпеченості кадровими ресурсами та їх професійної компетентності у сфері медичної реабілітації;
- виокремити основні організаційно-правового забезпечення державного регулювання медико-реабілітаційної допомоги в Україні;
- обґрунтувати практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання системи медичної реабілітації та забезпечення її якості в Україні.

Об'єкт дослідження – процес державного регулювання надання медичної реабілітації в Україні.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги й послуг в Україні.

Методи дослідження. У роботі застосовано такі методи наукового пізнання: абстрактно-логічний – для визначення сутності понять і категорій щодо державного регулювання реабілітаційної допомоги; метод системного аналізу – для вивчення методологічних засобів, процедур тощо у складних соціальних процесах; наукової абстракції та узагальнення – для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів державного регулювання розвитку медичної реабілітації в сучасних умовах та визначення напрямів державної політики України в цій сфері.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

1.1. Публічне управління формуванням системи надання реабілітаційної допомоги в Україні

Коли говориться про реабілітацію, то одразу ж згадуються проблеми зі здоров'ям, які мають захисники української держави. Сьогодні, в умовах дії правового режиму воєнного стану, який було введено Указом Президента України [1], ця категорія послуг, тобто реабілітаційних послуг, є найбільш затребуваною серед військовослужбовців Збройних Сил України. За даними департаменту соціального захисту населення Дніпропетровської обласної військової адміністрації тільки на Дніпропетровщині зареєстровано близько 29 тисяч учасників бойових дій, які потребують санітарно-курортного лікування та психологічної реабілітації за рахунок держави [2]. Окрім цього, за даними Державного комітету статистики України в нашій державі станом на перше січня 2023 року налічується майже 3 млн осіб з інвалідністю. Рік тому реєстр налічував 2 мільйони 703 тисячі людей з інвалідністю, серед них майже 160 тис. дітей. Тобто, за рік кількість осіб, які потребують надання різних видів реабілітаційних послуг зросла майже на 300 тис. осіб.

Все вищезазначене вказує не просто на проблему окремої галузі, а підтверджує необхідність та приналежність проблематики реабілітаційної справи до суспільно значущої проблеми, вирішення якої здійснюється на рівні вищого керівництва держави, органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, широких кіл громадськості та представників бізнес-структур. Отже, мова йде в широкому значення про те, що реабілітація повинна розглядатися в сучасних українських реаліях як пріоритетна складова

сучасної державної політики України у сфері охорони здоров'я з акцентом на управлінські аспекти.

Сам термін «реабілітація» означає відновлення придатності, здатності, місткості. Він походить від латинського «habilitatis» – придатність, здатність, місткість; а префікс «re-» – вказує на зворотну або повторювану дію. Він може використовуватися різними науками.

З медичної точки зору досить часто це поняття розглядається як процес відновлення здоров'я і працездатності пацієнтів та інвалідів [3, с. 10]. Але, попри широке використання цього терміну в медичній науці і практиці, донині немає єдиної точки зору щодо сутності реабілітації, її цілей і завдань, концептуальних напрямів розвитку. У різних країнах неоднаково підходять до розуміння цього поняття. Наприклад, у одних країнах поняття «реабілітація» вживають тільки для відновлення здоров'я, в других – воно стосується і відновлення працездатності, а в третіх – надання матеріальної допомоги потерпілим тощо [4].

За визначенням медичної енциклопедії, реабілітація – це комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [5]. Таким чином, відповідно до цього визначення, поняття «реабілітація» охоплює: функціональне відновлення або компенсацію того, що не можна відновити; пристосування до повсякденного життя і залучення до трудового процесу хворого або інваліда.

Вітчизняне законодавство у сфері охорони здоров'я визначає реабілітацію як комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем [6].

У законодавстві України використано також окреме термінологічне визначення «реабілітація осіб з інвалідністю» – система медичних,

психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами реабілітації та медичними виробами [7].

У популярній медичній енциклопедії реабілітація в медицині визначається як система заходів, що мають на меті якнайшвидше і якнайповніше відновлення здоров'я хворих та інвалідів і повернення їх до активного життя і суспільно корисної праці.

У документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) зазначається, що реабілітація – є процесом, мета якого полягає в запобіганні інвалідності під час лікування захворювань і допомозі хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатен у межах існуючого захворювання [8].

Також поширеним є розуміння реабілітації як відновлення в правах і працездатності, раціоналізація побуту та працевлаштування. Це важливі аспекти реабілітації, але вони не визначають розкривають повністю її сутності і кінцевої мети. Адже можна (і потрібно) надати хворому або інваліду юридичні права, сприяти його влаштуванню на роботу, допомогти упорядкувати побут і не досягти кінцевої мети – відновлення особистого і соціального статусу, тобто відчутного, в першу чергу, самим хворим поліпшення якості його життя. Отже, реабілітація є складним багаторівневим процесом, що має низку особливих параметрів.

Метою реабілітації є повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідної умови здорового і повноцінного життя.

Головні завданнями реабілітації полягають у:

- максимально можливого відновленні здоров'я;
- функціональному відновленні (повному або компенсації при недостатності або відсутності можливості відновлення);
- поверненні до повсякденного життя; – залученні до трудового процесу [9, с. 12].

Тож необхідність у здійсненні на державному рівні заходів щодо реабілітації є очевидною публічноуправлінською проблемою, яка потребує постійної державної уваги та вирішення. Зазначимо, що Україна обрала свій шлях європейської інтеграції, а значить повинна розбудовувати інституційне середовище у відповідності до європейських вимог з огляду на те, що в зарубіжних країнах розбудові інституціональних та інституційних засад цього напрямку приділяється значна увага.

Під «інституціональним забезпеченням реабілітації населення» можна розглядати сукупність норм, правил установлення і регулювання взаєностосунків, які складаються між учасниками у процесі реабілітації, систему інституцій та фахівців, які надають такого виду послуги, беруть участь у їх формуванні, здійснюють ресурсне забезпечення, обслуговування та контроль за дотриманням визначених вимог і стандартів, а також звичаї, традиції та цінності, які підтримуються й розвиваються у суспільстві щодо ставлення до власного здоров'я, а також до людей, які мають захворювання, обмеження, вади, інвалідність і потребують гуманного, толерантного і підтримуючого ставлення.

До інституційного забезпечення варто відносити сукупність органів влади, які забезпечують управління медико-соціальною сферою, установ і закладів національної системи охорони здоров'я і соціального захисту, професійних спілок фахівців, які надають реабілітаційні послуги, та громадських об'єднань пацієнтів та інвалідів. Вони мають чітко визначений

статус та цілі діяльності, біль-менш постійний склад учасників, окреслені правила реалізації інтересів і потреб, технології взаємодії, прийняття рішень, форми та методи роботи.

В Україні система охорони здоров'я продовжує активно реформуватися, навіть в умовах війни. Тому публічне управління медико-соціальною реабілітацією включає як розробку державної політики у сфері охорони здоров'я, так і у сфері соціальної політики та інших дотичних політиках. Доволі часто питання медичної і соціальної реабілітації розглядаються окремо. Внаслідок цього можна виокремити декілька ко-суб'єктів, які опікуються цією проблематикою та намагаються координувати діяльність, що ускладнює і гальмує процес прийняття важливих державноуправлінських рішень стосовно проблем організації надання реабілітаційних послуг та реабілітаційної допомоги.

На підтвердження тези про те, що розбудова сучасної системи реабілітації в Україні є надважливою державною справою, державним пріоритетом та перспективним напрямком євроінтеграційного руху української держави, доцільно скористатися можливістю акцентувати увагу на функціях органів державної влади, які реалізуються у площині публічноуправлінського підходу за даною проблематикою.

Президент України, відповідно до ст.106 Конституції України [10], формує основні засади державної політики у сфері охорони здоров'я, використовуючи такі інструменти:

- звертається з посланням до народу та із щорічними і позачерговими посланнями до Верховної Ради України про внутрішнє і зовнішнє становище України;
- утворює, реорганізує та ліквідує за поданням Прем'єр-Міністра України міністерства та інші центральні органи виконавчої влади;
- очолює Раду національної безпеки і оборони України;

- створює консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи та служби;
- підписує закони, прийняті Верховною Радою України [10].

Так, Президент України, представляючи Українську доктрину післявоєнної відбудови української держави, наголосив на тому, що перед нашою державою стоїть завдання створити найсильнішу у Європі галузь реабілітації. Над Концепцією її формування та реалізації вже працює профільне міністерство.

Рада національної безпеки і оборони України, керуючись чинним законодавством (ст.106 Конституції України), має також певні загальні повноваження, які дозволяють їй здійснювати публічноуправлінську діяльність у сфері охорони здоров'я та розвитку системи реабілітації, а саме:

- координує і контролює діяльність органів виконавчої влади у сфері національної безпеки і оборони;
- координує та контролює діяльність органів виконавчої влади по відбиттю збройної агресії, організації захисту населення та забезпеченню його життєдіяльності, охороні життя, здоров'я, конституційних прав, свобод і законних інтересів громадян, підтриманню громадського порядку в умовах воєнного та надзвичайного стану та при виникненні кризових ситуацій, що загрожують національній безпеці України [11].

Провідна роль у формуванні державної політики у сфері публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення належить кільком центральним органам виконавчої влади (табл. 1.1).

Крім того, участь у забезпеченні реалізації державної політики у цій сфері на різних рівнях управління відповідно до визначених законодавством повноважень беруть низка інших органів виконавчої влади як національного, такі і регіонального та місцевого рівня:

- Міністерство оборони України
- Міністерство у справах ветеранів України

- Національна служба здоров'я України
- Національна соціальна сервісна служба України
- Фонд соціального захисту інвалідів
- Пенсійний фонд України (з 1.01.2023 р. цій інституції передано функції Фонду соціального страхування України)
- місцеві органи державної влади
- органи місцевого самоврядування [14];
- уповноважені органи професійного самоврядування;
- громадські об'єднання фахівців з реабілітації;
- установи та організації, які здійснюють кадрове та наукове забезпечення системи реабілітації;
- громадські об'єднання осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та осіб з інвалідністю, які представляють і захищають права їх учасників.

Таблиця 1.1

Національний рівень суб'єктів публічного управління
у сфері реабілітації в Україні

Назва суб'єкту управління	Функції суб'єкту управління
Міністерство охорони здоров'я України	відповідає за здійснення медичної реабілітації.
Міністерство соціальної політики України	забезпечує соціальну реабілітація, надання допоміжних засобів
Міністерство освіти і науки України	організовує науково-педагогічний супровід і підготовку фахівців різних спеціальностей у сфері надання реабілітаційної допомоги

Джерело: сформовано автором за [12; 13; 14]

Таким чином, публічне управління системою медико-соціальної реабілітації населення здійснюють органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні й комунальні заклади та установи, громадські об'єднання, які відповідно до передбачених законодавством повноважень створюють умови для реалізації конституційних прав людини та задоволення потреб у лікуванні, відновленні й укріпленні здоров'я у спеціалізованих закладах.

Основними законодавчими та нормативно-правовими актами, якими регулюються відносини у сфері медико-соціальної реабілітації, а також визначаються функції, повноваження, склад і відповідальність їх учасників, форми і методи роботи, є:

- Конституція України [10];
- Бюджетний кодекс України;
- закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [16];
- закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [7];
- закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [17];
- закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [18];
- закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [19];
- закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [20] та ін.

Крім того, українська держава прийняла низку постанов та розпоряджень уряду з питань організації надання реабілітаційних послуг та реабілітаційної допомоги. Тобто. Виконавча гілка української влади приймає активну участь у розбудові проєвропейської системи реабілітації. Так, було

прийнято постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ і деяких інших категорій осіб і членів їх сімей» [21] та «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, на лікування за кордон» [22]. Український уряд спрямовує свою діяльність у стратегічному напрямку розбудови національної системи реабілітації, про що свідчить прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [23].

Також Україна дотримується міжнародних актів: Загальної декларації прав людини, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Декларації соціального прогресу і розвитку, Європейської конвенції про соціальне забезпечення, Європейської конвенції про соціальну та медичну допомогу, Європейською соціальною конвенцією, Хартії третього тисячоліття, Реабілітація 2030: Заклик до дій [8] та ін.

До органів публічної влади, які на місцевому рівні здійснюють реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, віднесено Департаменти охорони здоров'я у структурі обласних (районних) військових адміністрацій. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [7] вони забезпечують контроль за виконанням вимог законодавства про реабілітацію, за дотриманням прав і свобод громадян, які потребують реабілітації, виконання державних і регіональних програм у цій сфері та взаємодію з іншими органами державної влади, місцевого самоврядування, громадськими організаціями, підприємствами, організаціями та установами, які долучаються до процесів реабілітації.

Втім аналіз Положень, яким регламентується їхня робота [24], свідчить про несвоєчасність внесення змін у ці документи, що дещо звужує сферу їхньої діяльності та відповідальності, позбавляє конкретики щодо розробки системи заходів з проблематики, яка розглядається в даній роботі. Наприклад, до головних завдань Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної військової адміністрації можна віднести формування мережі закладів охорони здоров'я на території області, організацію надання медико-санітарної допомоги населенню і роботу органів медико-соціальної експертизи [24].

Для забезпечення їх виконання Департаментом реалізуються такі функції:

- укладення договорів із закладами охорони здоров'я про медичне обслуговування населення та забезпечення контролю їх виконання;
- розробка регіональних програм у сфері охорони здоров'я та участь у формуванні програми соціально-економічного розвитку регіону;
- вивчення стану здоров'я населення, вжиття заходів щодо запобігання і зниження захворюваності, втрати працездатності, збільшення тривалості життя;
- сприяння санаторно-курортному лікуванню пільгових категорій громадян;
- визначення потреби у фахівцях різних спеціальностей для сфері охорони здоров'я Дніпропетровської області, формування державного замовлення та організація підвищення кваліфікації працівників закладів охорони здоров'я області.

Отже, інших питань щодо організації системи медичної реабілітації населення на території області, крім роботи медико-соціальних експертних комісій, організації роботи закладів охорони здоров'я і визначення потреби у фахівцях, до власних повноважень Департаменту не віднесено.

Аналіз завдань і повноважень Департаменту соціального захисту населення Дніпропетровської обласної військової адміністрації [2] теж свідчить про обмеженість впливу на ці процеси. Зокрема, серед завдань згадується лише про проведення соціальної роботи, у т.ч. соціального супроводу сімей/осіб, шляхом визначення потреби населення у соціальних послугах та розвитку і залучення закладів і установ, які їх надають. А до функцій Департаменту соціального захисту віднесено:

- надання державної допомоги різним категоріям населення, у тому числі й особам з інвалідністю різних груп, сприяння їхньому працевлаштуванню, а також особам, які за висновком МСЕК мають психічні розлади і потребують догляду;

- здійснення координації роботи щодо санаторно-курортного лікування осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

- вжиття заходів щодо соціальної реінтеграції осіб з інвалідністю: сприяння розвитку реабілітаційних установ, координація роботи для направлення на отримання реабілітаційних засобів (автомобілі, технічні й інші засоби для реабілітації);

- участь у створенні безперешкодного середовища для маломобільних груп населення та ін. [2].

Таким чином, Департамент соціального захисту населення має більше можливостей для приділення уваги питанням соціальної реабілітації, визначенню конкретних заходів, які ним вживаються для їх виконання.

Відповідно до законодавства до повноважень органів державної влади віднесено формування організаційно-правових засад діяльності, регламентування публічно-управлінських відносин у сфері медико-соціальної реабілітації, ресурсне забезпечення системи державних установ і підприємств,

спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів, визначення стандартів якості надання послуг тощо.

Органи місцевого самоврядування виконують забезпечувальну функцію у системі охорони здоров'я в цілому і в системі реабілітації на рівні територіальних громад. Адже саме вони формують мережу реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів, утримують їх, контролюють дотримання законодавства у сфері реабілітації, готують програми розвитку, інформують громадян про можливості реабілітації на рівні громади та зміни в законодавстві, забезпечують медичними виробами тощо.

Отже, аналіз повноважень органів публічної влади, залучених до процесу медико-соціальної реабілітації населення, та установ і організацій, що її здійснюють, свідчить, що наявність значної кількості учасників управлінського процесу і незавершеність реформування медичної та соціальної сфер призводять до недостатності координації в роботі, нечіткості визначення функцій, розпорошеності фінансових ресурсів держави. Все це потребує удосконалення механізмів публічного управління реабілітацією.

1.2. Форми і методи реабілітації: історичні аспекти становлення

Нині у світі в цілому змінюється ставлення до реабілітації, зважаючи на розуміння важливості її ролі в соціально-економічному житті держави, суспільства і громадянина. Наприклад, для того, щоб зменшити витрати на утримання значної кількості лікувальних закладів, установ та їх персоналу, в зарубіжних країнах активно поширюється й підтримується філософія здорового способу життя, профілактики і ранньої діагностики захворювань. Ураховуючи, що медичні послуги є доволі дорогими, громадяни зацікавлені у збереженні власного здоров'я і є відповідальними за його стан. Це дозволяє державі вивільняти кошти на вторинну й третинну медичну допомогу, проведення наукових досліджень, а громадянам почуватися здоровими, активними, працездатними і відчувати смак життя.

Крім того, варто звернути увагу, що у світі за останні 20 років суттєво змінився підхід до здійснення реабілітації у напрямі максимального відновлення функцій, тобто відновлювальна робота проходить не за основним захворюванням, як це продовжує відбуватися в Україні, а застосовується комплексний та індивідуальний підходи [18]. Тому розвиток системи реабілітації також сприяє зниженню витрат на утримання осіб із частковою чи повною непрацездатністю. Адже, як зазначає А. Нагорянський, розвиток сучасної медицини дає змогу більшому відсотку осіб із тимчасовою частковою непрацездатністю повністю відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції у повному обсязі. Таким чином, держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян (особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків.

Крім того, реабілітація людей похилого віку та пенсіонерів, які потребують стороннього догляду, дозволяє знизити рівень витрат держави чи

самих осіб і підвищує якість їхнього життя. Також при застосуванні реабілітаційної допомоги зменшується час на стаціонарне лікування, що дозволяє більш раціонально використовувати ліжко-місця у закладах охорони здоров'я та ефективніше витратити бюджетні кошти [21].

Зважаючи на використання біологічних і соціальних механізмів адаптації та компенсації, виділяють такі види реабілітації: медичну, соціальну (у т.ч. психологічну), професійну [9, с. 12-13].

Схематично взаємозв'язок та розподіл різновидів реабілітаційної допомоги за видами та рівнями надання зображено на рис. 1.1.

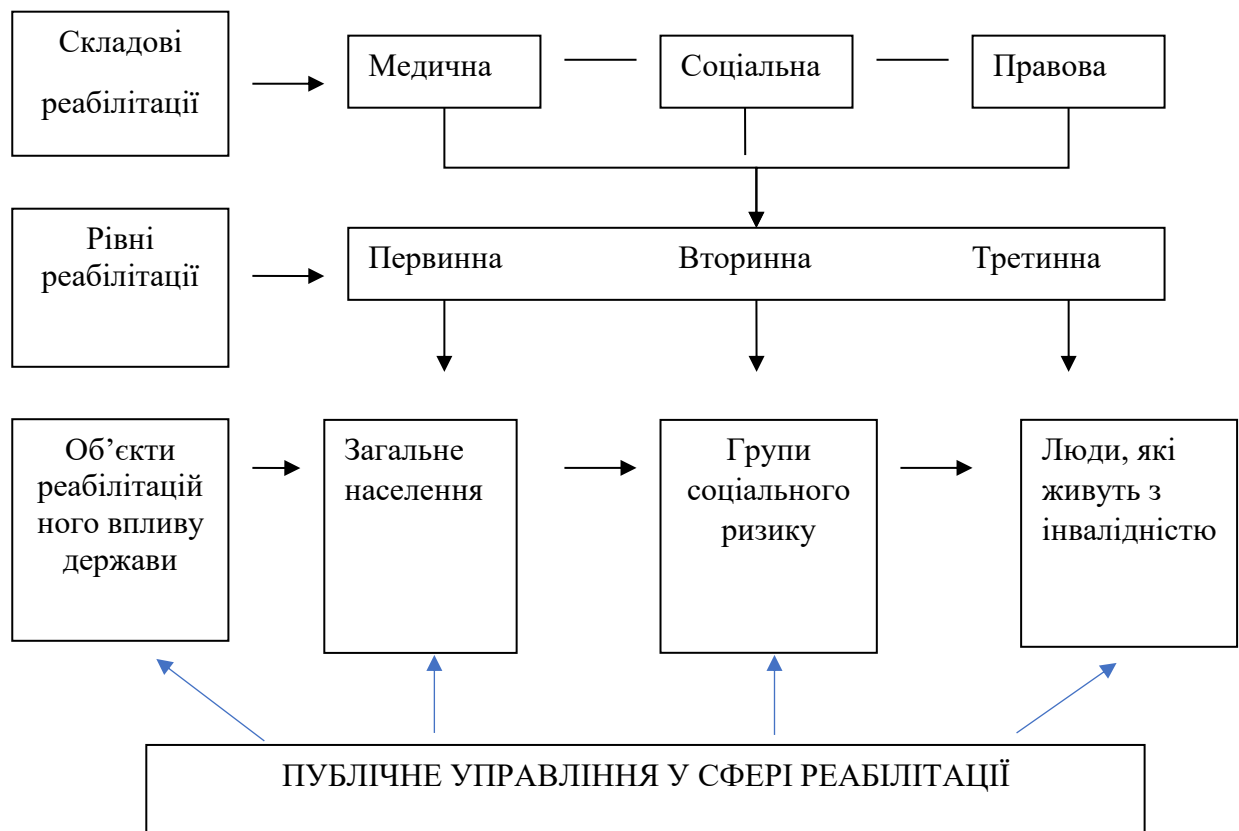


Рис. 1.1. Схема інтегрованої моделі реалізації публічноуправлінської діяльності у сфері реабілітації

Названі вище види реабілітації часто також називають елементами чи рівнями реабілітації. Зокрема, медичний рівень включає лікувальні заходи, спрямовані на одужання, відновлення, попередження інвалідності; соціальний – це соціальне, трудове й побутове влаштування; професійний – це працевлаштування, професійне навчання та перенавчання. У реабілітації хворих чи інвалідів пріоритет належить медичній реабілітації, тобто сукупності медичних заходів, спрямованих на покращання фізичної активності та когнітивної функції індивіда, розширення можливостей його участі у повсякденному житті та інтеграцію у звичне середовище. Медична реабілітація є одним з видів висококваліфікованої, інтегративної медичної допомоги населенню – відновною медициною – і є базовим (початковим) її компонентом.

Сучасні дослідники її розглядають як метод або комплекс методів, орієнтованих на мобілізацію захисних сил організму в його прагненні набути адекватний рівень адаптації до змінених зовнішніх і внутрішніх умов, підкреслює профілактичну направленість реабілітаційних заходів, спрямованих на боротьбу з інвалідизацією, профілактику рецидивів, вироблення мотивації до здорового способу життя [5].

До заходів медичної реабілітації належать:

- консервативне та оперативне лікування;
- фізіотерапія;
- лікувальна фізкультура;
- грязелікування і бальнеолікування;
- загальнозміцнюючий і спеціальне санаторно-курортне лікування;
- протезування.

Право на безкоштовну медичну реабілітаційну допомогу закріплено у законодавстві про охорону здоров'я та праці. Обсяг реабілітації та її організаційна структура обумовлені характером контингенту, який підлягає

відновлювальному лікуванню. Серед осіб, що потребують реабілітації, виділяють:

- пацієнтів, які травмовані, поранені та реконвалесцентні після різних хвороб із тимчасовою втратою або зниженням ступеня працездатності (первинний контингент);

- хворих на хронічні захворювання або з наслідками травм та поранень зі стійкою втратою працездатності та тимчасовою інвалідизацією, в яких у результаті реабілітаційного лікування можлива позитивна динаміка відновлення порушених функцій (вторинний контингент);

- інвалідів з наслідками захворювань, травм і поранень із різним ступенем стійкої втрати працездатності (контингент, який потребує постійної реабілітації).

Для кожної із вказаних груп залежно від характеру патології (хвороба чи травма), ступеня та обсягу порушень, функціональних можливостей індивідуума необхідне розроблення спеціальної реабілітації, зокрема, медичних технологій, які направлені на максимально повне відновлення фізично, психічно, професійно та соціально повноцінної особи [5].

К. Ренкером визначено такі принципові положення медичної реабілітації:

- реабілітація повинна здійснюватися, починаючи з часу виявлення хвороби або виникнення травми до повернення особи в суспільство (безперервність і ґрунтовність);

- проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно;

- доступність реабілітації кожній людині, яка її потребує;

- реабілітація повинна бути гнучкою, враховуючі мінливість структури хвороб, технічний прогрес та зміни соціальних структур [9].

Слід зазначити, що така стратегія є підґрунтям соціальної політики багатьох зарубіжних країн.

З соціальної точки зору поняття «реабілітація» досить часто розглядається як форма соціального захисту, яка має на меті активне відновлення не тільки працездатності, а й втрачених можливостей індивіда для соціального функціонування, повернення його до нормальної соціальної життєдіяльності, інтеграції в суспільство. Соціальна реабілітація – це система і процес відновлення здатностей до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності. Вона включає в себе соціально-середовищну орієнтацію і соціально-побутову адаптацію та стосується більше інвалідів і людей, які мають складні захворювання. Соціально-середовищна орієнтація є індивідуальним підбором доступних видів суспільної та родинно-побутової діяльності, а соціально-побутова адаптація визначає оптимальні режими суспільного і сімейно-побутової діяльності в конкретних соціально-середовищних умовах і пристосування до них інваліда чи хворого.

По суті, соціальну реабілітацію можна розглядати і як процес, і як мету, і як частину, і як всеосяжне ціле, бо процес відновлення здатностей інваліда до самостійної суспільної та родинно-побутової діяльності є саме тим, до чого прагне соціальна реабілітація – до інтеграції інваліда чи хворого в суспільство і його незалежну життєдіяльність. При цьому важливого значення в процесі соціальної реабілітації набувають технічні засоби реабілітації та допоміжні пристрої, пристосування житла і робочих місць до потреб інвалідів, технології соціально-побутової реабілітації.

До основних принципів соціальної реабілітаційної відносять:

- державний характер гарантій дотримання прав інвалідів та державногромадський характер управління системою реабілітації інвалідів;
- пріоритет інтересів інвалідів при здійсненні реабілітаційних заходів;
- загальнодоступність системи реабілітації;
- ранній початок;
- індивідуальність;

- різноманіття форм і методів реабілітації на основі системного підходу до них;
- безперервність;
- послідовність;
- наступність;
- комплексність [27].

Таким чином, медико-соціальну реабілітацію населення можна розглядати як комплекс заходів, спрямований на покращення якості життя і пришвидшення ресоціалізації осіб, які мають захворювання, інвалідність, зазнали психічних і фізичних страждань, шляхом відновлення їхнього фізичного, психічного та соціального здоров'я.

Сучасні підходи розвитку медико-соціальної реабілітації ґрунтуються на підвищенні якості взаємодії усіх учасників реабілітаційного процесу: зростанні ролі самого пацієнта, його родини, найближчого оточення, тіснішої співпраці медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу та працівників центру соціального обслуговування населення, а також посиленні реабілітаційної спрямованості установ соціального захисту, робота яких стає все більш індивідуалізованою, орієнтованою на задоволенні потреб, які виникають у зв'язку з необхідністю вирішення конкретної проблеми. При цьому враховується цілий комплекс питань, які стосуються не тільки охорони здоров'я, а й створення необхідних умов для людей з обмеженнями чи вадами у житловому секторі, транспорті, громадських місцях, освіті, при працевлаштуванні тощо.

Дослідження Л. Остролуцької засвідчують, що розвиток концепцій реабілітації суттєво впливають на формування публічної політики у медичній та соціальній сферах, організації соціально-реабілітаційної роботи. На основі аналізу наукової літератури автор виділяє декілька концептуальних підходів у

становленні системи медико-соціальної реабілітації та визначення напрямів державної політики у цій сфері [28].

Так, на початку 40-х років минулого століття в основу державної політики щодо хронічно хворих та осіб з інвалідністю було покладено їхній захист і догляд, тобто «концепція альтернативних потреб».

У 50-ті роки почала набувати популярність концепція інтеграції хворих та осіб з інвалідністю у суспільство. При цьому особливий акцент було зроблено на отриманні ними освіти та забезпечення технічними допоміжними засобами.

Початок 60-х років позначився новим курсом розвитку державної політики щодо підтримки і реабілітації таких осіб у спеціальних школах. Результатом стало усвідомлення інвалідності як по-життєвої потреби й відмова від догляду та опіки. Так поступово завершився підхід до організації роботи з особами з інвалідністю, що ґрунтувався на принципі збереження, який домінував у світі і забезпечував медичну допомогу, догляд у великих закладах і психіатричних лікарнях.

У 80-х роках минулого століття зародилася ідея самовизначення й рівних можливостей, максимальної адаптації навколишнього середовища під потреби осіб з порушенням здоров'я та інвалідності, всебічної законодавчої підтримки осіб з інвалідністю у сфері охорони здоров'я, освіти, забезпечення трудової діяльності та соціальних послуг.

Тому в 90-ті роки поступово сформувалась концепція самостійного життя осіб з інвалідністю. А на початку 2000 року – зазначена концепція набула суттєвого розширення прав і можливостей таких осіб.

Таким чином, у світовій практиці все більше утверджувався перехід від первинної медичної моделі інвалідності до біопсихосоціальної, яка інтегрувала надбання попередніх моделей, визначаючи порушення як

результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів [8; 28; 29].

Поступово медико-соціальна реабілітація почала розглядатися як система заходів, які розробляються за активної співпраці держави, професійних закладів і установ охорони здоров'я і соціального захисту, громадських об'єднань.

До розгляду цієї проблематики активно почали долучатися не тільки медики, а й більшу увагу почали приділяти органи влади різних рівнів. Узагальнення точок зору різних науковців дозволяє витлумачити «публічне управління у сфері медико-соціальної реабілітації населення» як комплексний вплив органів публічної влади шляхом застосування політичних, економічних, правових, організаційних, соціальних засобів, важелів, інструментів і практичних заходів на установи й заклади національної системи охорони здоров'я та соціального захисту, які провадять діяльність, орієнтовану на забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених функцій, здібностей і здатностей особи та забезпечують створення умов для її ресоціалізації.

Для задоволення потреб населення у соціально-медичній реабілітації в Україні створено систему реабілітації. До її складу входять органи публічної влади різних рівнів як суб'єкти управління, що здійснюють організацію чи сприяють створенню умов для реабілітації, отримувачі та надавачі реабілітаційної допомоги. Відносини, які між ними складаються, регулюються законодавством, професійними та етичними нормами. Більш детально ці питання буде розглянуто в наступному підрозділі.

Відповідно до ст. 25 Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» основними формами реабілітаційних заходів є надання реабілітаційних послуг, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, матеріальне забезпечення [7].

Найбільш поширеним є надання реабілітаційних послуг, яке здійснюють медичні установи та заклади. Методи й методики реабілітації є сукупністю засобів, застосування яких значно залежать від виду реабілітації, віку пацієнта, типу та фази прояву захворювання, профілю і спроможності медичної установи надати такі послуги тощо. Кожен вид реабілітації має свої особливості та призначення.

Наприклад, медична реабілітація направлена на відновлення порушених або втрачених функцій організму для повернення до нормальної життєдіяльності, попередження рецидивів захворювання.

Фізична реабілітація – передбачає виконання комплексу вправ для відновлення рухової активності, набуття компенсаторних навичок, користування технічними, медичними виробами.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – призначена для відновлення здоров'я або розвиток компенсаторних навичок особи за допомогою занять фізичною культурою і спортом.

Соціальна реабілітація – спрямована на створення умов для повернення до активної життєдіяльності, відновлення соціального статусу, здатності родинно-побутової діяльності, соціального обслуговування та адаптації.

Психологічна реабілітація – скеровує увагу на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку й утвердження особистості.

Для застосування кожного із зазначених видів реабілітації розробляється і використовується відповідний комплекс засобів, інструментів, технологій, методик, можливих медичних виробів для пацієнтів, осіб з інвалідністю, спеціальне технічне обладнання тощо.

З початком масштабної медичної реформи в Україні було зроблено висновок про неефективність підходів, які використовуються для організації медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, які не дозволяють повною

мірою відновити працездатність, повернутись до активного незалежного життя або потребують значних зусиль і ресурсів для цього.

Отже, вітчизняна модель реабілітації була визнана застарілою, а принципи, методи і механізми реабілітації мало дієвими у порівнянні із зарубіжними аналогами.

Дослідження свідчать, про те, що з прийняттям закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [6], внесенням змін до закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» [7] розпочато впровадження сучасного комплексного підходу до здійснення реабілітації на засадах мультидисциплінарності. Він ґрунтується на запровадженні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ), яка дозволяє стандартизувати надання реабілітаційних послуг. Згідно з цією класифікацією кожен реабілітолог зможе описати у термінах ВООЗ стан пацієнта, розробити індивідуальну програму реабілітації, а кожен лікар на її основі – оцінити можливості функціонування особи і призначити належну реабілітацію. Такий підхід також потребує підготовки достатньої кількості фахівців за новими напрямками «Медична реабілітація», «Медико-соціальна реабілітація», «Фізична і реабілітаційна медицина», обізнаних з новими методиками роботи, здатними працювати з сучасним високотехнологічним обладнанням, комунікувати з іншими фахівцями мультидисциплінарної команди.

Мультидисциплінарна команда – це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації, надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах [6].

До складу мультидисциплінарної команди, залежно від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу, тобто від потреби у функціональному відновленні, можуть входити фахівці як медичного, соціального, психологічного, педагогічного, так і юридичного спрямування.

Перевагами в роботі таких команд є розгляд проблем пацієнта / особи з інвалідністю / з обмеженням життєдіяльності з різних фахових точок зору, що дозволяє:

- враховувати всі потенційні проблеми чи нюанси відновлення;
- надає можливість працювати в команді як очно, так і бути присутніми на зборах дистанційно;
- обговорювати покроково не тільки постановку діагнозу, а й результати аналізів;
- формувати індивідуальну програму реабілітації і розпочинати її реалізовувати на максимально ранніх етапах хвороби чи післягострого періоду;
- розраховувати на довготривалість процесу.

Такий підхід суттєво змінює відносини між лікарями й пацієнтами/ особами з інвалідністю / з обмеженням життєдіяльності, згуртовує їх довкола вирішення проблем реабілітації і у взаємодії з органами влади, громадськими організаціями та фондами пришвидшувати процеси відновлення та ресоціалізації.

Також новий підхід до організації медико-соціальної реабілітації зумовлює певні зміни у фінансуванні цієї системи. Як відомо, НСЗУ відповідно до повноважень, реалізує державну політику щодо ефективності витрачання бюджетних коштів під час надання медичних послуг у межах Програми медичних гарантій [26]. Як і раніше, послуги медико-соціальної

реабілітації згідно з цією програмою виплачуються тим закладам, які відповідають вимогам НСЗУ і з якими заключено угоду про їх надання у межах пакету «Медична реабілітація». Втім, як показує практика, таких ресурсів недостатньо. У пакети включено оплату мінімального набору послуг без врахування реальних цін і ситуації на ринку товарів і послуг. Тому пакети допомоги не можуть повністю задовольнити потреби фінансування реабілітації на дорогому обладнанні, не дозволяють запрошувати потрібних фахівців, у т.ч. і з-за кордону, отже, вимагають співвнеску від громадян, які часто не мають достатніх коштів, або залучення благодійних фондів, меценатів тощо.

Також варто звернути увагу, що обмеженість фінансування часто стає перешкодою на шляху до реалізації реформ. Зважаючи на започаткування діяльності мультидисциплінарних команд, джерела фінансування на оплату праці фахівців, витратні матеріали можуть бути різними (відомчими), або ж централізованими – за принципом «гроші ходять за людиною» і надаватися НСЗУ. Такий підхід потребує ще більшої взаємодії, координації діяльності, стратегічного планування змін, поточної діяльності та різних видів забезпечення, повернення до питання про 30 запровадження страхової медицини як додаткового джерела для оплати медичних, реабілітаційних й інших послуг у цій сфері громадянам.

Також необхідними є і структурні зміни в органах публічної влади. Оскільки огляд організаційних структур деяких органів управління охороною здоров'я на вищому, регіональному й місцевому рівнях з різних областей України засвідчує, що питання організації реабілітації серед функцій згадується тільки у повноваженнях Директорату медичних послуг МОЗ України [12]. Тому, зважаючи на необхідність посилення координації роботи, зростання кількості споживачів, які вже потребують реабілітації внаслідок повномасштабної війни російської федерації проти України, мають бути

введені фахівці для вирішення цих питань в органах влади різних рівнів, оперативно оформлятися медична документація для реабілітації як постраждалих військовослужбовців, так і цивільного населення.

У цілому, щоб оцінити успішність реформування системи медико-соціальної реабілітації органи публічної влади повинні мати повну й достовірну інформацію про процеси, які відбуваються в медичних закладах, про проблеми, які виникають при наданні послуг, якою є реакція на зміни серед персоналу та споживачів.

Отже, розвиток системи медико-соціальної реабілітації значно залежить від стану розвитку зворотного зв'язку, активної взаємодії із вітчизняними та зарубіжними громадськими організаціями, приватними фондами, професійними асоціаціями реабілітологів. Запровадження такого комплексного підходу дозволить Україні швидше інтегруватися у світові реабілітаційні процеси, опанувати нові моделі, форми і методи управління цією системою, розвивати національні стандарти, вивчати і обмінюватися досвідом, готувати фахівців, ділитися концептуальними підходами, новітніми ідеями і розробками у сфері реабілітації, обговорювати з однодумцями шляхи вирішення проблем.

Крім того, саме серед громадських і професійних організацій органи влади України можуть віднайти і використовувати неоціненний кадровий і фінансовий потенціал, який при виваженому спрямуванні допоможе ефективно розвивати вітчизняну систему медико-соціальної реабілітації.

1.3.Розвиток реабілітації як пріоритет соціальної політики держави в умовах війни та післявоєнного періоду

Наразі, коли чисельність ветеранів війни в Україні постійно зростає, перед українською державою постають питання виконання державних зобов'язань перед цією категорією населення, яка захищає нашу незалежність [31]. З поверненням, захисники потребують чіткої схеми соціального захисту – системи державних заходів, спрямованої на створення передумов для їх успішної реабілітації.

Стосовно правових аспектів соціального захисту ветеранів та військовослужбовців слід зазначити, що питання технологізації отримання соціальної допомоги було унормовано прийняттям ЗУ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [30]. Цей закон України визначає пільги ветеранів у 22 положеннях основного змісту. Серед них, насамперед, доречно наголосити на таких як:

- представлені пільги на проїзд;
- надані пільги на оплату житлово-комунальних послуг;
- купівля ліків на пільгових умовах;
- щорічна грошова допомога.

Окрім цього закону, процедуру соціального захисту ветеранів регулюють інші постанови та нормативно-правові акти [32-34]. Згідно їх змісту, кожен ветеран з офіційно підтверджених статусом має можливість отримати ділянку землі в будь-якій точці України, і вибрати її самостійно, на сайті держгеокадастру. При бажанні збудувати щось на цій ділянці, власник може отримати вигідні умови кредитування за програмою «Власний дім».

З питань соціального захисту ветеранів можна звернутися за телефонами гарячої лінії Міністерства у справах ветеранів, окупованих територій та

внутрішньо переміщених осіб України, тел.: (044) 281-08-56, (044) 281-08-54. Послуга надається цілодобово.

Щодо дітей учасників бойових дій, вони теж не залишаються без уваги. Щорічно, держава забезпечує їх путівками до оздоровчих таборів. Якщо батьки беруть частину витрат на себе – діти можуть відвідати «Молоду гвардію», табір імені Ю. Гагаріна чи «Артек».

Тож, сучасна система соціального захисту ветеранів наповнена багатьма різноплановими проєктами, низкою привілеїв для захисників. Разом з тим, окрім гарантії їхнього соціального захисту, ветерани ООС та ветерани бойових дій внаслідок перебування в екстремальних умовах потребують відновлення фізичного й психічного здоров'я. І тут мова йде про комплексний характер реабілітації, яка включає медичний, соціальний та психологічний аспекти, де найпершим є повернення фізичних можливостей організму. А кожен з наступних видів реабілітації зароджується з попереднього і поступово стає основним.

На сьогодні Україна бере участь у багатьох міжнародних проєктах сприяння медичній реабілітації військовослужбовців, наприклад – у реабілітаційному центрі Болгарії. Також реалізуються мотиваційні проєкти для ветеранів ООС, зокрема «Ігри нескорених», «Плече побратима», «Патріоти до влади». Ветерани продовжують активну діяльність: пишуть книжки («Життя після 16.30»), очолюють громадські організації («Рапіра», «Щит нації», «Патріот»), здійснюють національно-патріотичне виховання учнівської молоді. Зусилля волонтерів також сприяють цьому. Таким чином, впродовж останніх років, реабілітація військовослужбовців стає все більш злагодженою, ефективною: надаються нові можливості, в тому числі професійні послуги спеціалістів, соціальні гарантії, що сприяє поверненню ветеранів до мирного життя. При цьому, потребує подальшого розвитку сімейна реабілітація, актуальним є створення дозвіллевих центрів для

змістовного проведення часу ветерана з родиною, налагодження втраченого контакту з дітьми, покращення внутрішньосімейних стосунків.

Тож наразі постає необхідність розглянути організаційний аспект соціального захисту військовослужбовців в контексті інституціональної спроможності держави реалізувати заходи соціальної реабілітації.

Питаннями соціального захисту ветеранів займається Міністерство у справах ветеранів [31]. Цей центральний орган виконавчої влади забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері соціального захисту ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, постраждалих учасників Революції Гідності, членів сімей ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, постраждалих учасників Революції Гідності, а також соціального захисту осіб, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [30]. Метою діяльності цього міністерства є :

- створення нової нормативної бази щодо соціального захисту ветеранів усіх категорій;

- спрощення процедур отримання соціальних послуг;

- розвиток громадського контролю в питаннях соціального захисту ветеранів.

- проєктний принцип співробітництва державних органів та громадських організацій.

Основні напрямки діяльності міністерства фокусують увагу держави на таких напрямках, як:

- державна стратегія в питаннях соціального захисту ветеранів;
- вшанування пам'яті ветеранів та співпраці з громадськістю;
- соціальна підтримка ветеранів;
- медичне забезпечення ветеранів;
- єдина система обліку та надання соціальних послуг.

Більш широкі повноваження щодо соціального захисту населення, а не тільки військовослужбовців та ветеранів, а насамперед такої категорії як особи з інвалідністю, має Міністерство соціальної політики України [13]. Мінсоцполітики є спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, надання гуманітарної допомоги. Основними завданнями Мінсоцполітики є:

1) забезпечення формування та реалізації державної політики:

у сфері соціальної політики, загальнообов'язкового державного соціального та пенсійного страхування, волонтерської діяльності, пенсійного забезпечення та ведення обліку осіб, які підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню;

у сфері соціального захисту населення, зокрема осіб з інвалідністю, ветеранів праці, жертв нацистських переслідувань, дітей війни та жертв політичних репресій, громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; ветеранів військової служби в частині пенсійного забезпечення;

у сфері соціального захисту ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, постраждалих учасників Революції Гідності, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України в частині організації виплати їм до Дня Незалежності України разової грошової виплати;

з питань виплати передбаченої законодавством соціальної стипендії студентам (курсантам) державних закладів вищої освіти, які навчаються за денною формою за державним замовленням;

з питань надання пільг з оплати житлово-комунальних послуг, твердого палива і скрапленого газу, а також житлових субсидій;

з питань сім'ї та дітей, оздоровлення та відпочинку дітей, усиновлення та захисту прав дітей;

з питань запобігання та протидії домашньому насильству, насильству за ознакою статі;

з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків;

з питань запобігання та протидії торгівлі людьми;

з питань надання соціальних послуг та проведення соціальної роботи;

з питань соціальної та професійної адаптації військовослужбовців, які звільняються, осіб, звільнених з військової служби;

з питань забезпечення державних соціальних стандартів та державних соціальних гарантій для населення та ін.

2) забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері:

гуманітарної допомоги;

здійснення державного нагляду у сфері загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності в частині забезпечення відповідності законодавству рішень уповноваженого органу управління;

здійснення державного регулювання та нагляду за дотриманням норм Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» щодо призначення (перерахунку) і виплати пенсій у солідарній системі.

В Україні в системі Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення регіонального та місцевого рівня діє 151 реабілітаційна установа. Протягом минулого року там отримали реабілітаційні послуги 17 033 осіб з інвалідністю, з них - 14 216 дітей з інвалідністю. Інтегровано в загальноосвітні навчальні заклади 1 300 таких дітей.

І тут слід акцентувати, що у західних країнах успішною є модель комплексної реабілітації, що передбачає можливість надання усього комплексу реабілітаційних заходів на базі однієї установи. Тож у складні часи,

у період повномасштабної війни, Україна не є осторонь від таких процесів, у зв'язку з чим вже створені місцевими органами влади 10 центрів комплексної реабілітації.

Мінсоцполітики прийнято нове Типового положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю. В даному документі відображені положення, в яких враховані рекомендації Комітету ООН з прав людей з інвалідністю. Таку реабілітаційну модель, яка є ефективною, потрібно також впроваджувати на базі державних реабілітаційних установ.

Для цього необхідно прийняти відповідні зміни до Бюджетного кодексу України та Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». У зв'язку з цим Мінсоцполітики було ініційовано, Урядом підтримані і схвалені та у Верховній Раді України зареєстровані проекти двох відповідних законів.

Мінсоцполітики активно працює над створенням умов для зменшення інвалідизації суспільства. За інформацією Міністерства, в Україні, на жаль, щороку спостерігається тенденція збільшення кількості осіб з інвалідністю, зокрема, дітей з інвалідністю. У зв'язку з цим протягом останнього року поступово вживаються заходи з впровадження моделі раннього втручання в умовах центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

Упродовж останнього року Мінсоцполітики ініційовано зміни до 6 нормативно-правових актів, зокрема до постанови Кабінету Міністрів України, які вже мають юридичну силу, щодо надання відповідних послуг не лише особам з інвалідністю, але і дітям до трьох років, які мають ризик отримати інвалідність.

Тобто діючі реабілітаційні установи почали вживати заходи щодо попередження інвалідності. І як результат, - такі особи у більшості випадків не отримують такого статусу, що дає можливість їм розвиватися та інтегруватися

у соціум, а держава не витрачає значних коштів у зв'язку з тим, що така особа не отримала статусу інвалідності.

На сьогодні в Україні діє вже 22 реабілітаційні установи, зокрема з них три – державні. А саме - Вінницький та Волинський центри соціальної реабілітації та Державний комплекс (м. Миколаїв), якими надаються відповідні послуги, спрямовані на цю мету. Нині такі послуги отримують понад 300 дітей, які мають ризик щодо отримання інвалідності.

Соціальна реабілітація військовослужбовців – це комплекс державних, суспільних та військових заходів, спрямованих на впрацевлаштуванні (знайомство з вакансіями на ринку праці, зустрічі з роботодавцями); – соціально-правовий захист (консультування з правових питань, підтримка у створенні бізнесу та підтримка підприємництва, участь у розробці та удосконаленні системи соціального захисту) [2, с.46]. Соціальна реабілітація військовослужбовців спрямована на створення рівних можливостей та покращення якості та рівня життя реабілітованих.

Основним завданням при цьому виступає сформувати у військовослужбовців відповідно до яких здійснюється соціальна реабілітація навичок самообслуговування, забезпечити їх незалежність, забезпечити надання відповідної допомоги та створення безбар'єрного середовища.

Важливим фактом позитивної соціальної реабілітації створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції військовослужбовця з інвалідністю або будь-якою психічною травмою в суспільство та військовий колектив, відновлення його соціального та військового статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності та подальшого проходження військової служби шляхом орієнтації в соціальному та військовому середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального та військового обслуговування.

З огляду на це визначення варто виділити такі ключові терміни:

- інвалідність, отримана на військовій службі;
- соціальна недостатність внаслідок обмеження життєдіяльності військовослужбовця, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги та обмеження у виконанні службових обов'язків;
- соціальний статус військовослужбовця – досить чітко визначене положення військовослужбовця у військовому колективі або військового колективу в службових та особистих відносинах з іншими військовими колективами;
- військове середовище – оточуючий зовнішній військовий світ – норми, закони, правила, традиції, які впливають на військовослужбовця або військовий колектив.

З огляду на це слід нагадати про особливу значимість для військовослужбовців саме подій суспільного життя і найближче оточення, які формують соціальний фактор впливу на особистість людини. Тому соціальна реабілітація є однією з найважливіших у системі загальної реабілітації.

Соціальна реабілітація військовослужбовців визначається характером взаємовідносин травмованого в колективі, наявністю передумов до суспільно корисної праці, особливостями поведінки в процесі службової діяльності, виразністю інтересів. Вплив соціального фактору спрямований на коригування в людини світогляду і ставлення до життя, активізацію соціальних ідеалів.

Основними видами соціальної реабілітації військовослужбовців є такі: медична (в т. ч. лікувальна), фізична, військово-професійна, психологічна тощо. Оскільки медичній реабілітації присвячено окремий розділ магістерської роботи, тут мова буде йти саме про соціальну реабілітацію.

Початок війни на Сході, а згодом і повномасштабне вторгнення країни агресора в Україну зумовили виникнення нових викликів для соціальної

роботи загалом та для системи реабілітаційної роботи зокрема. Адже з'явилися нові отримувачі послуг і виникла необхідність надавати нові послуги людям, які пройшли війну. Крім цього ще однією проблемою виявилась проблема подальшої адаптації та реабілітації військовослужбовців з числа учасників бойових дій. Отримання травматичного досвіду військовослужбовцями під час участі у бойових діях негативно впливає на стан їхнього здоров'я. Стрес отриманий у ході участі в бойових діях підсилюється ще одним стресом, який зумовлений та виникає після повернення до дому. В процесі повернення до мирного життя учасники бойових дій зіштовхуються з рядом стресогенних факторів, які часто пов'язані з нерозумінням близьких, соціальною адаптацією, труднощами у спілкуванні, самореалізації, самовизначенні створенні сім'ї та іншими. Тому важливим аспектом соціальної роботи виступає соціальна реабілітація даної категорії отримувачів послуг. Важливим аспектом при цьому є швидке реагування на запити військовослужбовців, їх сімей та родини для здійснення комплексу реабілітаційних форм роботи.

Актуальність даної проблеми зумовила розробку та впровадження ряду нормативно-законодавчих документів щодо здійснення реабілітації військовослужбовців з числа учасників бойових дій (Накази Міністра оборони України «Про затвердження довгострокової програми медичної реабілітації військовослужбовців миротворчих контингентів Збройних Сил України (2004 р.), ЗУ «Про затвердження інструкції про порядок санаторно-курортного забезпечення у Збройних Силах України» (2011 р.), ЗУ «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.), Розпорядження Кабінету Міністрів «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.), ЗУ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.), ЗУ

«Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (нова редакція 2017 р.).

Реабілітація – це процес відновлення здоров'я людини чи її соціального статусу, що був втрачений через виникнення проблеми чи складної життєвої обставини. Здійснення реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій має носити комплексний характер та поєднувати в собі різні її види: медичної, психологічної, соціальної, фізичної й етичної, які можуть поєднуватись між собою та враховувати стан, фактори, умови та індивідуальні особливості військовослужбовця [32, с.346].

Якщо говорити про соціальну реабілітації то це – система заходів, що спрямовані на відновлення соціального статусу військовослужбовців. Така реабілітація дозволяє військовослужбовцю стати повноцінним учасником соціального процесу. Це відновлення прав, соціального статусу, здоров'я та працездатності військовослужбовців.

Основними завданнями соціальної реабілітації є:

- сприяння соціально-психологічній адаптації військовослужбовців (індивідуальна, психотерапевтична допомога, групові форми реабілітації);
- надання соціальної підтримки військовослужбовцям та членам їх родин (ігрові форми роботи, тренінгова робота, анімалотерапія, робота груп самопомоги та проблемних груп);
- освітні діяльність (здійснення профконсультування, підвищення кваліфікації, перекваліфікація, отримання додаткової освіти, перепідготовка тощо);
- сприяння військовослужбовців є їх сімейне благополуччя.

На думку Ю. Бريدнікова, соціальна реабілітація має бути спрямована на: оцінку психоемоційного стану військовослужбовця та наявних розладів; визначення шляхів та методів, що дозволять відновити оптимальну працездатність військовослужбовця; оцінка фізичної, інтелектуальної

працездатності; відновлення втрачених функцій; корекція психосоматичних станів; здійснення професійної реабілітації; корекція самосвідомості, самопочуття, самооцінки; надання допомоги відповідно до потреб військовослужбовця [33, с.121].

Позитивним аспектом соціальної реабілітації військовослужбовців є контакт з побратимами та товаришами по службі. Постійний контакт з побратимами, отримання від них повідомлень, листів має позитивний вплив на здійснення соціальної реабілітації.

На сьогоднішній день найбільш ефективним методом соціальної реабілітації є використання арт-терапії та арт-терапевтичних технік. Зазвичай така форма роботи з військовослужбовцями застосовується з метою діагностики, корекції, психотерапевтичною та розвивальною метою. Саме робота з різними матеріалами дає можливість військовослужбовцю з числа учасників бойових дій зняти почуття гніву, роздратування, сорому, зменшує фрустрацію тощо. Важливим є те, що арт-терапевтичні заняття можуть бути як індивідуальними, так і груповими та до них можуть залучатись члени родини чи сім'ї.

Також ряд науковців визначає ефективність використання при здійсненні соціальної реабілітації військовослужбовців ігрових технологій. Перевагами ігрових технологій у соціально реабілітаційному процесі є: через отримання інформації відбувається формування відповідних умінь та навичок; формуються навички прийняття рішень через розробку, зміну, корекції плану дій; навчаються оцінювати свої дії та дії партнерів; формують тактику та стратегію своїх дій; за допомогою ігор імітацій вивчають структуру соціальної системи.

Частим методом при соціальній реабілітації є проведення тренінгової роботи з військовослужбовцями [34]. Може використовуватись ряд тренінгів, які спрямовані на особистісне зростання, формування вмінь виявляти

приховані ресурси, рефлексії, на підвищення рівня комунікації, на встановлення контакту з різними категоріями особистостей, формування навичок долати екстремальні, психотравмуючі ситуації, набуття навичок тілесного та емоційного розслаблення, підвищення рівня емпатії тощо.

Отже, соціальна реабілітація військовослужбовців з числа учасників бойових дій має носити комплексний характер. Соціальна реабілітація має спрямовуватись не лише на виведення військовослужбовця з кризового стану, але й на розвиток нових життєво важливих умінь та віднайдені життєвих ресурсів, які сприятимуть швидкому відновленню особистості військовослужбовця. Успішною така реабілітація буде тоді, коли ми не тільки виявимо причини певних негараздів, а й коли зможемо розвивати потенційні можливості військовослужбовця та сформуємо потребу в його особистому зростанні

Нині в Кам'янському на Дніпропетровщині відкрили сучасний реабілітаційний центр для ветеранів, учасників ООС та інших цільових груп населення. Про це повідомляється на сайті міського голови Кам'янського Андрія Білоусова. «У Кам'янському понад 1000 учасників і ветеранів ООС, і я радий, що хлопці зможуть отримувати тут висококваліфіковану медичну допомогу», – сказав Білоусов під час відкриття центру на базі комунального закладу «Міська лікарня № 5». Центр розрахований на 41 палату підвищеного комфорту. Проходити комплексну реабілітацію тут зможуть одночасно 100 пацієнтів. Висновки. Отже, з огляду на вищевикладене успішне вирішення завдань психологічної реабілітації буде визначатися й умінням командира доцільно спрямовувати діяльність штабів, командирів підрозділів, структур МПЗ, військових психологів, медичних працівників, військових юристів, військових колективів, активу і громадських структур частини, спиратися на ці сили, забезпечувати їх тісну взаємодію, використовувати їх можливості для

підтримки високої бойової готовності, дисципліни і бойової згуртованості, збереження психічного здоров'я підлеглого особового складу.

Хотілося б зауважити, що психологічна реабілітація, будучи важливим складовим елементом морально-психологічного забезпечення діяльності військ, зумовлює підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, сприяє попередженню інвалідності, дозволяє відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації воїнів, які отримали психічні травми. Являючи собою систему медико-психологічних, педагогічних, соціальних та організаційно-управлінських заходів із відновлення психічної рівноваги військовослужбовців, психологічна реабілітація передбачає застосування низки доступних способів впливу на особовий склад безпосередньо в частині, без евакуації деякої частини травмованих у лікувальні установи.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ: ГЛОБАЛЬНИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ

2.1. Досвід зарубіжних країн щодо розвитку системи реабілітації особам, які постраждали внаслідок бойових дій

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація є окремою стратегією охорони здоров'я, метою якої є відновлення функціональних можливостей організму людини [8]. Учасники бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, постраждалі учасники Революції Гідності, учасники війни та члени сімей загиблих є найбільш пріоритетною категорією українського суспільства, яка потребує належної доступності та якості реабілітаційних послуг .

Окрім того, ветерани за медичними показаннями мають право на реабілітацію відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [6]. Відповідно до цього закону, особи, яким надається реабілітаційна допомога, їхні законні представники мають право брати участь у реабілітації в таких формах:

- 1) обирати реабілітаційний заклад, відділення, підрозділ, фахівців з реабілітації з урахуванням їх спеціалізації;
- 2) отримувати від фахівців з реабілітації вичерпну інформацію у доступній формі про свої права, обов'язки, наявні обмеження повсякденного функціонування, результати реабілітаційного обстеження, умови та форми реабілітаційної допомоги;
- 3) ознайомлюватися з документами щодо реабілітації;

- 4) брати участь у визначенні мети та завдань реабілітації, складанні індивідуального реабілітаційного плану та внесенні змін до них;
- 5) інших формах участі, не заборонених законодавством.

Але сьогодні, коли українська держава набуває свій перший досвід розбудови сучасної та ефективної системи реабілітації ветеранів та захисників, цікавим у науковому плані видається вивчення досвіду зарубіжних країн щодо розвитку системи реабілітації особам, які постраждали внаслідок бойових дій.

Перші роботи зі створення системи комплексної медико-соціальної реабілітації були опубліковані в II половині XX століття в США. Вони ґрунтувалися на результатах спостереження за учасниками військових дій у В'єтнамі (1964-1973 рр.). Реальна державна підтримка програми реабілітації учасників війни у В'єтнамі почалася з 1979 р, коли особливим законом (Public Law 96-22) для ветеранів була створена спеціальна система обслуговування, названа реадаптаційним консультуванням, в організованих для цього центрах підтримки. При цьому бралось до уваги те, що основною проблемою є труднощі реадаптації ветеранів до мирного життя, і мета програми - це реальна допомога і підтримка.

Перший центр був створений 1 жовтня 1979 р., а до 1990 р вже функціонувало 197 таких центрів із загальним бюджетом в 57 млн. 41 доларів; за 12 років роботи центри відвідали 800 тис. ветеранів та 300 тис. членів їх сімей. Персонал цих установ в більшості своїй складається з ветеранів В'єтнаму.

Крім цих центрів в США на сьогоднішній день діють численні державні організації, які надають допомогу ветеранам. Розробка і втілення механізмів щодо забезпечення реабілітації ветеранів і учасників бойових дій є одним із важливих напрямків діяльності державних органів влади багатьох країн, що брали участь у збройних конфліктах. Як правило вона здійснюється як частина цілеспрямованої соціальної політики.

Актуальність і методи такої системи реабілітації базуються на регулярних тривалих дослідженнях, які різко активізувались після війни у В'єтнамі і були підтримані урядами США та європейських країн.

Саме державна інформаційна і фінансова підтримка відіграли вирішальну роль у становленні системи реабілітації військовослужбовців та учасників бойових дій.

Слід також зазначити, що реабілітація військовослужбовців за кордоном має комплексний характер при якому існує тісний взаємозв'язок медичної і психологічної реабілітації з іншими рівнями допомоги.

Так, наприклад, для реабілітації учасників збройного конфлікту між силами центрального уряду Сьєрра-Ліоне Німецьке товариство технічної співпраці (GTZ) у співробітництві з урядом Сьєрра-Ліоне розробило спеціальний проект загальною вартістю 5 млн. євро. Цей проект передбачає довготривалу програму професійної та соціальної інтеграції учасників бойових дій в суспільство, забезпечення професійної освіти та перекваліфікації. За результатами цієї програми 80% бувших учасників військових формувань успішно пройшли навчальну програму і інтегрувались у суспільство.

Урядом Шрі-Ланки була створена Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації – державний орган основним напрямком роботи якого є реабілітація військовослужбовців шляхом застосування психолого-соціальних, навчальних, творчих, духовно-релігійних програм. Для цього Служба Верховного Комісаріату з питань реабілітації розробила програму під назвою «4R» (реабілітація, повернення в суспільство, реінтеграція, примирення). На 42 втілення цієї програми урядом Шрі-Ланки було виділено більше ніж 2,5 млрд. рупій (близько 17 мільйонів доларів).

Реабілітація ветеранів збройних сил Ізраїлю, які отримали інвалідність здійснюється завдяки співробітництву уряду і Veit Halochem – міжнародній

сітці закладів допомоги учасникам збройних конфліктів. Ці заклади існують завдяки співпраці різних країн а також відділу реабілітації при Міністерстві оборони Ізраїлю. Учасники бойових дій мають змогу проходити фізіотерапевтичні, гідротерапевтичні, реабілітаційні послуги. Крім цього учасники бойових дій щорічно отримують академічну стипендію для навчання.

В 2014 році було виділено 519 академічних і 65 спортивних стипендій на суму від 2 до 5000 доларів США. Для лікування і реабілітації військовослужбовців і ветеранів ЗС США широко застосовуються методи комплементарної та альтернативної медицини. Так для реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом поряд з психотерапією, медикаментозним втручанням, фізіотерапією застосовується фітотерапія, гомеопатія, біологічно активні харчові добавки, йога, китайська гімнастика «тай-чі-хуань», акупресура, шіатсу, цигун, рейкі, аюрведа, терапія з асистуванням тварин (собак, коней) тощо. При чому вказані методи внесені до клінічного практичного керівництва США [35].

В основі організації реабілітаційного процесу є залучення до реабілітації конкретного хворого (пораненого) визначеної кількості фахівців, які складають мультидисциплінарну (міждисциплінарну) реабілітаційну бригаду (команду) [36; 37]. Роботу бригади і її склад було затверджено на Генеральній Асамблеї медичних фахівців з фізичної та реабілітаційної медицини ЄС у 2008 році [20]. До складу мультидисциплінарної бригади, як правило, функціонально входять наступні фахівці: лікарі-фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, реабілітаційні медсестри, фізіотерапевти, трудотерапевти, логопеди, клінічні психологи, соціальні працівники, протезисти та ортезисти і дієтологи [39; 40]. В залежності від діагнозу пацієнта та конкретної мети реабілітаційного процесу до складу бригади можуть бути включені інші лікарі необхідного напрямку спеціалізації.

В Збройних Силах України в даний час є три етапи медичної реабілітації: госпітальний – військово-медичні центри, військові госпіталі; амбулаторно-поліклінічний – військові поліклініки (поліклінічні відділення госпіталів) і медичні пункти частин; санаторно-курортний – спеціалізовані військові санаторії однопрофільні або спеціалізовані відділення багатoproфільних санаторіїв [41].

До системи медичної реабілітації військовослужбовців Міноборони України залучені: Ірпінський, Вінницький, Львівський військово-медичні клінічні центри. У цих центрах, відповідно, функціонують реабілітаційні відділення, куди потрапляють бійці відразу після етапу лікування. Крім того, у складі Міністерства оборони України існує три санаторії на 1400 ліжок.

Окрім того, існує процес направлення бійців до госпіталів ветеранів війни, яких в Україні 29 одиниць, що сумарно забезпечує надання реабілітаційної допомоги загальним обсягом майже на 8 тис. місць [41].

На сьогоднішній день в нашій країні відсутнє чинне законодавство, що визначає спеціальні норми щодо реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Єдиним документом, що стосується реабілітації військовослужбовців є протоколи зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), затверджені Наказом МОЗ «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» №121 від 23.02.16 р [42].

Однак, дані протоколи регулюють вузькоспеціалізоване питання ПТСР і надання допомоги військовослужбовцям у закладах МОЗ України. Порядок надання допомоги при інших захворюваннях та розладах, що мають місце у учасників бойових дій законодавством поки що не встановлений.

2.2. Аналіз організаційно-правового забезпечення розвитку системи реабілітації в Україні в умовах євроінтеграційного курсу

Аналіз та узагальнення підходів до організації медико-соціальної реабілітації в Україні свідчить, що ефективному функціонуванню цієї сфери заважають низка проблем в організаційно- правовому регулюванні щодо отримання якісних послуг.

Так, майже постійною проблемою гальмування реформ в Україні є недостатнє фінансування розроблених і затверджених заходів, відсутність стійких пріоритетів у виробленні державної політики у сфері охорони здоров'я при зміні політичної влади, що призводить до незавершеності етапів і процесів реформаційних перетворень, відсутності наступності у провадженні змін. Внаслідок цього заходи проводяться, кошти витрачаються, а позитивного ефекту не отримують ні надавачі послуг, ні споживачі, ні керуюча система – органи публічної влади, яка не може довести свою ефективність.

За таких умов довіра і рівень задоволеності громадянами системою влади стрімко знижується, як і стан благополуччя, безпеки й стабільності в суспільстві, а отже, і рівень здоров'я – фізичного та психічного. Для подолання проблеми недостатності фінансування системи охорони здоров'я вже неодноразово пропонувалося й робилися спроби запровадження системи медичного страхування як альтернативного джерела покриття витрат пацієнтів на медичне обслуговування.

В Україні розпочато запровадження елементів сучасної моделі солідарного медичного страхування, що враховують передові сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я в світі, особливо країн Центральної та Східної Європи. Але головним джерелом фінансування системи охорони здоров'я продовжує залишатися Державний бюджет України, що формується переважно за рахунок національних податків. Поки

що медичне страхування в Україні відбувається на добровільній основі і характеризує поступовий перехід від забезпечуваної і утримуваної державою системи охорони здоров'я до страхової моделі її формування. Проте кількість захворювань зростає, рівень і якість медичних послуг істотно не покращується, фінансовий стан медичного персоналу залишає бажати кращого, що вимагає вжиття термінових заходів для врегулювання ситуації. При запровадженні страхової медицини можуть також розширитися та спектр послуг і кількість закладів, які їх надаватимуть.

Втім для цього доцільно сформувати єдину електронну базу даних осіб, які потребують медико-соціальної реабілітації, доступ до якої мали б відповідальні працівники органів публічної влади, сімейні лікарі, вузькопрофільні фахівці, соціальні працівники тощо. Це дозволило б у майбутньому підвищити результативність рішень, які ухвалюються органами публічної влади, щоб створити комфортне середовище для громадян, які мають особливі потреби, й вимагають тривалої реабілітації, удосконалити взаємодію між різними спеціалістами, пришвидшити інформаційний обмін між ними, здійснювати моніторинг одержаних лікувальних і реабілітаційних послуг, визначати їх ефективність відповідно до стану здоров'я та якості життя осіб, які їх отримують, та своєчасно вносити корективи у реабілітаційні програми тощо.

Такий підхід позбавив би необхідності осіб з інвалідністю щорічно проходити МСЕК і дозволяв би споживачам реабілітаційних послуг відчувати доступність отримання допомоги та прозорість її надання.

Попри оновлення законодавства у сфері реабілітації, громадяни України, які потребують довготривалої реабілітації, стикаються з неможливістю отримання реабілітаційних послуг через відсутність достатньої кількості фахівців на рівні територіальних громад (особливо тих, які володіють сучасними знаннями і техніками) та дороговартісного обладнання.

Крім того, неповнота статистичних даних і відсутність стратегічного планування у сфері медико-соціальної реабілітації призводять до того, що внаслідок нескоординованості дій суб'єктів управління, якісні послуги, не можуть отримати громадяни, для яких вони є життєвоважливими.

Також значною проблемою є те, що до цього часу нерозроблені стандарти, протоколи, рекомендації щодо медико-соціальної реабілітації у закладах та установах санаторно-курортного спрямування. Відсутні критерії оцінки ефективності реабілітаційних заходів, підкріплені доказовою медициною, не проводиться оцінка результативності діяльності закладів, які надають реабілітаційні послуги, не визначаються напрями оптимізації їх роботи.

З 2020 р. в Україні фінансування медичних послуг здійснюється новою організаційною інституцією – Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Тож мережа державних та комунальних медичних закладів та установ, які здійснюють свою діяльність у сфері реабілітації, формується на засадах, вимогах та правилах, які визначає НСЗУ [26]. Для цього Служба має закріплені у нормативно-правовому полі повноваження. Національна служба здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення і є уповноваженою структурою, відповідальною за ефективне витрачання бюджетних коштів під час надання медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [18] та Положенням про НСЗУ [26]. Завдання НСЗУ – здійснити закупівлю безпечних та якісних медичних послуг, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету Програми [26]. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Вона здійснює свої повноваження безпосередньо та через утворені територіальні органи.

У 2020 році був ухвалений новий закон – закон України про реабілітацію у сфері охорони здоров'я [6]. Цей закон є своєрідним фундаментом для розвитку в Україні якісної доказової реабілітаційної допомоги.

Згідно із ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» у документі виокремлено основні принципи та завдання державної політики у цій сфері [6], що представлені у табл. 1.2. та 1.3.

Таблиця 1.2

Законодавче визначення завдання державної політики України
у сфері реабілітації

№	Завдання державної політики у сфері реабілітації
1.	Забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації та медичних виробів (виробів медичного призначення)
2.	Створення рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників технічних та інших засобів реабілітації
3.	Впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації
4.	Регламентация правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробах (виробах медичного призначення)
5.	Створення умов для формування економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробах (виробах медичного призначення) якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації
6.	Формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги

Джерело: сформовано автором за [6]

Уважно розглянувши завдання державної політики слід акцентувати, що удосконалення потребує зміст завдання №6 «Формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги». Так, вітчизняний законодавець визначає тільки завдання формування системи реабілітації, не закріплюючи завдання щодо її ефективного функціонування. І це є слушним зауваженням не тільки правового змісту, але й організаційного та соціально відповідального змісту. Принципи державної політики у сфері реабілітації надано у табл.1.3.

Уважно проаналізувавши зміст зазначених принципів, можемо констатувати, що із 11 основних принципів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я більшість реалізується у закладах медичної сфери, і тільки 30% принципів мають наскрізний характер, тобто медична допомога та медична реабілітація здійснюється на однакових засадах.

Спираючись на вищезазначені законодавчі засади Міністерство охорони здоров'я України сформувало влітку 2023 року чітку візію розвитку системи реабілітації. Наразі завершено формування спроможної мережі медичних закладів. По всій Україні визначені кластерні лікарні, в яких працюватимуть повноцінні реабілітаційні відділення. Таким чином, разом зі спеціалізованими закладами реабілітації, існує змога покрити наявну потребу у реабілітаційній допомозі з рівномірним поділом по всій країні. Після завершення роботи над інфраструктурним етапом тримаємо фокус на належному кадровому забезпеченні та якості надання реабілітаційної допомоги», — зазначив Віктор Ляшко, міністр охорони здоров'я України.

Так, кожна кластерна та надкластерна лікарня матиме у складі власне стаціонарне реабілітаційне відділення. Інфраструктура для ефективного фізичного та психологічного відновлення людей стане невіддільною частиною госпітальної мережі.

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика принципів державної політики України
у сфері охорони здоров'я та у сфері медичної реабілітації

Принципи державної політики	
у сфері охорони здоров'я	у сфері реабілітації
визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України	прозорість
відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість	ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади
гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;	якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги
дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;	сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя
єдиний медичний інформаційний простір	-
децентралізація державного управління	-
поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції	-
інклюзивність	
попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я	
орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я	
рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я	

Джерело: сформовано автором за [6: 16]

Неспеціалізовані стаціонарні реабілітаційні відділення працюватимуть у 136 кластерних та надкластерних медзакладах, які увійшли до спроможної мережі. В кожному з таких медзакладів розташовуватиметься від 30 до 60 реабілітаційних ліжок. Загалом в межах країни йдеться про понад 5 250 ліжок. Це дозволить щорічно надавати якісні та безоплатні послуги з активної і доказової реабілітації для щонайменше 126 тисяч пацієнтів.

В Україні також буде створено 6 спеціалізованих реабілітаційних медичних закладів національного рівня. Вони мають охопити: пацієнтів із травмами грудного відділу хребта та нижче; людей, які потребуватимуть психологічного відновлення; апалітичних пацієнтів; людей із шийною травмою та ін.

Як зазначив міністр, ще 5 реабілітаційних центрів, розрахованих на 200 ліжок кожен, запустить Міністерство оборони України. Мета реалізації проекту – формування більше ніж 7 000 ліжко-місць для пацієнтів із травмами, хворобами та пораненнями, які потребують процесу активного відновлення.

Тобто сьогодні в організаційному плані в Україні формується пацієнтоцентрична реабілітаційна допомога кваліфікованих мультидисциплінарних команд, яка забезпечить надання оперативної та доступної реабілітації у сфері охорони здоров'я як цивільному населенню, так і військовослужбовцям Збройних Сил України. Реалізація зазначеної моделі управління починатиметься одразу ж після стабілізації пацієнта у медичному закладі. Це дозволить максимально ефективно відновити втрачені функції або компенсувати їх професійно підібраними допоміжними засобами реабілітації. Такий підхід дозволить якомога швидше повернути пацієнта додому, до родини, роботи й повноцінного життя.

Слід зазначити, що в умовах повномасштабної війни за основу побудови нової організаційної моделі публічного управління розвитком реабілітації в

Україні профільне міністерство взяло за основу ізраїльський досвід. Зазначена модель враховує як потреби цивільних, так і потреби військових. Отже, основний функціонал цієї моделі управління реабілітацією не втратить актуальність навіть після війни й не призведе до утворення надлишку реабілітаційних відділень.

В спроможній мережі стаціонарна реабілітаційна допомога доступна в кластерних лікарнях. Амбулаторна – в 63. Також 40 надкластерних лікарень надають послуги зі стаціонарної реабілітації та 44 – з амбулаторної.

Слід зазначити, що цей вид допомоги надають і медичні заклади, які не входять до спроможної мережі. Загалом за стаціонарним та амбулаторним пакетами надання реабілітаційних послуг наразі законтрактовано 421 медичний заклад.

Основою вищезначеної моделі є міждисциплінарний підхід до надання реабілітаційних послуг. На законодавчому рівні визначено [6], що до складу міждисциплінарної команди мають входити ерготерапевти, фізичні терапевти, лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини, протезисти, ортезисти, психологи, соціальні працівники логопеди, дієтологи тощо. Також можуть долучатися члени родини, викладачі, асистенти, соціальні працівники й інші фахівці за потреби. Втім, на практиці така команда працює не в повному складі у зв'язку з відсутністю достатньої кількості фахівців у штаті медичних установ (протезистів, ортезистів, ерготерапевтів, соціальних працівників тощо).

В умовах війни ці проблеми стали ще гострішими, особливо для проведення комплексної реабілітації військових і пацієнтів з воєнними травмами у період гострої реабілітації. Недостатньо продуманими виявилися пакети з реабілітації, за якими НСЗУ контракує заклади й установи охорони здоров'я в межах Програми медичних гарантій (далі – ПМГ). Зокрема, у штатному розписі закладів взагалі виявилися непередбаченими посади таких фахівців, як фізичні терапевти, реабілітологи у різних відділеннях (наприклад,

в інсультному блоці не передбачено наявність фізичного терапевта, але він є в реабілітаційному відділенні; у військових шпиталях таких фахівців взагалі немає, тому цих пацієнтів консультують цивільні медики).

Такий підхід призводить до збільшення навантаження на фахівців, які надають реабілітаційні послуги. Їх просто не вистачає. Тому пацієнти витрачають дорогоцінний час не на здійснення реабілітаційних заходів – максимально можливу ранню реабілітацію, як за кордоном, а на очікування консультування, щоб розпочати цю програму складати. З огляду на це, при удосконаленні нормативно-правового забезпечення питань реалізації державної політики у сфері реабілітації, в першу чергу, варто звернути увагу на те, що серед закладів ПМД, за якими укладаються угоди з НСЗУ, до цього часу відсутні пакети щодо військової реабілітації та реабілітації осіб з постратравматичними психічними розладами для цивільного населення. Внаслідок цього, оформляються документи за іншими пакетами, і військовослужбовці та інші постраждалі не отримують медичну і реабілітаційну допомогу в необхідному і повному обсязі. У подальшому ця ситуація може позначитися на отриманні підтверджуючих документів про отримані травми при оформленні статусу, наприклад, особи з інвалідністю, проходженні довготривалої реабілітації тощо.

До лікування посттравматичних психічних розладів у цивільного населення українські медики теж часто виявляються неготовими. Це пов'язано з тим, що сучасна система підготовки фахівців орієнтована на лікування важких психічних захворювань, а не терапію станів, які потребують індивідуального та тривалого, переважно психотерапевтичного ведення з певним медикаментозним компонентом і фармакологічною підтримкою. При цьому існують суттєві відмінності у лікуванні військових і цивільних, які побували в зоні бойових дій, в полоні, пережили окупацію, були примусово переміщені тощо. А лікування дітей – це взагалі окрема сфера, інші методики

і технології. Досвіду лікування таких станів в Україні немає. Тому вкрай необхідною є розробка нових концептуальних підходів до надання послуг з реабілітації посттравматичних психічних розладів на основі врахування вітчизняних особливостей і умов [6].

У зв'язку з цим, постає питання про необхідність реформування не тільки системи цивільної медицини, а й галузевої, зокрема, військової, яка характеризується цілим комплексом проблем, які потребують вирішення не тільки з точки зору медичного лікування та відновлення, вирішення соціальних, психологічних та ін. проблем, а й системної розробки та застосування нових концепцій, форм, методів та інструментів реабілітації, зумовлених обставинами отримання травм.

На рівні медичних установ сьогодні вкрай необхідно вводити посади не тільки реабілітологів – фізичних терапевтів (фізична реабілітація), а й фахівців, які здійснюють реабілітацію за основними нозологічними формами захворювання (медична реабілітація), які внесено до переліку лікарень, які надають реабілітацію військовим. Крім того, продовжує існувати потреба розвивати в Україні й паліативну медицину, а також реабілітацію на амбулаторному рівні. Потрібно поширити практику введення у військову реабілітацію мультидисциплінарних команд для відновлення військових, особливо тих, які мають задокументовані важкі політравми.

Вкрай необхідно сформувати систему закладів реабілітації за тяжкістю травм: у високотехнологічних закладах здійснювати інтенсивну терапію та реабілітацію в гострій період, а уже стабілізованих пацієнтів переводити у інші заклади, здатні ефективно працювати в післягострій період. Також необхідно збільшувати кількість реабілітаційних центрів із високотехнологічним обладнанням, спроможних надавати високоякісні послуги та провадити наукові дослідження для вдосконалення якості надання реабілітаційних послуг.

Сьогодні для України дуже необхідним постає проблема розвивати реабілітаційну сферу на місцевому та регіональному рівнях – важливо, щоб у лікувальних закладах та у відділеннях було не тільки належне медичне обладнання, а й фахівці: психологи, ерготерапевти, фізичні терапевти, їхні помічники тощо. Органи місцевого самоврядування, які від імені територіальної громади чи держави на місцевому рівні, здійснюють кадрові призначення керівників закладів й установ охорони здоров'я та соціальної сфери, координують їхню діяльність, організовують матеріально-технічне забезпечення, впроваджують заходи щодо соціальної реінтеграції осіб з інвалідністю, організовують облік і забезпечення осіб, які потребують допоміжних засобів реабілітації тощо. Надання реабілітаційних послуг також потребує врахування і внесення змін у чинні вимоги при будівництві закладів охорони здоров'я, планування обладнання, яке має бути придбане і встановлене (можливо не одразу, але для цього заздалегідь технічно мають бути створені відповідні умови).

Отже, дослідження організаційно-правового забезпечення медико-соціальної реабілітації свідчить про те, що в Україні ще тільки розпочато формування цілісної системи реабілітації та запровадження індивідуального підходу до кожного споживача реабілітаційних послуг.

2.3. Адаптаційне впровадження практик зарубіжних країн в сучасну модель реабілітаційної допомоги в Україні: управлінські аспекти

Аудит ВООЗ ілюструє певне відставання України від світових тенденцій розвитку реабілітації, що механізми управління та кадрове забезпечення цією підсистемою охорони здоров'я ще не відповідають світовим і європейським стандартам. Наприклад, якщо в США та країнах Європи існують багатопрофільні центри ортопедичної, неврологічної, трудової, спортивної й інших видів реабілітації, то в Україні в основному є медичні установи (лікарні та військові госпіталі), реабілітаційні центри вузького профілю та оздоровчі заклади (санаторії, спа-центри і фітнес-клуби). Більшість з цих установ не пристосовані для прийому інвалідів і маломобільних груп населення та не мають потрібної спеціалізації [43].

Тому виходом з такої ситуації є розвиток системи реабілітації як інвестиційного ресурсу зі значною кількістю різнопланових реабілітаційних програм, підтримуваних державою через програми медичних гарантій НСЗУ, страхової медицини, публічно-приватного партнерства, підтримки і пропагування благодійництва.

У цілому дослідження стану забезпечення реабілітаційних послуг органами публічної влади в Україні свідчить, що питанням публічного управління реабілітацією у системі охорони здоров'я приділяється увага, але недостатня:

– мало використовується стратегічне управління та планування заходів щодо розвитку системи реабілітації, особливо в умовах війни, коли цей вид послуг потрібен як цивільним особам, так і військовим; і не тільки фізична чи медична реабілітація, а й у значній мірі психологічна. Її сьогодні більше надають волонтерські організації;

- недопрацьовано організаційні питання впровадження положень закону в практику роботи: закон про реабілітацію вступив у силу у грудні 2020 р., а лише через рік розпочалося навчання мультидисциплінарних команд;
- не проведено аудиту закладів, які надають реабілітаційні послуги, з метою виявлення їх спроможності надавати послуги за оновленими вимогами;
- спостерігається відставання у розробці підзаконних нормативно-правових актів, які б забезпечували реалізацію положень і норм закону;
- на регіональному та місцевому рівні в положеннях про структурні підрозділи обласних (районних) адміністрацій не вказаний новий напрям роботи;
- органами публічної влади майже не висвітлюється хід реформування реабілітаційної системи в засобах масової інформації, на офіційних сайтах;
- медична статистична інформація не містить даних про стан здоров'я населення відповідного регіону чи територіальної громади, реабілітацію осіб за її формами й видами, чисельністю споживачів, які отримали послуги, з них дітей та осіб з інвалідністю, про кількість закладів, у яких створено мультидисциплінарні команди тощо.

Такий підхід ускладнює реформаційні процеси та призводить до необґрунтованості рішень щодо розподілу ресурсів. Тому потребує оновлення.

Нині реабілітація є основною медичною послугою для людей з різними захворюваннями на всіх етапах життєвого шляху та протягом усіх фаз гострої, підгострої та тривалої допомоги. Реабілітація стосується впливу на здоров'я, яке суттєво визначає якість життя людини, і зосереджується насамперед на поліпшенні функціонування та зниженні стажу інвалідності. Саме перенесення уваги на якість і повноцінність життя людини, а не хворобу, є головною тенденцією змін у організації та здійсненні реабілітації.

Такий підхід потребує зміни пріоритетів у діяльності всіх учасників реабілітаційного процесу з акцентом на навчанні й розширенні можливостей

людей керувати своїм здоров'ям, у створенні умов для того, щоб, особи, які мають певні обмеження, могли пристосовуватися до середовища і залишитися максимально самостійним і активним [44].

К. Гутенбрунер звертає увагу на те, що сучасна реабілітаційна медицина і заходи соціальної підтримки зосереджуються на трьох основних напрямках, які обумовлюють формування інституційних засад системи реабілітації в кожній державі:

- потреба у піклуванні про жертв війни та стихійних лих, які отримали гострі травми, що вимагає тривалого лікування та відновлення;

- програми догляду за дітьми з різноманітними вродженими вадами розвитку (саме цей напрямок вважається базовим для сучасного розуміння реабілітації як стратегії здоров'я для зменшення інвалідності як життєвого досвіду людей з порушеннями);

- традиційна курортна медицина та застосування концепцій лікування, які використовують бальнеологічні та фізичні методи як основу реабілітації осіб з хронічними та прогресуючими захворюваннями [45].

Таке розуміння реабілітації впливає на систему установ і закладів, які надають послуги з реабілітації, здійснюють науковий супровід, готують фахівців та забезпечують управління системою медико-соціальної реабілітації. Вітчизняні науковці й практики погоджуються з думкою про те, що ефективна медико-соціальна і професійна реабілітація населення має здійснюватися комплексно, з послідовним переходом від одних заходів до інших.

А. Шевцов вважає, що універсальна мета комплексного реабілітаційного процесу є багатовимірною і має бути спрямована на забезпечення реалізації таких цілей:

- відновлення та корекція здоров'я (фізичного, соціального, психічного);

- соціалізація;
- соціальна інтеграція;
- соціальна адаптація; – підвищення якості життя;
- формування стилю незалежного життя;
- формування способу діяльності за типом «повноцінно функціонуюча людина» [46].

Для забезпечення впровадження комплексного підходу до здійснення медико-соціальної реабілітації населення у світовій практиці створено відповідне інституціональне та інституційне середовище. Це виявляється насамперед в тому, що медико-соціальна реабілітація є окремим напрямом державної політики, який спрямовується на адаптацію зовнішнього середовища до осіб із фізичними обмеженнями, вирішення проблем їхньої професійної адаптації, розробки й впровадження філософії толерантного та підтримуючого ставлення до людей, які мають труднощі чи обмеження життєдіяльності.

Саме тому реабілітація є:

- окремим напрямом наукових і прикладних досліджень;
- медичною спеціальністю;
- сферою професійної діяльності фахівців і застосування розроблених стандартів, методик, технологій і процедур з надання реабілітаційних послуг;
- системою установ і закладів: підрозділів, відділень і центрів з комплексної реабілітації, які безпосередньо виконують роботу з відновлення чи компенсації втрачених функцій, соціальної адаптації, навчання тощо.

Крім того, щоб ця система ефективно функціонувала, необхідно:

- створювати підприємства, які будуть проектувати, удосконалювати, виготовляти й обслуговувати медичні вироби, а також у навколишньому середовищі братимуть участь у формуванні простору для комфортного життя та обслуговування людей з обмеженням можливостей;

- розробляти систему нормативних актів, які регулюватимуть відносини у сфері реабілітації між учасниками цього процесу;
- формувати систему органів влади (чи структурних підрозділів у складі вже існуючих), які відповідатимуть за організацію роботи системи реабілітації в країні у цілому, на рівні регіону чи територіальних громад, здійснюватимуть контроль за якістю наданих послуг, безпечністю функціонування закладів, результативністю професійної діяльності фахівців, вивчатимуть тенденції розвитку цієї сфери, впроваджуватимуть новації як у сфері управління, так і здійснення реабілітації, забезпечуватимуть захист прав усіх учасників реабілітаційного процесу, притягатимуть до відповідальності порушників законодавства, етичних норм і принципів тощо.

Кожною країною обирався чи історично складався власний підхід до формування системи реабілітації, обумовлений національними особливостями. Але розпочиналося вирішення проблем у сфері реабілітації у всіх державах з відкриття спеціальностей «Медична реабілітація» у закладах вищої освіти (ЗВО) медичного спрямування та розбудови мережі закладів та установ, у яких надавався цей вид медичної допомоги.

Огляд літератури засвідчує, що у зарубіжних країнах використовуються різні інституційні форми надання реабілітаційних послуг. Зокрема:

- стаціонарні установи: клініки реабілітації (розташовані здебільшого в курортних зонах);
- реабілітаційні центри: спеціалізовані та комплексні (переважно за місцем проживання);
- центри реабілітації на базі стаціонарних реабілітаційних установ (у великих містах);
- стаціонарні реабілітаційні відділення; відділення великих лікарень;

- амбулаторні установи: денні клініки, лікарні і профілакторії для хворих з хронічними захворюваннями та інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду;
- реабілітаційні консультації;
- центри реабілітації на базі поліклінічних реабілітаційних установ (у великих містах);
- амбулаторні реабілітаційні відділення (в деяких країнах саме їм надається перевага);
- санаторно-курортні організації;
- інститути та кафедри реабілітації – розвивають і пропагують ідеї реабілітації;
- інші форми організації реабілітаційного процесу: «станції відновного лікування» при поліклініках або лікарнях; реабілітаційні групи, які технічно вирішують питання реабілітації спеціальні бригади (лікар, інструктор ЛФК тощо) забезпечені транспортом для реабілітації в домашніх умовах (в населених пунктах з певною кількістю населення).

Науковці стверджують, що така полісуб'єктність з надання послуг створює на національному рівні реалізації державної політики максимально наближений реабілітаційний сектор до життєвого середовища пацієнтів [47].

Україні потрібно подолати проблему відсутності достатньої кількості фахівців з реабілітації, тому доцільно скористатися досвідом таких країн, які зрозуміли, що реабілітація – це не тільки корисна, а й вигідна інвестиція. Пацієнтам – у власне повноцінне й активне життя, убезпечення від інвалідності, інвесторам – отримання прибутку, закладам охорони здоров'я – збільшення можливостей для розширення сфери обслуговування, підвищення іміджу, якості послуг, спроможності стимулювання фахівців за успіхи в роботі, висунення і впровадження інноваційних підходів тощо.

При цьому, в переважній більшості випадків медична реабілітація за кордоном здійснюється у декілька етапів з урахуванням різного стану втручання:

– перший підхід: первинна діагностика – спеціалізоване обстеження – інтенсивна терапія – долікування і медична реабілітація – реадаптація і соціально-медичний патронаж;

– другий підхід: 3-х-етапна програма реабілітації після інфаркту міокарда: лікарня – санаторій – амбулаторія. Процес реабілітації починається відразу ж з моменту настання захворювання.

Особливістю зарубіжного підходу є те, що період активної медичної реабілітації триває до моменту встановлення особі інвалідності, після чого здійснюється підтримуюче лікування й підготовка до нового етапу – соціалізації, щоб забезпечити гідне життя.

Визначальною рисою зарубіжної системи реабілітації також є добре розвинена система геріатричної реабілітації – реабілітації людей похилого віку, яка об'єднує трудотерапію, фізіотерапію, логопедичну допомогу, психологічні консультації, громадські послуги тощо. Вони надаються для полегшення відновлення після втрати функції, спричиненої переломом, ампутацією, інсультом або іншим неврологічним розладом, артритом, серцевою недостатністю або тривалим погіршенням стану (наприклад, після деяких захворювань і хірургічних процедур) тощо.

Варто відзначити, що незалежно від типу й виду реабілітації цілеспрямовано формується тісний взаємозв'язок між особою, що реабілітується, її родиною, працівниками закладів охорони здоров'я та соціальними працівниками. Така модель отримала назву «реабілітація, що підтримується суспільством» («community-based-rehabilitation») [47]. Її особливістю є те, що громадськість, соціальне середовище залучаються до

реабілітації осіб, які потребують соціально-побутової підтримки, збереження активності пацієнта, формування відповідальності кожного за власне здоров'я.

Застосування такої моделі відносин сприяє і спонукає до розвитку у сфері медико-соціальної реабілітації державно-приватного партнерства, найпоширенішими формами якого є [48]:

- контракти, що надаються державою приватним компаніям з метою виконання робіт і послуг;

- також постачання продукції на виконання державних потреб.

Найвідомішою і найчастіше використовуваною є договірна форма державно-приватного партнерства, що використовується в масштабних проєктах, у міжнародній практиці, – концесія;

- орендні відносини, що формуються при передачі державою свого майна в оренду приватним особам (будівлі, виробниче обладнання та ін.), за що сплачується орендна плата за використання державного майна приватними компаніями;

- створення публічно-приватних компаній, що розширює можливості закладів охорони здоров'я у сфері реабілітації, збільшує конкуренцію і симулює підвищення якості послуг та кваліфікації лікарів тощо.

Тому адаптація зарубіжного досвіду може сприяти підвищенню якості послуг, що надаються в Україні. Активна співпраця держави та приватних структур відбувається і у сфері розвитку курортної медицини, яка часто поєднується із курортно-оздоровчим (медичним) туризмом. Зокрема, у країнах Балтії за активної державної підтримки відбувалося становлення сучасної реабілітаційної медицини з уведенням мультидисциплінарних команд у роботу як лікувальних, так і оздоровчих закладів. Але також збереглися заклади, у яких працюють лікарі старої системи, послуги у яких можна отримати самостійно за власний кошт.

Україна має унікальні природно-географічні умови для розвитку лікувально-оздоровчої реабілітації. У інших країнах цей напрям також тісно переплітається із медичним туризмом, що дозволяє активно розвивати інфраструктуру лікувально-курортних закладів. З цією метою на регіональному та державному рівнях необхідно створити привабливі економічні й правові умови, щоб залучити достатню кількість інвестицій та впровадити інноваційні технології у сфері лікування, відновлення, оздоровлення та підвищити конкурентоздатність закладів.

Широко використовувані у зарубіжній практиці важелі економічної підтримки можна застосувати й в Україні, а саме: податкові пільги (включно, звільнення курортних послуг від збору податку на додану вартість), пільгову передачу в довгострокову (до 49 років) оренду земельних ділянок під будівництво нових санаторно-курортних закладів та інших об'єктів інфраструктури, організацію інженерно-технічної підготовки території для курортних споруд за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів [48].

Напрямок медичного туризму може стати вагомим для розвитку територіальних громад, тому потребує розробки і включення відповідних заходів до їх стратегій розвитку; розробки нормативно-правового забезпечення, підготовки державних стандартів і протоколів щодо надання лікувально-реабілітаційних послуг у лікувально-курортних закладах, ухвалення програм для надання санаторно-курортних послуг за спеціальними програмами для пільгових категорій та спеціальних програм реабілітації; просування цих програм як туристичних продуктів на вітчизняному й міжнародному рівнях, інформування про них широкого загалу споживачів як про систему санаторно-курортних і оздоровчих закладів, які успішно пройшли ліцензування та акредитацію як в Україні, так і за кордоном.

Втім, щоб почати практично втілювати наведені напрями, необхідно внести низку зміни у побудову та функціонування чинної системи охорони здоров'я України в цілому та управління нею.

У цьому аспекті цікавим і корисним є досвід США щодо формування системи охорони здоров'я, яка ґрунтується на високій конкуренції закладів, орієнтації на споживача, наданні високоякісних послуг і постійному вдосконаленні професіоналізму лікарів; покращенні якості законодавства з питань фінансування програм надання медичної допомоги малозабезпеченим особам; розширенні мережі реабілітаційних закладів у регіонах; оптимізації державної політики щодо профілактики захворювань та стимулювання збереження здоров'я; розробки механізму покриття витрат на виконання державних програм у сфері реабілітації тощо.

З Британського досвіду можна запозичити підходи до вдосконалення фінансування системи догляду в закладах охорони здоров'я. Зокрема, варто зосереджувати увагу не на виділення коштів на оплату «стін» закладів охорони здоров'я та комунального господарства, а на забезпечення медичних послуг, яких потребують пацієнти [49]. При цьому значна увага приділяється реалізації Стратегії «Охорона здоров'я, орієнтована на людину» [50], яка ґрунтується на комплексному підході до лікування, реабілітації і профілактики захворювань безпосередньо лікарями первинної ланки або спеціально організованого надання послуг в інших закладах. Внаслідок такого підходу фокус в управлінні закладами охорони здоров'я поступово зміщується з державного адміністрування процесів та діяльності на їх регулювання; формування ринку медичних послуг та визначення обмежень, які спричиняють його негативний вплив на доступність медичної допомоги; формування інтегрованих структур, що сприяють економічному зростанню медичної промисловості тощо [51, с. 82]. При цьому важливим є посилення регулюючої ролі держави як основного гаранта доступності й безпеки

медичної допомоги, а забезпечення якості є прямим обов'язком постачальників медичних послуг та показником їх конкурентоспроможності, що ретельно відстежується.

Такий підхід активно використовується не лише у Великобританії. Зокрема, у Бельгії знана кількість медичних реабілітаційних установ є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції.

Систему медичної реабілітації Німеччини за своїм охопленням і диференційованістю по праву можна вважати основою європейського стандарту. Держава Медико-реабілітаційна допомога Діяння Мета Наслідки Медичні послуги Засоби Ефективність Економічність Результативність 8 До Основного Закону ФРН в 1994 р. було внесено таку поправку: «Ніхто не повинен утискатися через свої недоліки (розумові або фізичні)». Вона надає всім громадянам «право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя» і зобов'язує законодавчу, виконавчу владу та судові органи як на федеральному рівні, так і на рівні земель та громад, а також інші заклади й організації громадської влади використовувати всі можливості для введення інвалідів усіх груп, «наскільки це можливо», у нормальне життя. У цивільному праві передбачено заборону заподіяння шкоди інвалідам при відносинах між приватними особами. Проте, у Конституції Німеччини немає вимоги щодо надання переваги або сприяння інвалідам для встановлення однакових умов життя. Контроль якості у сфері медичної реабілітації здійснюється шляхом анкетування хворих при виписці з реабілітаційного центру. На сьогодні формуються стандарти реабілітації для аналізу та гарантії якості проведеного курсу. Система охорони здоров'я держави базується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного обов'язкового страхування (ДОС) та приватних страхових фондів. Усі лікарні в країні поділяються на: громадські (близько 54% всіх лікарняних ліжок), благодійні (фінансовані некомерційними організаціями, такими як Червоний Хрест, або з

церковних бюджетів; близько 38% ліжок) та приватні (невеликі клініки, які діють за принципами комерційних підприємств; близько 8% ліжок).

За змістом і структурою реабілітація у Франції є складником госпітальної медицини та вважається новою гілкою в розвитку медицини. На систему реабілітації впливають особливості організації системи охорони здоров'я Франції в цілому, які полягають у широкому впливі держави, відсутності конкуренції між лікарняними касами, загальній обов'язковості соціального страхування, відсутності меж страхових внесків, застосуванні принципу відшкодування витрат, відсутності обмежень на вартість лікарської допомоги в приватній практиці і високому особистому залученні хворих до оплати лікування. Особливостями системи медичної реабілітації у Франції можна вважати такі визначальні моменти: – немає чіткого розмежування госпітального та курортного лікування; – єдиною структурою, що фінансує, є державне медичне страхування; – медичну реабілітацію в 90% випадків проводять у межах стаціонарного госпітального лікування в період доліковування; – у цілому значущість медичної реабілітації у Франції невисока. Процес управління якістю в реабілітаційних центрах Франції детально не розроблений, перш за все, у зв'язку зі структурною якістю клінік. Так, для допуску реабілітаційного центру до лікування хворих необхідно виконання низки стандартних вимог структурного характеру (наприклад, обладнання тренувального залу, одного або кількох басейнів, приміщень для бальнеотерапії, фізіотерапії, включаючи місце для петльових столів, апаратів електротерапії, приміщень для ерготерапії, гіпсових кімнат, приміщень для тренажерів, приміщень для мовних тренувань, залів і класів для занять у сфері шкільної, професійної та соціальної реінтеграції, приміщень для вільного часу й розваг), що не завжди дотримується. Також об'єктом критики є надмірний державний контроль в охороні здоров'я, який, на думку багатьох експертів, шкодить якості медичного забезпечення.

Проведений аналіз національних систем надання медико-реабілітаційної допомоги в Німеччині та Франції як країн – представників ЄС вказує на можливість використання окремих позитивних рис для їх імплементації в українську систему. Проте, необхідно брати до уваги відмінності в побудові загальних національних систем охорони здоров'я, рівня фінансового благополуччя домогосподарств, загальний стан економіки досліджуваних держав.

В Ірландії послуги медичної реабілітації та догляду за людьми з інвалідністю надають як державні, так і недержавні заклади на основі державного замовлення. Вільна конкуренція таких закладів сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації. Значних змін зазнає роль органів управління у забезпеченні якості системи медичної допомоги. Вона полягає в забезпеченні умов для формування і раціонального використання відповідного ресурсного потенціалу (кадрового, матеріально-технічного тощо), а також у стимулюванні інноваційної моделі управління якістю, регулюванні конкуренції між якістю наданих послуг та медичним страхуванням як відшкодуванням оплати за їх надання.

Упровадження цих заходів дозволить наблизити розробку державної політики у сфері реабілітації в Україні до світових стандартів, забезпечити системність надання послуг, підвищити рівень задоволеності їх якістю.

ВИСНОВКИ

За результатами виконання магістерського дослідження на основі отриманих результатів можна сформулювати наступні висновки:

1. З'ясовано, що публічне управління у сфері реабілітації населення є комплексним впливом органів публічної влади шляхом застосування політичних, економічних, організаційних, правових, соціальних засобів, важелів, інструментів і практичних заходів на установи та заклади національної системи охорони здоров'я, соціального захисту та заклади й установи міністерства оборони України, які провадять діяльність, орієнтовану на забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених функцій, здібностей і здатностей особи та забезпечують створення умов для її ресоціалізації.

2. Визначено, що в Україні публічне управління медико-соціальною реабілітацією здійснюється у процесі формування і реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, соціального захисту, соціальної підтримки і супроводу. Тому участь у цьому бере велика кількість владних інституцій на різних рівнях управління, що ускладнює координацію діяльності та гальмує прийняття важливих державно-управлінських рішень.

3. Сукупність організаційно-правових норм, які регулюють і регламентують суб'єктно-об'єктні та суб'єктно-суб'єктні відносини у системі реабілітації, що формуються у процесі реалізації передбачених законом функцій та повноважень за допомогою визначених форм, методів, інструментів, засобів і технологій діяльності, на основі раціонального використання ресурсів за для створення умов щодо забезпечення ефективності надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги, становлять організаційний механізм публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення. Наголошено на необхідності пришвидшення впровадження комплексного підходу до здійснення медико-соціальної

реабілітації в Україні, розробці стандартів і протоколів для різних видів і форм медичної реабілітації відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що суттєво змінює модель медико-соціальної реабілітації, потребує посилення взаємодії з громадськими організаціями та професійними асоціаціями реабілітологів в Україні та за кордоном.

4. Обґрунтовано доцільність адаптації до вітчизняних умов заходів кращих реабілітаційних практик зарубіжних країн. Насамперед, для створення передумови розвитку медико-соціальної адаптації – це введення у медичних закладах вищої освіти спеціальності «Медична реабілітація»; більш широкого використання інструментів державно-приватного партнерства. Це дозволить розробляти і впроваджувати заходи національної державної політики, правила і протоколи у сфері реабілітації, надавати реабілітаційні послуги на рівні громад і спільнот, знаходити додаткові ресурси для фінансування заходів і проєктів; формувати ефективну систему управління якістю реабілітаційної допомоги та систему оцінювання якості та результативності організації управління нею тощо.

5. Запропоновано для підвищення якості публічного управління медико-соціальною реабілітацією удосконалити як систему оцінювання реабілітаційних послуг, що надаються закладом охорони здоров'я: державний рівень – ліцензування та акредитація МОЗ України; регіональний рівень – постійний моніторинг діяльності регіональних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування; місцевий рівень – включає самоаналіз у процесі щорічного планування діяльності кожним закладом охорони здоров'я. Крім того зовнішня оцінка якості реабілітаційних послуг – оцінка рівня задоволеності послугою споживачами, їх прогресу у відновленні здоров'я завдяки отриманню реабілітаційних послуг.

ПЕРЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Указ Президента України «Про введення воєнного стану в Україні» від 24.02.2022 року № 64/2022. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>
2. Департамент соціального захисту населення Дніпропетровської ОВА. <https://adm.dp.gov.ua/dniprooda/pro-oda/departamenti-ta-upravlinnya/departament-socialnogo-zahistu-naselennya>
3. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.
4. Маруніч В.В., Шевчук В.І., Яворовенко О.Б. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів: посібник. Вінниця: О. Власюк, 2006. 212 с.
5. Реабілітація. Енциклопедія сучасної України. URL: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=66073
6. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03
7. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03
8. Rehabilitation 2030: a call for action. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339910>
9. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.
10. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
11. Про Раду національної безпеки і оборони України: закон України від 05.03. 1998 № 183. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183/98-%D0%B2%D1%80#Text>
12. МОЗ України. Офіційний сайт. <https://moz.gov.ua/>

13. Міністерство соціальної політики України. Офіційний сайт. <https://www.msp.gov.ua/content/polozhennya-pro-ministerstvo-socialnoi-politiki.html>

14. МОН України. Офіційний сайт. <https://mon.gov.ua/ua>

15. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

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

17. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо посилення соціального захисту військовослужбовців, поліцейських та деяких інших осіб: закон України від 6 вересня 2023 року № 3379. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3379-20#Text>

18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168>

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

20. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-ХІІ. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T201100>

21. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.07.2016 р. № 483. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/483-2016-%D0%BF#Text>

22. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією осійської федерації проти України, на лікування за кордон. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.10.2022 р. № 1169. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-poriadku-napravlennia-osib-izskladovykh-syl-oborony-ta-syl-bezpeky-1169-141022>

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

24. Офіційний веб-сайт департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації. URL: https://dozdniprooda.com.ua/site/uk/categorys/pro_departamen

25. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03

26. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. Офіційний вісник України. 2018. № 15. Ст. 507.

27. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П. Соціальна медицина: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2011. 208 с.

28. Остролуцька Л.І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних і історичних змін. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2020. № 2. С. 260–273.

29. Організація Об'єднаних Націй. URL: <https://www.un.org/ua/>

30. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (поточна редакція від 01.08.2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>

31. Статистичні дані учасників бойових дій, 2021. URL: <https://legal100.org.ua/svizha-statistika-shhodo-kilkosti-uchasnikiv-atoos-standov-na-2021-rik/>

32. Турбан В. В. Реабілітаційна робота з військовослужбовцями, учасниками бойових дій у центрах соціальних служб: етичний аспект. Творча спадщина Г. С. Костюка: історія та сучасність. 2018. С. 345 – 346.

33. Бриндіков Ю. Л. Соціально-психологічні складові процесу реабілітації учасників бойових дій в Україні. Актуальні дослідження в соціальній сфері: матеріали восьмої Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17 листопада 2016 р.). Одеса: ФОП Бондаренко М.О., 2016. С. 120 – 122.

34. Міхеєва О. Характеристика соціальної роботи з сім'ями військовослужбовців. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Вип. 24 (І том). Київ: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2018. С. 44 – 50.

35. Meyers L.L. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L.L. Meyers, T.Q. Strom, J. Leskela [et al.] // *Military Medicine*. 2013.Vol. 178 (1). P. 95 – 99.

36. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей: рекомендації для місцевих органів влади. Київ: Рада, 2021. 19 с.

37. . Neumann V, Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine / V. Neumann, C. Gutenbrunner, V. Fialka-Moser, N.Christodoulou, E. Varela, A. Giustini // *J. Rehab. Med.* 2010. V. 42. P. 4–8.

38. Волянський О. М. Коли починається медична реабілітація на госпітальному етапі надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, які приймали участь в антитерористичній операції? // *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2015. №.1. С. 72 – 77.

39. Iribarren J. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium.// *Evid Based Complement Alternat Med*. 2005. Vol.2(4). P. 503 – 512.

40. Iribarren J. Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for the Third Millennium / J. Iribarren, P. Prolo, N. Neagos, F. Chiappelli // *Evid Based Complement Alternat Med.* 2005. Vol.2(4). P. 503 – 512.

41. Козачок М.М., Коваль М.М. Питання реабілітації хворих у Збройних Силах України // *Проблеми військової охорони здоров'я*: зб. наукових праць УВМА. Київ, 2007. Вип.19. С.355 – 365.

42. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей (зі змінами): Постанова Кабінету Міністрів України від 27.04.2011 № 446 // *Офіційний сайт Верховної Ради України*.: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/446-2011-п/card2#Card>. – Назва з екрану.

43. Бісмак О.В. Особливості організації діяльності реабілітаційних закладів в Україні. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 4 (12). С. 1–12.

44. Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/en/>

45. Gutenbrunner C. Grand Challenge in Medical and Surgical Rehabilitation: From Mechanisms to Evidence Based Rehabilitation Programs. *Frontiers in Rehabilitation Sciences. Sec. Medical and Surgical Rehabilitation*. 2021.12 March. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fresc.2020.634942/full>

46. Шевцов А.Г. Освітні системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. ... д.пед.н.: 13.00.03. Київ, 2010. 46 с.

47. Шевчук В.І., Яворовенко О.Б., Беляєва Н.М., Куриленко І.В., Андросова Н.С. Організація медичної реабілітації в провідних країнах світу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1. Т. 2. С. 51–53.

48. Нагорянський А.О. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації як складової частини державної політики у сфері охорони здоров'я України. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 2. С. 63–69.

49. Kostiuk V.S. Reforming health care in Ukraine in a European orientation. Naukovyi visnyk Mizhnarodnoho humanitarnoho universytetu. Seriiia : Ekonomika i menedzhment/ 2017. № 24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

50. Проєкт Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

51. Karlash V.V. Mechanisms of state regulation of public health in Ukraine: abstract of doctor dissertation: 25.00.02. Kharkiv, 2020. 307 p. 95