

7. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2013 рік: Аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін. // За ред. директора Департаменту реформ та розвитку мед. допомоги МОЗ України М. К. Хобзея. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2014. – 175 с.

8. Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20\_\_ рік»: Наказ МОЗ № 378 від 10.07.2007.

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» // Офіційний вісник України. – 2009. – № 95. – С. 32–65.

10. Стан неврологічної служби України в 2009 році / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко // Статистично-аналітичний довідник. – Харків: 2010. – 32 с.

11. Стан неврологічної служби України в 2008 році / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко // Статистично-аналітичний довідник. – Харків: 2009. – 32 с.

12. Московко Сергій Петрович. Клініко-епідеміологічна характеристика хвороби Паркінсона і синдрому паркінсонізму в Подільському

регіоні України: дис... д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2006.

13. Fitzgerald P.M., Jankovic J. Lower body Parkinsonism: evidence for a vascular aetiology // *Mov. Disord.* – 1999. – Vol. 4. – P. 249–260.

14. Winikates J, Jankovic J. Clinical correlates of vascular Parkinsonism // *Arch. Neurol.* – 1999. – Vol. 56. – P. 98–99.

15. von Brevern M., Radtke A., Lezius F. et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 78(7). – P. 710–715.

16. Fife D., Fitzgerald J.E. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? Analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice // *Int. J. Audiol.* – 2005. – Vol. 44(1). – P. 50–57.

17. Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, за яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: наказ МОЗ України № 150 від 17.05.97 // Офіційний вісник України від 20.10.1997 – 1997. – № 40. – С. 57.

18. de Lau L.M., Breteler M.M. Epidemiology of Parkinson's disease // *Lancet Neurology.* – 2006. – Vol. 5. – P. 525–535.



## РЕАБІЛІТАЦІЯ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ, ПОКАЗНИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

А. В. Іпатов, О. М. Мороз, Н. О. Гондуленко

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Кінець минулого та початок теперішнього століття ознаменувалися зростанням захворюваності та інвалідності внаслідок низки хвороб та травм, що обумовлено прискоренням темпу життя, урбанізацією, погіршенням екологічних умов, нестабільністю політично-економічної ситуації та збільшенням тривалості життя. Таким чином, перед охороною здоров'я постають завдання не тільки щодо вдосконалення лікувально-профілактичної допомоги, а й створення ефективної системи медико-соціальної реабілітації. Тому статистичні показники інвалідності, в тому числі й показники реабілітації інвалідів, необхідно враховувати як одні з найважливіших показників здоров'я населення.

Щодо пільг і компенсацій для інвалідів законодавство різних країн, як правило, забезпечує доходи для двох укрупнених категорій інвалідів:

1) тих, хто має трудову історію, але втратили здатність до праці; 2) тих, хто отримав інвалідність від народження або в дитинстві. Для першої категорії виплати здійснюються в рамках системи соціального страхування інвалідності, або в рамках програм компенсацій, установлених працедавцем, або відповідно до загального законодавства про допомогу малозабезпеченим. Система соціального страхування, очевидно, не поширюється на інвалідів, які не мають трудової історії, тому інваліди цієї групи отримують або спеціально встановлені соціальні виплати, або їм надається особлива медична страховка. Ще одним розповсюдженим видом допомоги є надання податкових пільг.

За законодавчо встановленим переліком пільг, компенсацій, які надають інвалідам, Україну слід віднести до країн, які детально враховують потреби інвалідів. У цій сфері Україна має давнішні тра-

диції, які виражаються у складній системі пільг і компенсацій для різних категорій інвалідів, а також у системі доведення пільг до індивіда. Україна надає особливі права інвалідам у всіх життєво важливих областях (охорона здоров'я, соціальне забезпечення, реабілітація та зайнятість), причому права інвалідів на користування послугами охорони здоров'я, соціального забезпечення, реабілітації та зайнятості навіть виходять за рамки системи, гарантованих усім громадянам. В Україні пільги і компенсації інвалідам ніколи не були прив'язані до оцінки потреб і доходів інваліда або його сім'ї.

Водночас українська специфіка полягає у тому, що приблизно 30–40% інвалідів мешкають в сільських умовах, у приватному секторі, та деякі селища не мають своїх медичних закладів. Але, в умовах реформування охорони здоров'я створюються міжрегіональні реабілітаційні установи, які будуть обслуговувати пацієнтів та інвалідів із віддалених районів.

Законодавча база, що регламентує проведення медико-соціальної експертизи в Україні, постійно удосконалюється. Протягом 2011–2014 рр. відомча нормотворча робота здійснювалась на плановій основі і спрямовувалась на виконання заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, визначених Верховною Радою України, Президентом України та КМУ.

Україна приєдналася до багатьох країн Європи, ратифікувавши Конвенцію ООН про права інвалідів (далі – Конвенція) разом з Факультативним протоколом до неї (ратифіковані 16 грудня 2009-го і набули чинності 6 березня 2010 року).

За статтею 25 Конвенції про права інвалідів «держави-учасниці вживають усіх належних заходів для забезпечення доступу інвалідів до послуг у сфері охорони здоров'я...», «організують послуги у сфері охорони здоров'я якомога ближче до місць безпосереднього проживання людей, зокрема в сільських районах».

Тобто, останніми доповненнями до Положення про проведення медико-соціальної експертизи інвалідам гарантується за будь-яких обставин надання експертно-реабілітаційної допомоги, в тому числі мешканцям сільських районів.

Статтею 25 Конвенції про права інвалідів пункт б) передбачено, що держави-учасниці «надають ті послуги у сфері здоров'я, які необхідні інвалідам безпосередньо з причини їхньої інвалідності...».

Нормативно-правова база України поповнилася новими інструктивними документами, що регламентують реалізацію прав інвалідам за даним питанням. 2014 рік став особливим для України, адже він ознаменувався початком воєнних дій на Сході країни. У зв'язку з подіями, що точаться в Донецькій та Луганській областях, виникла необхідність у внесенні змін до законодавства та створенні спеціалізованих реабілітаційних центрів для постраждалих унаслідок воєнних дій.

Так, у 2014 році були внесені зміни до статті 4 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (Відомості Верховної Ради України,

2006 р., № 2-3, ст. 36; 2007 р., № 27, ст. 366; 2013 р., № 41, ст. 549) після абзацу п'ятого доповнити новим абзацом такого змісту:

– «військовослужбовців (резервістів, військовозобов'язаних) та працівників Збройних сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України, Державної прикордонної служби України, осіб рядового, начальницького складу, військовослужбовців, працівників Міністерства внутрішніх справ України, Управління державної охорони України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення та перебували безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції, а також працівників підприємств, установ, організацій, які залучалися та брали безпосередню участь в антитерористичній операції в районах її проведення у порядку, встановленому законодавством, а також мирних громадян, які проживали в районах проведення антитерористичної операції, за умови, якщо такими особами не вчинено кримінальних правопорушень, в частині забезпечення їх виробами медичного призначення, технічними та іншими засобами реабілітації, послугами медичної реабілітації, санаторно-курортним оздоровленням на підставі висновків лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів чи рішень військово-лікарських комісій незалежно від встановлення їм інвалідності».

Також статус учасника бойових дій був додатково урегульований Постановою Кабінету Міністрів України № 413 «Про затвердження Порядку надання статусу учасника бойових дій особам, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України і брали безпосередню участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення», якою затверджено Порядок надання статусу учасника бойових дій, перелік документів, необхідних для отримання даного статусу тощо.

Із 2014 року розпочато збір та аналіз додаткової інформації щодо інвалідності постраждалих в зоні АТО та їх потреб у медико-соціальній реабілітації.

Серед реабілітаційних заходів, які потребували учасники АТО, найчастіше поставала потреба у відновній терапії (214 осіб); 34 особи потребували проведення реконструктивних хірургічних втручань, 6 осіб потребували ортезування.

Значна кількість учасників АТО потребувала рекомендацій з соціальної реабілітації, забезпечення технічними допоміжними засобами (96 осіб), допоміжними засобами пересування (117 осіб), отримання крісла-візка (12 осіб), автомобіля (8 осіб), санаторно-курортного лікування (153 особи). Протезування верхніх кінцівок було необхідне 4 особам, нижніх кінцівок – 24 особам, очні протези – 4.

Фінансування реабілітаційних заходів здійснюється за рахунок Державного бюджету України

та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Упродовж 2014 року фінансування реабілітаційних заходів постраждалих в зоні АТО здійснювалось, у тому числі, й за рахунок численних волонтерських організацій.

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я. Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

- таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб-підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

- лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що містить ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

Таким чином, усі реабілітаційні послуги повинні надаватись згідно з державними стандартами.

Упродовж 2014 року проводилась робота щодо реалізації поставлених завдань, але впровадження результатів наукових розробок з фінансово-економічними розрахунками потребують достатнього фінансування.

Відповідно до Статті 25 п. d) Конвенції про права інвалідності держави-учасниці «вимагають, щоб спеціалісти з охорони здоров'я надавали інвалідам послуги такої самої якості, що й іншим особам, зокрема на підставі вільної та поінформованої згоди, серед іншого, підвищення обізнаності стосовно прав людини, достоїнства, самостійності й потреб інвалідів за рахунок навчання та прийняття етичних стандартів для державної та приватної охорони здоров'я».

Таким чином, інваліди мають законне право отримувати всю інформацію щодо регламенту проведення медико-соціальної експертизи, критеріїв установлення груп інвалідності та порядку оскарження експертних рішень медико-соціальних експертних комісій, надання реабілітаційних послуг згідно з державною типовою програмою, вибору реабілітаційних закладів.

Упродовж останніх років, незважаючи на економічні негаразди, в Україні формується модель багаторівневої реабілітаційної системи, яка заснована на правових, економічних, медико-соціальних, психологічних та інших аспектах.

Ратифікувавши Конвенцію про права інвалідів та Факультативний протокол до неї (Закон України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI), Україна взяла на себе юридичні зобов'язання щодо забезпечення її виконання в повному обсязі, відображення належним чином її положень у національному законодавстві, планах соціально-економічного розвитку та Державному бюджеті.

Постановою КМУ № 706 від 01.08.2012 затверджена Державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року. Ця Програма формує та реалізує комплексну стратегію державної політики в усіх сферах стосовно до осіб з інвалідністю і має об'єднати в єдину систему зусилля держави та суспільства щодо захисту та забезпечення прав людей відповідної категорії в економічному, соціальному, політичному, правовому та культурному житті відповідно до положень Конвенції.

Під час проведення реабілітації інваліди мають право на рівне, шанобливе і недискримінаційне ставлення до себе з боку осіб, які беруть участь у проведенні реабілітації, на повну і достовірну інформацію про свої права і можливості, про характер та умови проведення реабілітації, на залучення представників громадських об'єднань інвалідів на будь-якому етапі проведення реабілітації.

Одним з основних видів реабілітації є медична реабілітація інвалідів, яка спрямована на відновлення наявних обмежень життєдіяльності, компенсацію порушених функцій організму і ґрунтується на принципах комплексності та наступності проведення заходів щодо медичної реабілітації. Медична реабілітація є підготовчим періодом до проведення професійної реабілітації інваліда, що є перехідним етапом до вищої форми реабілітації – соціальної. Тому дуже важливим є складання ППР із своєчасним урахуванням потреб кожного інваліда, в тому чи іншому виді реабілітації.

Контроль за якістю складання ПП інвалідів покладено на голів МСЕК та лікарів-реабілітологів. Однак укомплектованість МСЕК штатами реабілітологів (а також – психологів) неповна (близько 70 % та 30 % від необхідної кількості – відповідно), що впливає на якість складання ПП та, як наслідок, знижує ефективність реабілітації інвалідів загалом.

Результати переогляду інвалідів у розрізі областей України за 2014 рік свідчать, що у 97,7 % випадків визначення інвалідності продовжується (таблиця 1). Цей показник є відносно стабільним упродовж 3 років.

У середньому по Україні у 86,4 % переоглянутих була підтверджена попередня група інвалідності. У 5,9 % переоглянутих інвалідів групи було підвищено, у 5,4 % переоглянутих була знижена група інвалідності та в 2,3 % випадку хворі не були визнані інвалідами.

Протягом останніх трьох років простежується збільшення частки переоглянутих, яким була зни-

жена група інвалідності, – на 0,4 % у 2012 році (5,7 %) та ще на 3,5 % – у 2013 році (5,9 %), на 0,5 % – у 2014 році.

Аналіз результатів переогляду в областях свідчить, що найвищі показники накопичення інвалідів, які перевищують середні дані по Україні, з попередньою групою інвалідності спостерігаються в 8 областях (Вінницька, Волинська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Львівська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька), а з негативною динамікою інвалідності – з підвищенням групи інвалідності – в 10 областях (Черкаська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Київська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Чернігівська, м. Київ). По показнику зниження групи інвалідності показники кращі, ніж у середньому по Україні були в 10 областях, зокрема в Київській, Рівненській, Черкаській, м. Київ, Закарпатській, Дніпропетровській, Запорізькій, Миколаївській, Одеській, Сумській.

Таблиця 1

Результати переогляду інвалідів у розрізі областей України за 2014 рік (у %) <sup>1</sup>

Адміністративні території	Визнано працездатними	Визнано інвалідами	У тому числі:		
			підтверджена колишня група	підвищена група	знижена група
Вінницька	2,1	97,9	88,9	5,3	3,8
Волинська	1,9	98,1	89,0	4,8	4,4
Дніпропетровська	3,5	96,5	86,3	3,7	6,5
Донецька <sup>2</sup>	0,9	99,1	90,3	4,9	3,8
Житомирська	0,7	99,3	85,9	9,7	3,8
Закарпатська	2,4	97,6	82,7	6,9	8,0
Запорізька	4,2	95,8	82,2	7,6	6,0
Івано-Франківська	0,6	99,4	90,9	5,0	3,5
Київська	3,5	96,5	82,9	6,5	7,2
Кіровоградська	2,3	97,7	87,1	5,4	5,1
Луганська <sup>2</sup>	2,5	97,5	89,3	3,5	4,7
Львівська	2,1	97,9	88,7	5,3	3,9
Миколаївська	3,5	96,5	84,1	6,4	6,0
Одеська	2,0	98,0	85,2	6,1	6,7
Полтавська	2,6	97,4	84,6	7,3	5,5
Рівненська	3,2	96,8	85,2	4,5	7,1
Сумська	2,3	97,7	86,1	5,1	6,6
Тернопільська	1,9	98,1	88,8	4,6	4,7
Харківська	1,0	99,0	88,9	4,6	5,5
Херсонська	3,4	96,6	86,5	5,0	5,1
Хмельницька	1,8	98,2	88,6	5,9	3,7
Черкаська	1,2	98,8	80,0	11,7	7,1
Чернівецька	3,0	97,0	86,8	4,6	5,5
Чернігівська	3,0	97,0	84,6	6,8	5,7
м. Київ	3,1	96,9	79,1	9,4	8,4
В Україні, 2014 р. <sup>2</sup>	2,3	97,7	86,5	5,9	5,3
В Україні, 2014 р. <sup>3</sup>	2,3	97,7	86,4	5,9	5,4
В Україні, 2013 р. <sup>3</sup>	2,6	97,4	85,7	5,8	5,8

<sup>1</sup> Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя.

<sup>2</sup> Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей.

<sup>3</sup> Без урахування показників Донецької та Луганської областей.

У структурі важкості інвалідності під час переогляду інвалідами I групи визнано 5,1 %, II – 27,7 %, III – 67,2 %. Порівняно з 2013 р., на 21,1 % знизився показник I групи інвалідності за рахунок IA, на 3,5 % – II групи інвалідності, на 2,2 % підвищився показник III групи інвалідності.

Нижче від середніх даних по Україні має місце показник I групи інвалідності в 12 областях (наприклад, Черкаська, Житомирська, Чернігівська, Запорізька, Закарпатська області), II групи – в 16 (на

приклад, у Львівській, Рівненській, Вінницькій, Закарпатській, Кіровоградській); III групи – в 5 областях (Житомирській, Київській, Одеській, Черкаській, м. Київ), в яких спостерігається висока питома вага інвалідів I–II груп.

Відбулося значне зниження (на 37,4 %) частки інвалідів першої групи, яка в 2013 році становила 5,7 % від загальної кількості визнаних інвалідами (таблиця 2).

Таблиця 2

Розподіл визнаних під час переогляду інвалідів за групами інвалідності в розрізі областей України за 2014 рік (у %)

Адміністративні території	Групи інвалідності				
	I група			II група	III група
	усього	у тому числі:			
		I А	I Б		
Вінницька	4,4	1,2	3,2	20,8	74,8
Волинська	4,6	1,8	2,8	24,7	70,7
Дніпропетровська	3,1	0,7	2,4	29,2	67,7
Донецька <sup>2</sup>	4,4	1,7	2,7	24,0	71,6
Житомирська	8,2	2,9	5,3	32,0	59,8
Закарпатська	6,0	2,2	3,8	21,2	72,8
Запорізька	6,3	1,7	4,6	27,6	66,1
Івано-Франківська	3,9	1,3	2,6	26,5	69,6
Київська	5,2	1,2	4,0	32,0	62,8
Кіровоградська	4,6	1,3	3,3	22,3	73,1
Луганська <sup>2</sup>	4,2	1,0	3,2	26,1	69,7
Львівська	5,1	1,9	3,2	18,2	76,7
Миколаївська	6,0	2,0	4,1	24,0	70,0
Одеська	4,0	1,1	2,9	43,3	52,7
Полтавська	4,4	1,1	3,3	29,8	65,8
Рівненська	4,6	1,4	3,2	19,4	76,0
Сумська	5,6	0,7	4,9	25,6	68,8
Тернопільська	5,2	1,1	4,1	22,1	72,7
Харківська	3,4	1,0	2,3	32,3	64,3
Херсонська	5,7	1,7	4,1	28,8	65,5
Хмельницька	5,8	1,9	3,9	26,8	67,4
Черкаська	9,6	3,4	6,2	33,9	56,5
Чернівецька	3,7	1,7	2,1	26,1	70,2
Чернігівська	7,8	2,2	5,6	26,6	65,6
м. Київ	5,4	1,1	4,3	44,6	50,0
В Україні, 2014 р. <sup>2</sup>	5,0	1,5	3,5	27,6	67,4
В Україні, 2014 р. <sup>3</sup>	5,1	1,5	3,6	27,7	67,2
В Україні, 2013 р. <sup>3</sup>	5,6	1,9	3,7	28,7	65,7

<sup>1</sup> Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя.

<sup>2</sup> Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей.

<sup>3</sup> Без урахування показників Донецької та Луганської областей.

У 2014-му, порівняно з 2013 роком, на 15,4 % зменшилась питома вага не визнаних інвалідами серед інвалідів III групи інвалідності. Найкращі показники спостерігаються в Дніпропетровській, Запорізькій, м. Київ, Київській, Херсонській, Миколаївській областях, найгірші – в Житомирській, Івано-Франківській, Харківській, Черкаській областях. Слід зазначити, що починаючи з 2008 р. цей показник неухильно зменшується (з 5,0 % – 2008 до 3,3 % – 2014 р.). Це свідчить про те, що інвалідам

усе частіше зберігають III групу за соціальними факторами.

Таким чином, показники інвалідності під час переогляду в 2014 році, порівняно з 2013 роком, по низці позицій погіршилися, що обумовлено як погіршенням соціально-економічної ситуації в державі, так і послабленням уваги МСЕК до реабілітації інвалідів.

Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації інвалідів в Україні, складання на МСЕК ІПР інваліда є дуже важливою справою.

Проте, за статистичними даними, за період 2013–2014 рр. спостерігається незначне погіршення показників складання ППР на МСЕК.

Так, у 2014 р. в Україні (без урахування показників Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь) було складено 460105 ППР (на 1,3 % ППР менше, ніж у 2013 р.), що становить 96,4 % від кількості всіх оглянутих на МСЕК. Кількість областей із 100-відсотково складеними ППР складає 14 (в 2013 р. таких областей було 13). Найнижчий показник складання ППР відзначено в Львівській (77,6 %), Хмельницькій (83,0 %) та Чернівецькій (85,0 %) областях, причому в Львівській області така ж ситуація спостерігалась і в 2013 році, а в двох інших областях цей показник істотно погіршився, порівняно з минулорічним.

Для первинно визнаних інвалідами по Україні у 2014 р. було складено 127648 ППР, що становить

99,8% всіх визнаних інвалідами вперше (у 2013 р. 131 704 ППР – 99,4 %). Практично у всіх областях відсоток складання ППР для первинно визнаних інвалідами наближається до 100 (виняток складають лише Дніпропетровська, Львівська, Миколаївська, Сумська та Херсонська області), найнижчий він у Миколаївській області – 97,2 %.

Із загальної кількості ППР, складених у 2014 р. для первинно визнаних інвалідами, 11,6 % – були складені для інвалідів I групи (на 0,2 % менше, ніж у 2013 р.), 34,9 % – II групи, 53,5 % – III групи (на 0,3% більше, ніж у 2013 р.).

Під час переогляду інвалідів у 2014 р. було складено 332 457 ППР, що становить 95,2 % від повторно визнаних інвалідами та є меншим, ніж було в 2013 р. (344 181 ППР – 97,1 %) (таблиця 3).

Таблиця 3

Показники повної, часткової та сумарної реабілітації інвалідів у розрізі областей України за 2014 рік <sup>1</sup>

Адміністративні території	Повна реабілітація		Часткова реабілітація		Сумарна реабілітація	
	абс. кількість	%	абс. кількість	%	абс. кількість	%
Вінницька	428	2,1	778	15,4	1206	5,8
Волинська	269	1,9	639	14,7	908	6,3
Дніпропетровська	1100	3,5	2028	18,7	3128	10,0
Донецька <sup>2</sup>	118	0,9	483	13,5	601	4,7
Житомирська	138	0,7	764	10,1	902	4,4
Закарпатська	198	2,4	674	27,2	872	10,4
Запорізька	565	4,2	805	18,0	1370	10,2
Івано-Франківська	110	0,6	608	11,5	718	4,1
Київська	366	3,5	750	18,7	1116	10,7
Кіровоградська	238	2,3	540	18,8	778	7,4
Луганська <sup>2</sup>	110	2,5	209	15,0	319	7,2
Львівська	678	2,1	1271	17,1	1949	6,0
Миколаївська	374	3,5	641	19,9	1015	9,5
Одеська	388	2,0	1309	13,8	1697	8,6
Полтавська	352	2,6	738	16,7	1090	8,1
Рівненська	405	3,2	882	26,6	1287	10,3
Сумська	185	2,3	537	20,0	722	8,8
Тернопільська	266	1,9	670	16,9	936	6,6
Харківська	257	1,0	1458	14,8	1715	6,5
Херсонська	346	3,4	521	14,8	867	8,5
Хмельницька	296	1,8	621	11,7	917	5,5
Черкаська	95	1,2	547	17,2	642	8,3
Чернівецька	342	3,0	624	17,9	966	8,6
Чернігівська	388	3,0	730	16,3	1118	8,7
м. Київ	435	3,1	1183	16,7	1618	11,5
В Україні, 2014 р. <sup>2</sup>	8447	2,3	20 010	16,2	28 457	7,6
В Україні, 2014 р. <sup>3</sup>	8219	2,3	19 318	16,3	27 537	7,7
В Україні, 2013 р. <sup>3</sup>	9453	2,6	21 0581	16,6	30 511	8,4

<sup>1</sup> Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя.

<sup>2</sup> Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей.

<sup>3</sup> Без урахування показників Донецької та Луганської областей.

Загалом же ситуація із складанням ППР для первинно визнаних інвалідами дещо краща, ніж для переоглянутих: відсоток складених ППР у 2014 р. для первинно визнаних інвалідами дещо зріс,

порівняно з 2013 р. (на 0,4 %), а для переоглянутих, навпаки – зменшився (на 1,9 %).

Найнижчою є питома вага складених ППР для переоглянутих інвалідів у Львівській (70,4 %)

та Хмельницькій (78,0%) областях, суттєво знизилась, порівняно з минулим роком показники Хмельницької, Черкаської та Чернівецької областей, показник для Львівської області лишається стабільно низьким упродовж 2-х років. Це свідчить про недосконалу роботу по реабілітації інвалідів та потребує негайної уваги і виправлення ситуації, що склалася.

Під час переоглядів у 2014 р. ППР склалися інвалідам I групи в 5,1% випадків (що на 0,6% менше, ніж у 2013 р.), II групи – у 28,3%, III групи – в 66,6% випадків. Суттєво вищим за середньоукраїнський є показник складання ППР для переоглянутих інвалідів I групи у Черкаській (10,0%), Житомирській (8,2%) та Чернігівській (7,8%) областях, нижчим – у Дніпропетровській (3,0%) та Харківській (3,4%) областях (таблиця 4).

Таблиця 4

Кількість складених індивідуальних програм реабілітації  
у первинно та повторно визнаних інвалідами  
в розрізі областей України за 2014 рік <sup>1</sup>

Адміністративні території	Усього складено ППР		ППР у первинно визнаних		ППР у переоглянутих	
	абс. кількість	%	абс. кількість	%	абс. кількість	%
Вінницька	26 954	100,0	6651	100,0	20 303	100,0
Волинська	17 111	95,9	3619	100,0	13 492	94,8
Дніпропетровська	40 900	99,7	10 808	99,3	30 092	99,8
Донецька 2	17 205	100,0	4670	100,0	12535	100,0
Житомирська	24 956	100,0	4770	100,0	20 186	100,0
Закарпатська	12 103	100,0	3927	100,0	8176	100,0
Запорізька	19 468	100,0	6597	100,0	12 871	100,0
Івано-Франківська	22 095	100,0	4685	100,0	17 410	100,0
Київська	16 445	100,0	6348	100,0	10 097	100,0
Кіровоградська	14 077	100,0	3814	100,0	10 263	100,0
Луганська 2	5465	100,0	1154	99,9	4311	100,0
Львівська	32 756	77,6	19 426	99,4	22 330	70,4
Миколаївська	14 315	98,9	4043	97,2	10 272	99,6
Одеська	27 429	100,0	8148	100,0	19 281	100,0
Полтавська	19 012	100,0	5896	100,0	13 116	100,0
Рівненська	15 998	100,0	3935	100,0	12 063	100,0
Сумська	11 467	99,9	3462	99,9	8005	99,9
Тернопільська	17 665	100,0	3782	100,0	13 883	100,0
Харківська	34 768	100,0	8475	100,0	26 293	100,0
Херсонська	12 979	99,2	3221	99,6	9758	99,1
Хмельницька	17 696	83,0	4831	100,0	12 865	78,0
Черкаська	10 765	92,3	4044	100,0	6721	88,3
Чернівецька	11 815	85,0	2997	100,0	8818	80,8
Чернігівська	16 574	100,0	4061	100,0	12 513	100,0
м. Київ	22 757	100,0	9108	100,0	13 649	100,0
В Україні, 2014 р. <sup>2</sup>	482 775	96,6	133 472	99,8	349 303	95,4
В Україні, 2014 р. <sup>3</sup>	460 105	96,4	127 648	99,8	332 457	95,2
В Україні, 2013 р. <sup>3</sup>	487 127	97,7	131 704	99,4	344 181	97,1

<sup>1</sup> Без урахування тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополя.

<sup>2</sup> Ураховані дані тільки з підконтрольної Україні території Донецької та Луганської областей.

<sup>3</sup> Без урахування показників Донецької та Луганської областей.

Необхідно продовжувати контроль за якістю виконання ППР, налагодження взаємодії між різними ланками реабілітаційного процесу та послідовності здійснення різних форм та етапів реабілітації, що, в свою чергу, дасть можливість інвалідам відновити здатність до незалежної життєдіяльності.

У багатьох випадках для досягнення успішних результатів медичного лікування необхідне надання особам з обмеженими можливостями послуг з медичної реабілітації за місцем їхнього проживання. Проте сьогодні попит на послуги медичної

реабілітації перевищує можливості бюджетного фінансування. Обмежене фінансування охорони здоров'я, відсутність системи, яка дозволила б забезпечити безперервний процес реабілітації та своєчасне надання послуг, нечітка взаємодія різних інституцій та фахівців стримують надання інвалідам своєчасної кваліфікованої медичної допомоги та реабілітації, зменшення рівня інвалідності. Ст. 1 ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» дає лише визначення термінів «реабілітація», «абілітація», гарантує отримання інвалідом ППР,

її виконання та регулярний перегляд, але не визначає ні порядку надання послуг з реабілітації/абілітації, ні механізму їх упровадження. Нормативно не врегульовано постійних джерел фінансування для здійснення реабілітації, не розроблені кількісні нормативи щодо гарантованих реабілітаційних послуг та методики визначення обсягу гарантованих реабілітаційних послуг; не сформовано державну службу реабілітації інвалідів. Виконання ППР у повному обсязі сьогодні недоступне для регіональних бюджетів, і в багатьох випадках відбувається за рахунок сімейного бюджету самого інваліда.

За такого скрутного становища медико-соціальна служба залишається відповідальною за повноцінне складання ППР, міжвідомчу координацію та контроль за їхньою реалізацією.

Для лікарів-реабітологів МСЕК важливо знати реабілітаційні ресурси свого регіону. Мережа закладів в Україні (станом на 2013 рік), що здійснюють реабілітацію інвалідів, складає 405 установ, у т.ч.: 224 – у системі Міністерства соціальної політики (в т.ч. 15 установ колишньої підпорядкованості Міністерству у справах сім'ї, молоді та спорту), 52 – у системі Міністерства охорони здоров'я, 33 – у системі Міністерства освіти і науки, молоді та спорту, 8 – у системі Міністерства оборони України, решта – недержавні установи.

Надання медичних послуг інвалідам згідно із складеними для них ППР здійснюється в усіх лікувальних закладах.

Для забезпечення інвалідів війни стаціонарною допомогою в Україні існує розвинута мережа – більше 30 госпіталів для інвалідів та ветеранів ВВВ, направлення в які можна отримати в регіональних УП та СЗН та територіальних медичних об'єднаннях.

Забезпечення ліками інвалідів здійснюється на підставі Постанови КМУ від 17.08.1998 року № 1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань».

В стаціонарних установах для інвалідів та самотніх непрацездатних громадян (будинках-інтернатах) забезпечується догляд, надається медична допомога, здійснюються заходи соціально-медичної реабілітації та соціальної адаптації, проводиться медико-соціальна експертиза, надаються юридичні та консультаційні послуги. В Україні нараховується 325 будинків-інтернатів, у т.ч. 74 будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів та 39 пансіонатів для ветеранів війни та праці. Загальна чисельність інвалідів, які обслуговуються в них, становить понад 40 тис. осіб.

У складі територіальних центрів соціального обслуговування функціонують 275 відділень медико-соціальної реабілітації, які обслуговують 157,9 тис. осіб похилого віку, інвалідів, інших категорій непрацездатних громадян. Загалом, мережа територіальних центрів соціального обслуговування нараховує 743 заклади, якими обслуговуються

близько 2 млн. осіб похилого віку, інвалідів, інших категорій непрацездатних громадян. Крім відділень медико-соціальної реабілітації, у складі територіальних центрів діють: 925 відділень соціальної допомоги вдома; 703 відділення соціально-побутової реабілітації; 335 стаціонарних відділень для тимчасового або постійного проживання (на 8869 ліжко-місць); 591 відділення організації надання грошової та натуральної допомоги. Загальна чисельність інвалідів, які отримують різноманітні види соціальних послуг у структурних підрозділах тер. центрів станом на 2010 р. становила понад 384 тис. осіб.

В Україні створена національна система медико-соціальної реабілітації дітей з патологією нервової системи. В Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України впроваджена модель реабілітації «Тандем-партнерство», «дитина-сім'я-фахівець». Основна тенденція цієї моделі полягає в інтегральному об'єднанні зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямків реабілітації. Означена модель реабілітації започаткована в 61 центрі (відділенні) медико-соціальної реабілітації дітей в усіх регіонах України.

Проте загалом медична реабілітація інвалідів, реабілітаційно-лікувальна і реабілітаційно-оздоровча складові моделі системи медико-соціальної реабілітації інвалідів знаходяться ще на стадії становлення.

Важливими залишаються освітня та роз'яснювальна функції лікарів МСЕК. Під час здійснення реабілітаційного процесу необхідно налаштовувати хворих на досягнення таких умов життя, які задовольняли б як самих хворих, так і їхнє оточення.

Вирішенню наукових проблем та наданню практичної допомоги з питань інвалідності, медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів в Україні сприяє діяльність Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (м. Дніпропетровськ) та НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця). Щорічно в клініці інститутів проходять медичну реабілітацію більше 5 тисяч інвалідів. Також інститути забезпечують наукове обґрунтування медико-соціальних проблем інвалідності та реабілітації інвалідів, що знаходить відображення в наукових працях.

**Для удосконалення медичного забезпечення та медичної реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів необхідно:**

1) створити державну службу реабілітації інвалідів; розробити законодавчо-нормативну базу її діяльності;

2) провести аналіз законодавчих актів у сфері медичної допомоги інвалідам (у т.ч. – медикаментозної допомоги), визначити перелік безкоштовних гарантованих медичних послуг для інвалідів і дітей-інвалідів кожної нозології й забезпечити його фінансування, вирішити питання на рівні УОЗ ОДА про створення в усіх ЛПЗ та реабілітаційних установах виїзних реабілітаційних бригад для надання



реабілітаційної допомоги інвалідам, які мешкають у сільській місцевості;

3) активізувати роботу по організації реалізації ППР інвалідів та контролю за виконанням, проводити облік та оцінку ефективності її виконання та коригування під час виконання;

4) розробити Концепцію державної цільової програми «Медицина реабілітація»;

5) для реалізації реабілітаційних заходів, передбачених в ППР, в кожному регіоні створити регіональні, міські та районні реєстри мережі реабілітаційних установ спільно з реабілітаційними радами управлінь охорони здоров'я, управліннями праці та соціального захисту населення, затвердити їх на рівні держадміністрації та розробити механізми їхньої взаємодії;

6) для профілактики інвалідності вирішити на рівні УОЗ ОДА питання про створення в усіх лікувально-профілактичних закладах реабілітаційних служб (відділень, кабінетів);

7) підвищити рівень використання сучасних технологій при взаємодії між лікувально-профілактичними і медико-соціальними установами;

8) зобов'язати обласні (міські, районні) держадміністрації розробляти та здійснювати програми щодо удосконалення медичної, професійної та соціальної реабілітації інвалідів з урахуванням соціально-економічних, демографічних регіональних особливостей та особливостей контингенту інвалідів;

9) упроваджувати на державному рівні у практичну роботу науково-методичні розробки науково-дослідних установ України, що займаються проблемами реабілітації інвалідів, з питань обґрунтованого складання ППР та методів реабілітації.

Слід зазначити, що наявна правова база потребує вдосконалення, але вже зараз вона є досить міцним підґрунтям для вирішення проблем людей з обмеженими фізичними можливостями. Можна вважати, що у сфері правового забезпечення інвалідів існуючі проблеми пов'язані, перш за все, не з якістю вітчизняної нормативно-правової бази, а з недосконалістю механізмів її застосування й забезпечення виконання вимог законодавства. Надалі потребують особливої уваги усунення зазначених недоліків та робота із вдосконалення цих механізмів.



## СФЕРА ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА/ФАХІВЦЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

С. Ю. Кобелєв та члени ГО «Українська асоціація фізичної терапії»

Громадська організація «Українська асоціація фізичної терапії»

Діяльність Української асоціації фізичної терапії скерована на створення стандартів діяльності, розроблення вимог до якості та обсягу заходів фізичної терапії, підвищення стандартів освіти, професійного рівня та перепідготовки фахівців фізичної реабілітації. З 2011 року Асоціація представляє Україну у Світовій конфедерації фізичної терапії (<http://www.wcprt.org/node/27291>).

Основні засади визначення сфери діяльності фізичного терапевта в Україні створені на основі принципів, задекларованих Світовою Конфедерацією фізичної терапії і опубліковані з метою визначення цілей професії фізичний терапевт/фахівець фізичної реабілітації та її об'єктів впливу, опису реабілітаційних інтервенцій, які фізичні терапевти/фахівці фізичної реабілітації можуть надавати відповідно до своєї кваліфікації, окреслення аспектів роботи фізичних терапевтів/фахівців фізичної реабілітації, які дозволяють професії розвиватись.

### Основні терміни

*Фізична терапія\** – це сформована і легітимна професія, з особливими професійними аспектами клінічної діяльності та освіти, що визначається різноманітністю соціальних, економічних, культурних та політичних умов. Але вона, безумовно, є окремою професією, тому першою професійною кваліфікацією, отриманою в будь якій країні, є успішне завершення навчальної програми, якою присвоюється кваліфікація фізичного терапевта, надається право використовувати назву цієї професії і працювати як незалежний спеціаліст.

*Фізичний терапевт/фахівець фізичної реабілітації\** – є провідним спеціалістом з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Він володіє системними знаннями у сфері рухової діяльності людини. Підготовка фахівців фізичної реабілітації в Україні здійснюється у вищих навчальних закладах III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Фізична реабілітація» й освітньо-