

УДК 616-036.86-083(477)

*М.К. Хобзей**,
*А.В. Інатюк***,
*Ю.І. Коробкін***,
*О.М. Мороз***

Міністерство охорони здоров'я України*

Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності**

Ключові слова: інвалідність, інвалід, медико-соціальна експертиза, реабілітація
Key words: disability, disabled person, medical and social examination, rehabilitation

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

Резюме. В работе рассмотрены вопросы исторического развития системы предоставления медико-социальной помощи лицам с ограниченными возможностями и проблемы реформирования социальной сферы, межбюджетных отношений, административное влияние на организацию медико-социальной экспертизы и реабилитации. Проблема социальной защиты инвалидов, как многофакторное общественное явление, возникшее практически с появлением человечества и продолжающее существовать и сегодня, отличается от других проблем общественного развития определенными особенностями, присущими только этому явлению, имеет чрезвычайно многогранную сущность, что позволяет в зависимости от изменения внутренней или внешней среды формулировать новые общественные запросы и, согласно этим запросам, побуждает органы власти находить новые пути решения существующих проблем. Рассматриваются пути решения проблем инвалидности и инвалидов, то есть лиц с особыми потребностями, как одно из приоритетных направлений социальной политики государства на современном этапе развития общества.

Summary. The paper covers aspects of historical development of system rendering medico-social aid to persons with limited possibilities and problems of reforming in social sphere, inter-budget relations, administrative influence on organization of medico-social expertise and rehabilitation. Social defense of invalids as multifactor social phenomenon, has appeared since appearing of humanity and is still existing nowadays, differs from other problems of social development with specific features, inherent only to this phenomenon it has, very special essence. This allows to formulate new social requirements and according environment to them makes corgans of power to, find ways to solve existing problems. Ways of solving problems of disability and disabled people, i.e. people with special requirements as one priority directions of social policy of the state at present-day stage of development of society.

Актуальність проблем інвалідності й інвалідів визначається великою чисельністю осіб з обмеженнями життєдіяльності в соціальній структурі суспільства. За оцінкою експертів ВООЗ, люди з обмеженими можливостями становлять 10% населення Землі. Так, у Росії люди з обмеженими можливостями становлять близько 7% населення. Щорічно визнаються інвалідами понад 1,352 млн. людей, понад 50% - у працездатному віці. В подальшому менше 5% з них повністю відновлюють свою життєдіяльність, у той час як 95% пожиттєво залишаються інвалідами.

Разом з тим, що чисельність інвалідів в Україні останні роки залишається відносно стабільною, відбувається їх якісна зміна. Серед первинно визнаних інвалідами зростає питома вага осіб працездатного віку. Для нашої держави особливого значення ця проблема набуває у зв'язку з постійним зростанням частки інвалідів

у загальній структурі населення – з 3,0% (1994 р.) до 5,7% (2009 р.). У зв'язку з цим за останні роки в Україні була прийнята низка законодавчих актів щодо розвитку системи реабілітації в цілому, а найголовніше – питань надання індивідуально орієнтованих реабілітаційних послуг.

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

Інтеграція в суспільство людей з інвалідністю в Україні за останні п'ять років стала одним із пріоритетів державної соціальної політики, в контексті якої зайнятість інвалідів почала роз-

глядатися не тільки як ключовий елемент їх соціальної інтеграції та забезпечення економічної незалежності.

Раціональне працевлаштування, як найважливіший критерій успішної адаптації інваліда в минулому, сьогодні є лише однією із складових повноцінної реабілітації. Згідно із сучасною концепцією медико-соціальної експертизи, інвалідність встановлюється після оцінки різних видів життєдіяльності, що порушуються внаслідок інвалідизуючого захворювання. Тому система реабілітації людини з обмеженими можливостями повинна містити заходи, спрямовані на кожен із порушених видів життєдіяльності.

Корінні зміни, що відбуваються у підходах до визначення та вирішення проблем інвалідності у державній політиці, зумовили посилення реабілітаційної спрямованості, формування мережі реабілітаційних закладів, розвиток ринку технічних засобів реабілітації. Останнім часом у спеціалізованій літературі обговорюються питання реформування служби медико-соціальної експертизи та реабілітації у країнах колишнього СРСР (Л.П.Гришина, А.И.Осадчих, Д.И.Лаврова, Л.Н.Чикинова; С.Н.Пузин; Е.И.Тимофеева, О.С. Андреева, В.Б.Смычек, В.В.Маруніч, А.В.Ипатов). У той же час на сучасному етапі розробка теоретичних аспектів медико-соціальної експертизи та реабілітації не завершена. Відсутність централізованого банку даних людей з обмеженими можливостями, їх потреб у різних видах реабілітації зумовлює складності перспективного планування комплексу реабілітаційних заходів та надання реабілітаційних послуг на державному рівні.

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

Реформування соціальної сфери, міжбюджетних відносин, адміністративна та податкові реформи не знаходять підтримки з боку організацій інвалідів. Таким чином, у багатьох регіонах України відсутні Ради у справах інва-

лідів при обласних Державних адміністраціях, а в тих регіонах, де такі Ради створені, їх робота носить формальний характер.

На сьогодні спостерігається нерівномірний розподіл реабілітаційних відділень, особливо відчувається їх нестача у сільській місцевості, слабкий розвиток матеріально-технічної бази. Функціонування існуючих реабілітаційних відділень відбувається переважно за медичною моделлю, з недостатнім розвитком соціальної реабілітації та інтеграції.

Зайнятість населення в умовах глобалізаційних викликів, виступаючи фактором і наслідком кількості індивідуального і суспільного здоров'я, з одного боку, впливає на формування генофонду нації, на поступ держави на міжнародному ринку праці, а з іншого боку, зумовлює низку особливостей використання трудового потенціалу на внутрішньому ринку праці. Специфіка цих процесів значною мірою залежить від належного рівня сформованості системи державного управління службою медико-соціальної експертизи працездатності, адже в Україні щорічно користуються постійною медико-соціальною допомогою та потребують соціального захисту 2,5 млн. інвалідів.

Медико-соціальна допомога у нашій країні пройшла тернистий шлях від надання соціальної підтримки інвалідам до сучасного формування системи медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Так, у 1908 р. у Катеринославі (нині м. Дніпропетровськ) були організовані перші лікарські консультаційні бюро (ЛКБ). З цього часу почався активний розвиток спеціалізованої мережі установ для проведення лікарської експертизи працездатності (Москва, Харків, Баку, Одеса). У той час бюро створювалися за ініціативою медичної громадськості, а тому їх структура розроблялася на місцях. Здебільшого це були приватні установи, головне завдання яких полягало в оцінці працездатності хворих з урахуванням характеру захворювання або травми. До складу ЛКБ, які розміщувалися на базі міських лікарень, входило від трьох до п'яти лікарів.

Отже, організація ЛКБ була прогресивним кроком у створенні служби медико-соціальної експертизи працездатності. Однак матеріальне забезпечення за рахунок державних коштів осіб, які втратили працездатність, на той час не було вирішено через те, що ці бюро фінансувалися та утримувалися приватним капіталом. Тому керівництво бюро обстоювало інтереси самих працевдавців, а не найманих робітників. В умовах існування такої системи вся відповідальність

підприємців за заподіяну шкоду здоров'ю робітника на виробництві перекладалася на плечі самих робітників. Пенсійне забезпечення здійснювалось з фондів, кошти до яких надходили за рахунок внесків працюючих.

Важливе значення для реалізації основних напрямів діяльності БЛЕ мало те, що з середини 20-х років у країні з метою залучення інвалідів до суспільно-трудової діяльності в системі соціального забезпечення створюються учбові і виробничі майстерні, школи, технікуми і курси для професійного навчання. Вже у 1925 р. було організовано Всеросійське товариство сліпих (ВТОС), а в 1926 р. – Всеросійське товариство глухих (ВТОГ), які взяли на себе турботу і відповідальність за працевлаштування інвалідів із порушенням зору і слуху.

Оскільки лікувально-трудова експертиза є невід'ємною складовою часткою соціальної допомоги, в 1937 р. органи лікувально-трудової експертизи були передані в систему соціального забезпечення.

Починаючи з 1937 р., одним із основних завдань ЛТЕК стало раннє повернення інвалідів до суспільно корисної праці, тому і в самій назві комісії підкреслюється, що вона покликана вирішувати і «лікарські», і «трудові» питання.

З 1991 року медико-соціальна експертиза знаходиться у веденні МОЗ України.

На початку розвитку сучасного стану медико-соціальної реабілітації були створені Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, затверджені Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р. №48/96, які передбачають рівні стартові можливості для всіх осіб, незалежно від їх психофізичного розвитку, здоров'я, віку, статі, соціально-економічного статусу, і визначають такі цільові сфери: доступність до матеріального оточення, інформації та комунікацій, освіти, зайнятості, підтримка доходів і соціальне забезпечення, сімейне життя і свобода особистості, культура, відпочинок, спорт і релігія.

Рівні можливості інвалідів з усіма громадянами в нашій країні регламентовані Конституцією України.

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

Діяльність держави щодо інвалідів проявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їх потреб у відновленні здоров'я, матеріальному забез-

печенні, посильній трудовій та громадській діяльності. Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Порядок та умови визначення потреб у зв'язку з інвалідністю встановлюються на підставі висновку медико-соціальної експертизи та з урахуванням здібностей до професійної і побутової діяльності інваліда. Відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 року №83, оцінка ступеня обмеження життєдіяльності проводиться згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 07.04.2004 № 183 (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 квітня 2004 р. за № 516/9115).

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

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомоги, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом, звукопідсилюючу апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг з медичної, соціальної, трудової і професійної реабілітації, побутовому та торгівельному обслуговуванні. (Стаття 36 із змінами, внесеними згідно із Законом №1773-IV від 15.06.2004).

Види необхідної матеріальної, соціально-побутової і медичної допомоги інвалідам визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації. Допомога надається за рахунок коштів фонду соціального захисту інвалідів, Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних

захворювань. Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями.

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

Важливим аспектом при формуванні реабілітаційного плану є оцінка особистих можливостей і бажань реабілітанта та реальних можливостей суспільства щодо реалізації кожної складової реабілітаційної програми. Хворого слід орієнтувати на конкретні реабілітаційні заходи для досягнення очікуваних результатів.

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

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

вання на випадок безробіття за формою, затвердженою Мінпраці за погодженням з Держкомстатом.

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

Для узгодженої взаємодії з питань професійної та трудової реабілітації інвалідів обов'язки повинні бути розподілені наступним чином:

Місцеві органи соціального захисту населення:

- виявляють інвалідів, які бажають працювати і спроможні реалізувати свої здібності та можливості на підставі індивідуальних програм реабілітації;
- щомісячно надсилають державній службі зайнятості списки інвалідів, які виявили бажання працювати, із зазначенням професій, спеціальностей;
- подають державній службі зайнятості заявки на професійне навчання інвалідів;
- ведуть інформаційний банк даних про інвалідів, які працюють і бажають працювати.

Державна служба зайнятості:

- веде облік інвалідів, які звернулися за допомогою у працевлаштуванні;
- веде облік робочих місць підприємств, на яких можуть бути працевлаштовані інваліди;
- сприяє працевлаштуванню інвалідів, які звернулися з таким проханням, з урахуванням рекомендацій МСЕК;
- надає консультації інвалідам з питань працевлаштування, умов і оплати праці, професійної підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки, можливостей навчання;
- направляє на професійне навчання непрацюючих інвалідів першої, другої та третьої

груп за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів;

- щоквартально подає місцевим органам соціального захисту населення інформацію про працевлаштування інвалідів згідно з формою державної статистичної звітності та первинного обліку, затвердженою Мінстатом.

Відділення Фонду соціального захисту інвалідів:

- розглядають пропозиції підприємств щодо створення додаткових (понад установлений норматив) робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів;

- здійснюють контроль за створенням підприємствами робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів;

Підприємства:

- у межах доведеного нормативу створюють за власні кошти робочі місця для працевлаштування інвалідів;

- щорічно до 1 лютого року, що настає за звітним, подають відділенням Фонду соціального захисту інвалідів відомості про середню річну заробітну плату на підприємстві, середню облікову чисельність штатних працівників облікового складу та про кількість працюючих інвалідів;

- визначають види виробництв, цехи та дільниці, де доцільно використовувати працю інвалідів;

- інформують державну службу зайнятості та місцеві органи соціального захисту населення про вільні робочі місця та вакантні посади, на яких може використовуватися праця інвалідів;

- створюють для інвалідів умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації, забезпечують соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством;

- запроваджують у разі потреби посади інструкторів-перекладачів для роботи з глухими працівниками; розробляють і затверджують інструкцію про робоче місце інваліда.

Для оцінки ефективності професійної реабілітації служба зайнятості повинна надавати МСЕК дані щодо можливості працевлаштування інвалідів на підприємствах області, реєстр спеціальностей, які потрібні на ринку праці, фактичного працевлаштування та навчання інвалідів за звітний період.

Поява Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (Відомості Верховної Ради України від 06.10.2005 р. №2961 спонукала переглянути підхід до організації державної реабілітаційної системи. Цей Закон відповідно до Конституції України визначає основні засади

створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, забезпечує координованість системи реабілітації, доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану інваліда та дитини-інваліда.

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

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

Згідно зі ст. 9, повинен бути заснований Державний реєстр реабілітаційних установ, який на сьогодні не складено в повному обсязі. Ведеться лише реєстр центрів медико-соціальної реабілітації дітей інвалідів та центрів професійної реабілітації. На жаль, не існує Державного реєстру медичних реабілітаційних установ, тому на регіональному рівні Реабілітаційними радами повинні бути створені реєстри обласних реабілітаційних установ.

Реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, належать до таких типів:

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

Реабілітаційні установи можуть мати змішаний тип.

Існує проблема професійної підготовки кадрів для системи реабілітації інвалідів. Так, і досі в класифікаторі спеціальностей відсутня спеці-

альність «медико-соціальна експертиза і реабілітація», що успішно вирішено в країнах ближнього зарубіжжя.

Україна, як незалежна держава, взяла на себе конкретні зобов'язання в реалізації конституційних вимог щодо соціального захисту інвалідів. Держава спрямовує свою соціальну політику на поліпшення їх матеріального забезпечення, докладає необхідних зусиль для створення їм належних правових, соціально-побутових умов життя.

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

Проблема соціального захисту інвалідів як багатофакторне суспільне явище, що виникло практично з появою людства і продовжує існувати й сьогодні, вирізняється з-поміж інших проблем суспільного розвитку певними особливостями, притаманними тільки цьому явищу. І

пояснюється це, насамперед, тим, що проблема соціального захисту осіб з особливими потребами має надзвичайно багатогранну сутність, що дозволяє в залежності від зміни внутрішнього чи зовнішнього середовища формулювати нові суспільні запити та, відповідно до цих запитів, спонукає органи влади знаходити нові шляхи розв'язання існуючих проблем.

Одним із пріоритетних напрямів соціальної політики багатьох держав світу на сучасному етапі розвитку суспільства є вирішення проблем інвалідності та інвалідів, тобто осіб з особливими потребами. Протягом ХХ століття у світі відбулися суттєві зміни щодо ставлення суспільства до проблем інвалідності і власне самих інвалідів. Сьогодні визнається рівність прав інвалідів на повноцінне життя в суспільстві, а відтак державами створюються реальні умови для якісної експертизи життєдіяльності, реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів. Адже вирішення цієї проблеми значною мірою визначає ступінь соціального благополуччя як населення в цілому, так і найбільш вразливих його груп. Врешті-решт, успішне вирішення цієї медико-соціальної проблеми – це виклик сучасності, що зумовлений кризовим станом економіки та загостренням питань збереження і відтворення трудових ресурсів держави.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антропов В.В. Социальная защита в странах Европейского Союза. История, организация, финансирование, проблемы / В.В. Антропов. – М.: ЗАО «Изд-во «Экономика», 2006. – 271 с.
2. Арбатская Ю.Д. Руководство по врачебно-трудовой экспертизе: В 2-х т. – М.: Медицина, 1981. – 560 с.
3. Бронников В.А. Модель взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и службы реабилитации на региональном уровне / В.А. Бронников, Ю.А. Мавликаева, Т.А. Аникеева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация : сб. науч. ст. / под ред. В.Б. Смычка. – Минск: НИИ МЭ и Р, 2009. – Вып. 11. – С. 13-17.
4. Верховод І.С. Гідна зайнятість як інтегративно-субстанціональна складова формування цілісної системи соціально-професійної реабілітації інвалідів / І.С. Верховод // Науковий вісник. Одеський держ. економічний ун-т. Всеукр. асоціація молодих науковців. – Одеса, 2007. – № 3(40). – С. 83-89.
5. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольдблат. – СПб.: Политехника, 2006. – 607 с.
6. Декларация ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75). – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>
7. Інструкція про встановлення груп інвалідності : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 7

квітня 2004 р. № 183. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>

8. Ипатов А.В. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности : монография / А.В. Ипатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков. – Д.: Гамалия, 2004. – 304 с.

9. Ипатов А.В. Науково-обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / А.В. Ипатов, О.В. Сергієні; за заг. ред. А.В.Ипатова. – Д.: Пороги, 2006. – 293 с.

10. Конституція України. – К.: ТОВ «Видавництво «Юридична думка», 2006. – 120 с.

11. Лобас В. М. Здравоохранение: от прямого управления к регулированию / В. М. Лобас // Зб. наук. праць ДонДАУ: «Соціальний менеджмент і управління інформаційними процесами». Серія: Держ. упр. – Т. 4. – Вип. 24. – Донецьк: ДонДАУ, 2003. – С. 13 – 24.

12. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов / С.Н. Пузин [и др.]. – М., 2003. – 320 с.

13. Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда: постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>

14. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Ипатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак [та ін.]; за ред. В.В.Марунича.-Д.: Пороги, 2005.-227 с.

