

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.А. Огнєв

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ
РЕАБІЛІТАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-21

Д.М. Гарбуз

Керівник,

к.мед.н., доц.

О.Є. Вашев

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ	6
1.1 Розвиток медико-соціальної реабілітації населення як об'єкт публічного управління	6
1.2 Інституціональне та інституційне забезпечення публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення	13
1.3 Організаційний механізм публічного управління медико- соціальною реабілітацією населення	23
РОЗДІЛ 2 СТАН І ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ	31
2.1 Методики оцінювання рівня забезпеченням населення медико- соціальною реабілітацією	31
2.2 Результати публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення	41
2.3 Проблеми зі забезпеченням медико-соціальної реабілітації населення	48
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ	57
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпеченням населення медико-соціальною реабілітацією	57.....
3.2 Покращання якості стратегічного планування розвитку медико- соціальної реабілітації населення	65
3.3 Комплекс заходів для подальшого розвитку публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення	73
ВИСНОВКИ	82
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	87

ВСТУП

Актуальність проблеми. Оцінка якості життя мешканців зарубіжних країн та наукові дослідження свідчать, що рання і належна реабілітація населення суттєво допомагає зберігати й відновлювати трудовий потенціал держави, сприяє усуненню перешкод та створенню умов для активного життя її громадян. В Україні ж перехід до формування сучасної системи медико-соціальної реабілітації тільки розпочато. Попри позитивні зрушення, які відбуваються у процесі реформування державного управління та місцевого самоврядування, охорони здоров'я, соціального захисту, освіти і науки й інших підсистем і галузей в Україні, система реабілітаційної та соціальної медицини продовжує залишатися фрагментарною і незабезпеченою достатніми ресурсами та умовами для організації роботи. Це призводить до того, що процес формування реабілітаційної інфраструктури в Україні, яка б сприяла усуненню обмежень життєдіяльності осіб з інвалідністю чи найбільш повній їх компенсації, значно сповільнюється, відстає від потреб і не відповідає вимогам сьогодення. Причина цього полягає у недостатньо ефективній системі публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення, адже участь у формуванні державної політики у цій сфері та забезпечення її реалізації бере значна кількість владних інституцій, діяльність яких нескоординована, повноваження й ресурсне забезпечення розпорошені, а форми та методи діяльності позбавлені комплексності впливу.

З початком повномасштабної війни в Україні кількість осіб, які потребують різних форм і видів реабілітації, збільшилася у рази. Тому зростає нагальна потреба у запровадженні сучасних підходів, використанні новітніх технологій у медико-соціальній реабілітації населення, застосуванні системного підходу до управління змінами в сфері охорони здоров'я, стратегічного планування розвитку її в цілому та окремих складових. Відтак, питання вдосконалення публічного управління медико-соціальною реабілітацією

населення набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

У сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють К. Бабов [1], Л. Вакуленко [14], О. Мельниченко [17], І. Мисула [16], В. Мухін [20], В. Огнєв [57], Я. Радиш [52], О. Чуйко [59], О. Яремчук [62] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів і підходів до організації публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення обґрунтувати основні напрями його вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність публічного управління медико-соціальною реабілітацією і визначити його інституціональне та інституційне забезпечення;
- дослідити організаційний механізм публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення;
- оцінити результативність публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення в Україні;
- виокремити для подальшої адаптації до вітчизняних умов передовий світовий досвід щодо забезпеченням населення медико-соціальною реабілітацією;
- запропонувати комплекс заходів щодо розвитку публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення.

Об'єктом дослідження є медико-соціальна реабілітація населення.

Предметом дослідження є публічне управління медико-соціальною реабілітацією населення.

Методи дослідження: абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку медико-соціальної реабілітації; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про організаційний механізм публічного управління медико-

соціальною реабілітацією населення, обґрунтуванні концептуальних підходів до удосконалення публічного управління медико-соціальною реабілітацією шляхом адаптації зарубіжного досвіду, покращання якості стратегічного планування розвитку медико-соціальної реабілітації населення, контролю за якістю та результативністю наданих послуг і діяльністю закладів, які їх надають.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Розвиток медико-соціальної реабілітації населення як об'єкт публічного управління

НТП, ускладнення виробництва і умов праці значної частини населення, погіршення екології стають причиною для зростання захворюваності, а несвоєчасне отримання медичної допомоги, труднощі у доступі до якісного лікування часто призводять до інвалідності. Якщо своєчасно не вживати заходів, то людині складно відновити не тільки здоров'я, в й повернутися до повноцінного життя.

Саме термін «реабілітація» означає відновлення придатності, здатності, місткості. Він походить від латинського «habilitatis» – придатність, здатність, місткість; а префікс «ге-» – 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 [16, 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 [15].

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 [54]. 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.

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 [31].

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 [16].

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 [16, с. 12].

Зважаючи на використання біологічних і соціальних механізмів адаптації та компенсації, виділяють такі види реабілітації: медичну, соціальну та професійну [16, с. 12–13]. Їх ще 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 [54].

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 [54].

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 [16].

У документах ВООЗ зазначається, що реабілітація містить усі заходи, спрямовані на зменшення впливу інвалідизуючих чинників, які призводять до фізичних та інших порушень, обмежуючи їхню соціальну інтеграцію [35].

Реабілітація має на меті як адаптацію хворих і людей з інвалідністю до оточуючого середовища, так і втручання в їх несоціальне оточення та суспільство в цілому з просуванням ідеї соціальної інтеграції.

ВООЗ визначає, що мінімізації інвалідності сприяє здійснення профілактики на трьох рівнях:

– первинна профілактика спрямована на раннє виявлення осіб, які потребують реабілітації і втручання, інвестиції в ранню діагностику, лікування, та реабілітацію, а також соціальну адаптацію. Тоді значна їх частина зможе своєчасно отримати допомогу, зменшити ризики інвалідизації;

– вторинна профілактика являє собою лікування наявних патологічних станів з метою усунення або зниження їхнього впливу на самостійне життя чи адекватної підтримки людини, посилення якості життя засобами реабілітації;

– третина профілактика має на меті не допустити поширення наслідків уже існуючих патологічних станів і розладів та запобігти обмеженню активності суб'єкта і сприяти його незалежності, участі та інклюзії [55, с. 24].

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 державно-громадський 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 і комплексність [19].

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 [31].

Так, у 1940-і рр. в основу державної політики щодо хронічно хворих та осіб з інвалідністю було покладено їхній захист і догляд, тобто «концепція альтернативних потреб». З 1950-х рр. 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. У 1960-і рр. відбувся перехід до 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 1970–1980-х рр. 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 1990-і рр. поступово сформувалась концепція самостійного життя осіб з інвалідністю, у 2000-і – розширення їх прав і можливостей. 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 [7; 27; 30].

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.

1.2 Інституціональне та інституційне забезпечення публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення

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].

Отже, переваги медико-соціальної реабілітації є очевидними. І в зарубіжних країнах розбудові інституціональних та інституційних засад цього

напрямку приділяється значна увага. Під «інституціональним забезпеченням медико-соціальної реабілітації населення» можна розглядати сукупність норм, правил установлення і регулювання взаємостосунків, 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 реформується, однак публічне управління медико-соціальною реабілітацією включає як розробку державної політики у сфері охорони здоров'я, так і соціальної політики. Доволі часто питання медичної і соціальної реабілітації розглядаються окремо. Внаслідок цього визначено декілька співсуб'єктів, які опікуються цією проблематикою та намагаються координувати діяльність, що ускладнює і гальмує процес прийняття важливих державно-управлінських рішень.

Провідну роль у формуванні державної політики у сфері публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення відіграють Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) (відповідає за здійснення медичної реабілітації), Міністерство соціальної політики України (далі – Мінсоцполітики) (забезпечує соціальну реабілітація, надання допоміжних

засобів), Міністерство освіти і науки України (далі – МОН) (організовує науково-педагогічний супровід і підготовку кадрів з реабілітації). 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: Міністерство оборони України (далі – МО), Міністерство у справах ветеранів України (далі – МСВУ), Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ), Національна соціальна сервісна служба України (далі – НСССУ), Фонд соціального захисту інвалідів (далі – ФСЗІ), Пенсійний фонд України (далі – ПФУ) (якому з 1.01.2023 р. передано функції Фонду соціального страхування України) та ін.), місцеві органи державної влади та органи місцевого самоврядування (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), уповноважені органи професійного самоврядування та громадські об'єднання фахівців з реабілітації, установи та організації, які здійснюють кадрове та наукове забезпечення системи реабілітації, а також громадські об'єднання осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та осіб з інвалідністю, які представляють і захищають права їх учасників.

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 [11].

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 [13], Бюджетний кодекс України [5] та закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [29], «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [48], «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [49], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [38], «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [50], «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [47] та ін.;

– постанови Кабінету Міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [33], «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю й інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку» [37], «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» [43], «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» [39], «Технічний регламент щодо медичних виробів» [46], «Технічний регламент щодо активних медичних виробів, які імплантують» [45] та ін.;

– розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [51] та ін.;

– наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами»;

– державні програми «Реабілітація дітей з інвалідністю», «Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю» та ін.

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 та ін.

В Україні сформовано систему реабілітації, яка складається з таких елементів:

– органи публічної влади – суб'єкти управління, які організують та координують діяльність окремих закладів та установ, що здійснюють безпосередню реабілітацію;

– установи (структурні підрозділи) з реабілітації, які за допомогою різних форм, методів і методик реалізують реабілітаційні програми та надають реабілітаційні послуги;

– реабілітаційні програми (програми реабілітації) – це послідовність (порядок) застосування форм, методів і засобів реабілітації, які забезпечують досягнення оптимального для хворого стану здоров'я та працездатності;

– об'єкти реабілітації – особи з особливими потребами, особи з інвалідністю, пацієнти, які здійснюють лікування та відновлення після гострих станів тощо.

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. Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням, відповідно

до медичних показань, державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога [21].

Отже, медична реабілітація є первинною для відновлення здоров'я громадян. Проаналізуємо, яким чином питання організації медико-соціальної реабілітації відображені у нормативно-правових актах, якими регулюється діяльність органів публічної влади місцевого рівня.

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» [48] 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 [41], 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 Харківської 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 [41].

Для забезпечення їх виконання 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 сфери охорони здоров'я Харківської 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. Але Харківською обласною радою делеговано окремі повноваження щодо здійснення оперативного управління її комунальними неприбутковими підприємствами «Обласний госпіталь ветеранів війни», «Обласний клінічний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення», обласні туберкульозні санаторії «Занки», «Ріпки», «Шарівка»; «Обласний дитячий ортопедотравматологічний санаторій «Лісний», які, крім лікувальних, надають окремі реабілітаційні послуги. Також послуги медичної реабілітації здійснюють структурні підрозділи державних установ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка Національної академії медичних наук (далі – НАМН) України», «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», «Інститут загальної і невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України», «Інститут медичної радіології та онкології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», які розміщені на території м. Харкова і з якими Департаменту охорони здоров'я взаємодіє щодо вирішення питань регіонального значення, оскільки безпосередньо ці установи підпорядковуються МОЗ.

Таким чином, на території м. Харків і Харківської області функціонує потужна мережа закладів та установ національної системи охорони здоров'я, які надають реабілітаційні послуги. Отож, що повноважень у сфері медико-соціальної реабілітації населення органи публічної влади регіонального рівня мають недостатньо.

Аналіз завдань і повноважень Департаменту соціального захисту населення Харківської обласної військової адміністрації (далі – Департамент соцзахисту ХОДА) [42] 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 соцзахисту 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. [42].

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

Органи місцевого самоврядування виконують забезпечувальну функцію у системі охорони здоров'я в цілому і 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, створюють умови для пересування, роботу соціальних установ для допомоги в побуті, організують інклюзивне навчання тощо. Але повнота надання таких послуг значно залежить від економічної, інфраструктурної та кадрової спроможності конкретної територіальної громади.

Відповідно до законодавства основними виконавцями реабілітаційних програм є заклади й установи за такими напрямками:

- реабілітаційно-лікувальному (лікувально-профілактичному);
- реабілітаційно-оздоровчому;
- реабілітаційно-протезному.

Тип і вид реабілітаційної установи визначаються при її акредитації та ліцензуванні, що є частиною державної програми, яка надає повноваження установам охорони здоров'я на виконання певних видів медичної діяльності, реабілітаційних послуг. Кваліфікаційна характеристика персоналу повинна підтверджуватися сертифікатом-документом, що дає право на виконання певних послуг, операцій, процедур [48].

У зазначеному законі визначаються не тільки складові системи реабілітації, а й характеризуються види реабілітації, вказуються особливості їх організації, послідовність етапів здійснення, збору інформації та фінансування.

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 ресурсів, про відсутність систематизованої інформації для споживачів послуг про медико-соціальну реабілітацію, про необхідність підвищення кваліфікації фахівців первинної ланки надання медичної допомоги

щодо проведення реабілітаційних заходів, а також про потребу в оновленні переліку спеціальностей для підготовки фахівців з реабілітації у медичних закладах вищої освіти, доцільність уніфікації стандартів і протоколів з надання реабілітаційних послуг, більш раціонального управління санаторно-курортними закладами державної та комунальної форм власності тощо.

1.3 Організаційний механізми публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення

Класичним є визначення поняття механізму управління як способу розв'язання суперечностей явища чи процесу, послідовної реалізації дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних форм і методів управління [24]. Таким чином, поняття «механізм» завжди є динамічною складовою управлінської системи, розкриваючи особливості взаємодії суб'єктів і об'єктів управління у процесі реалізації функцій управління для досягнення конкретних цілей відповідно до принципів існування певної підсистеми чи галузі у чітко визначений спосіб. Таким чином, складовими будь-якого механізму управління є: цілі, принципи, функції методи. Значний вплив на формування будь-якого механізму здійснює природа утворення системи, галузі чи сфери управління, в якій він застосовується, обумовлюючи його специфіку.

У сучасній науці існують різні підходи, які розкривають зміст поняття «механізм публічного управління», його різновиди.

О. Оболенський пропонує під «механізмом публічного управління розглядати систему», яка забезпечує практичну реалізацію функції публічного управління з метою досягнення визначених цілей, яка характеризується власною структурою, методами, важелями, інструментами впливу на об'єкт управління за допомогою відповідного правового та інформаційного забезпечення. Тому специфічною рисою публічного управління є механізм

контролю суспільства над усіма органами державної влади і органами місцевого самоврядування, якого відповідно не має державне управління [25].

Також доволі поширеним є трактування «механізм публічного управління» як сукупності політичних, економічних, організаційних, мотиваційних і правових засобів впливу суб'єкта управління (органів публічної влади та місцевого самоврядування) на об'єкти управління [53]. Тому, характеризуючи динаміку змін у системі управління у залежності від засобів впливу, розрізняють політичний, економічний, правовий, організаційний, мотиваційний та комплексний механізми публічного управління.

На основі аналізу специфіки підсистеми охорони здоров'я, що досліджується, організаційний механізм публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення пропонується розглядати як 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 задля створення умов щодо забезпечення ефективності надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги.

У системі медико-соціальної реабілітації для виконання передбачених законодавством повноважень і потреб громадян в реабілітації складається мережа суб'єктно-об'єктних і суб'єктно-суб'єктних відносин між органами публічної влади різних рівнів управління у сфері охорона здоров'я, соціального захисту, освіти, оборони, безпеки і підтримання порядку в державі, фондами, закладами й установами, які надають лікувально-реабілітаційно-адаптаційні послуги, підприємствами і організаціями з виготовлення медичних виробів, різноманітними громадськими організаціями щодо професійного об'єднання у сфері реабілітології та захисту прав пацієнтів, інвалідів тощо (рис. 1.1).

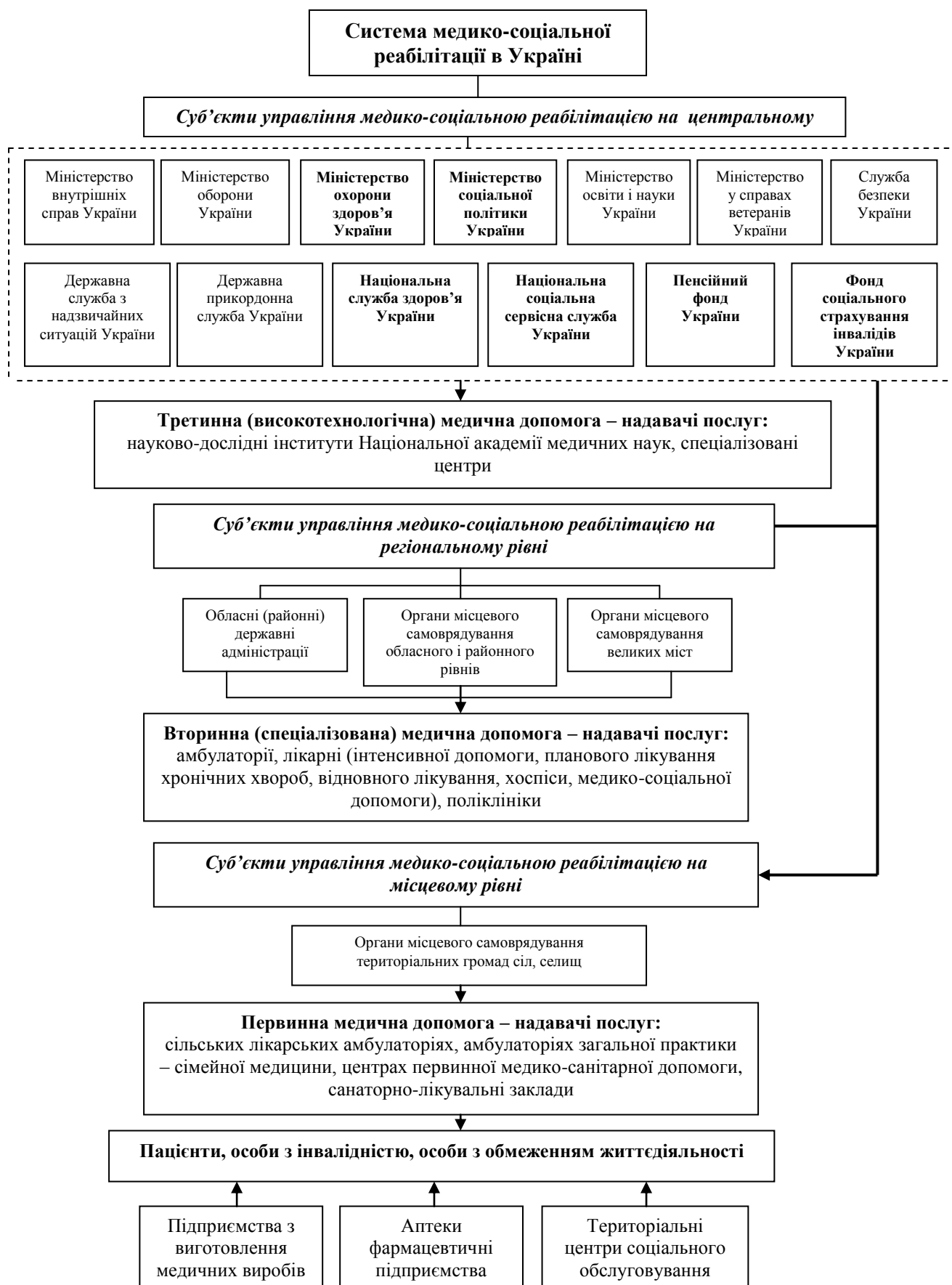


Рисунок 1.1 – Система суб'єктів та об'єктів системи медико-соціальної реабілітації за рівнями надання медичної допомоги й реабілітаційних послуг

Метою організаційного механізму медико-соціальної реабілітації є встановлення сукупності правил і норм взаємодії суб'єктів та об'єктів управління у внутрішньому середовищі цієї системи й суб'єктами інших підсистем, що входять до зовнішнього середовища, для впорядкування відносин, забезпечення регламентування, упорядкування, координації та регулювання процесів, виконання функцій, використання методів впливу задля надання якісних реабілітаційних послуг населенню.

Для забезпечення досягнення цієї мети органи управління системою медико-соціальної реабілітації (суб'єкти управління) відповідно до визначених повноважень на відповідному рівні управління організують діяльність медико-соціальних, лікувально-реабілітаційних закладів і науково-дослідних установ для надання медичної допомоги та виконання реабілітаційної роботи.

Особливістю цієї системи є те, що для проведення якісної медико-соціальної реабілітації необхідне реальне уявлення про потреби інвалідів у реабілітаційних заходах на підставі експертно-реабілітаційної діагностики, визначення реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу, оцінки обмежень життєдіяльності, побажань інваліда й роз'яснення йому цілей та завдань реабілітації. Ці складові становлять процеси, без яких неможливо визначити обсяг необхідних засобів та ресурсів, спланувати і скласти індивідуальну програму реабілітації кожної особи, яка її потребує.

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 [47]. 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* – передбачає виконання комплексу вправ для відновлення рухової активності, набуття компенсаторних навичок, користування технічними, медичними виробами; *фізкультурно-спортивна* – відновлення здоров'я або розвиток компенсаторних навичок особи за допомогою занять фізичною культурою і спортом; *соціальна* – спрямована на створення умов для повернення до активної життєдіяльності, відновлення соціального статусу, здатності родинно-побутової діяльності, соціального обслуговування та адаптації; *психологічна* – відновлення, корекція психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку й утвердження особистості. Для їх застосування 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 є 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», внесенням змін до закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» 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 (далі – МДК) – 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 [48]. До складу МДК 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 різний склад фахівців 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 [38]. 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 стандарти й підходи до здійснення медико-соціальної реабілітації на початок 2021 р. не були розроблені і не мали вартісної оцінки, отже, до проєкту Держбюджету на 2021 р. включені не були, а почали надаватися тільки з січня 2022 р. При цьому було ухвалено рішення про ліквідацію з 01.01.2023 р. одного фонду й передання повноважень іншому – ПФУ. Реорганізація мала пройти у доволі стислі терміни: постанову прийнято 27.12.2022 р., а рішення про набрання ним чинності – 01.01.2023 р. [34]. Це потребує певної адаптації системи фінансування, організації роботи, правового забезпечення до нових учасників і форм роботи. Тобто породжує нові виклики.

Обмеженість фінансування часто стає перепорою 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

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 [8]. Тому, зважаючи на необхідність посилення координації роботи, зростання кількості споживачів, які вже потребують реабілітації внаслідок повномасштабної війни України з РФ, 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.

РОЗДІЛ 2

СТАН І ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ

2.1 Методики оцінювання рівня забезпеченням населення медико-соціальною реабілітацією

Дослідження світових підходів до організації реабілітації свідчать, що органи публічної влади та медичні заклади приділяють значну увагу не тільки процесам надання послуг, а й оцінці їх ефективності, тісному взаємозв'язку між теорією і практикою. Адже всі методики й технології, які використовуються для роботи з пацієнтами, особами з інвалідністю чи обмеженими можливостями ґрунтуються на результатах доказової медицини. Тому важливе місце в публічному управлінні цією сферою посідають плани впровадження новацій, стратегії розвитку галузі, методи та інструменти для аналізу реабілітаційних потреб, ефективності й дієвості тих напрямів політики, які реалізуються, оцінки результативності послуг, що надаються, і якості роботи персоналу. Таким чином, інформаційно-аналітичне забезпечення процесів, які відбуваються не тільки в системі медико-соціальної реабілітації, а й управління системою охорони здоров'я в цілому, є важливим напрямом діяльності ВООЗ і національних урядів.

Після введення Глобального плану дій для інвалідів на 2014–2021 рр. ВООЗ (Responding to the Global Disability Action Plan 2014–2021 of the World Health Organization (GDAP) експертами було визначено, що сучасна система охорони здоров'я має включати 6 основних компонентів: медичні послуги, що надаються, кадри з охорони здоров'я, інформаційні систем охорони здоров'я, доступ до основних ліків, фінансування, лідерство й управління щодо розробки та реалізації державної, регіональної та місцевої політики [71]. Для моніторингу результативності впровадження нових чи надання вже існуючих послуг у

системі охорони здоров'я ВООЗ було запропоновано використовувати принципи, наведені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Принципи моніторингу та оцінки систем охорони здоров'я ВООЗ [72]

Напрями	Вхідні дані і процеси		Виходи	Результати	Вплив	
Сфери оцінювання	Управління	Фінансування	–Інфраструктура, –інформація –комунікація –кадри з охорони здоров'я –ресурсне забезпечення	–Ранній доступ, –готовність до послуг, –якість і безпека послуг	–Охоплення втручанням, –поширеність функціонування та інвалідності	–Поліпшення здоров'я та результати функціонування; –рівний доступ; –соціальна інтеграція та фінансовий захист, –чуйність, –ефективність
Дані	Адміністративні ресурси		Оцінка зручності та обслуговування	Опитування населення	–Відкритий доступ громадян, –незалежна оцінка отриманих послуг	
Аналіз	Оцінка якості даних, оцінки, поглиблені дослідження, використання результатів досліджень, оцінка систем охорони здоров'я					
Використання	Цілеспрямована та вичерпна звітність, регулярний процес перевірки, глобальна звітність					

З точки зору міжнародних фахівців, першим напрямом, який потрібно вивчати і оцінювати є система управління охороною здоров'я. Таким чином, моніторинг та оцінка реабілітаційних послуг має включати такі сфери:

– реабілітаційні заходи включають ранній доступ, готовність до надання послуг, їхню якість і безпеку (це виходи в системі реабілітації, тобто умови, за яких робота цієї системи буде ефективною);

– організацію управління та фінансування як важливі передумови для надання реабілітаційних послуг;

– наявність інфраструктурних технологій, достатньої кількості необхідних фахівців, ресурсного забезпечення, інформації про систему

реабілітації та її функціонування як основні складові організаційного механізму з надання реабілітаційних послуг (тому напрями 1 і 2 характеризують потреби в реабілітації, а також спроможність, умови та процеси організації для їх надання, тобто входи та процеси цієї системи);

– охоплення реабілітаційними втручаннями (включаючи допоміжні медичні вироби і пристрої) та поширеність або рівень порушення характеризують не тільки обсяги й глибину необхідної реабілітації з відновлення дієздатності, функціонування, ресоціалізації, а й розкривають вид, спосіб, форми реабілітації, які потрібно організувати, тобто на що конкретно будуть спрямовуватися зусилля фахівців, пацієнтів, органів управління, щоб забезпечити конкретний результат, і які допоміжні засоби для цього потрібно (це результати реабілітації);

– поліпшення здоров'я і функціонування, а також справедлива оцінка результатів роботи, розподілу ресурсів, врахування соціальних та фінансових ризиків характеризують вплив системи реабілітації на суспільну життєдіяльність.

Застосування цих принципів також сприяє покращенню реагування на потреби осіб, які мають інвалідність чи функціональні обмеження, удосконаленню їх обслуговування, надання послуг у цілому.

Формування системи охорони здоров'я зумовлює необхідність визначення ефективності, якості та результативності її роботи, що ґрунтується на відповідному інформаційно-аналітичному забезпеченні. Оцінка зібраної інформації здійснюється відповідно до критеріїв і показників, що висуваються суб'єктами управління для розуміння ситуації, яка склалася в об'єктах управління. Вона ґрунтується на зборі різнопланової інформації про роботу системи з різних джерел. Наприклад, такими джерелами можуть стати адміністративні джерела, до яких відносять внутрішню медичну статистику, дані про фінансове, матеріально-технічне, кадрове забезпечення як суб'єктів, так і об'єктів управління (тобто оцінюється стан їх функціонування за сферами 1 і 2). А також можливе проведення опитування населення, яке включає збір

конкретної інформації про певний процес чи проблему, наприклад, про доступність послуг, поширеність інвалідності в регіоні, підходів до організації їхнього побуту, створення умов для участі та включення осіб з інвалідністю у суспільство, їхній соціальний статус тощо.

До якості даних висуваються чіткі параметри збору інформації, які в подальшому дозволять здійснювати прогнозування, організовувати поглиблені дослідження і використовувати їх результати для визначення досягнень, продуктивності й ефективності сфери охорони здоров'я, а також для підготовки цільової та всебічної звітності, організації регулярних процесів перевірки та формування цільової чи глобальної звітності, яка розкриває стан і тенденції розвитку, наприклад, системи реабілітації в закладах охорони здоров'я громади, регіону, держави, у світі. Такий підхід узгоджується з методичними рекомендаціями ВООЗ щодо розробки Національного плану охорони здоров'я, подолання інвалідності та реабілітації (NDHRP) [65], організації моніторингу та оцінювання стану його реалізації. Отже, відповідно до Глобального плану дій складові системи охорони здоров'я у поєднанні з принципами реабілітації мають вирішальне значення для процесу впровадження реабілітаційних послуг і розробки Rehabilitation Service Assessment Tool (далі – RSAT) – Інструментів оцінки реабілітаційних послуг, а також формування National Disability, Health and Rehabilitation Plans (далі – NDHRP) [71] – Національного плану охорони здоров'я, подолання інвалідності та реабілітації.

Таким чином, реабілітація розглядається як важлива складова не тільки національної системи охорони здоров'я, яка тісно співпрацює з різними підсистемами і галузями, орієнтованими на відновлення чи збереження здоров'я людини, а й інтегрує довкола проблем здоров'я особи можливості соціальної, педагогічної, економічної, політичної, управлінської систем для того, щоб кожна людина відчувала себе головною цінністю держави, для якої працюють усі служби.

Принципи впровадження та організації реабілітаційних послуг, рекомендовані ВООЗ, містять 6 таких складових [73]:

– створення (реорганізація) для надання реабілітаційних послуг мережі закладів, статус і структур яких може мати різну форму і комбінуватися (наприклад, реабілітаційні відділення в лікарнях, реабілітаційні центри, реабілітаційні послуги на рівні громади, допоміжні пристрої, інтегровані та мультипрофесійні служби);

– підбір для надання реабілітаційних послуг високопрофесійного персоналу, підготовка кадрів за різними видами реабілітації за оновленими програмами та спеціальностями (наприклад, фізична та реабілітаційна медицина, фізіотерапія, професійна терапія, логопедія, протезування та ортопедія, інженер-реабітолог, психотерапія, соціальна робота), розробка і впровадження інформаційних систем реабілітаційних послуг (включення знань про реабілітаційну службу у навчальні плани всіх спеціалістів у сфері здоров'я незалежно від їхньої спеціалізації);

– забезпечення надання повної та різнобічної інформації про потребу в послугах за видами, формами, особливими параметрами для постачальників медичних послуг, органів публічної влади, організація широкого доступу до цих питань для громадськості, постійне оновлення інформації про мережу, технології й методики роботи, новації, звітність про їх результативність, оцінка роботи персоналу, закладів, системи управління, створення відповідних соціально-побутових умов у громадських місцях та установах;

– забезпечення комплексного підходу до основного лікування у поєднанні з реабілітацією раннього втручання (надання дозволу та доступ до реабілітаційного лікування та втручань, таких як медикаментозне, фізіотерапія та ін.; фізлікування, трудотерапія, психотерапія, допоміжні пристрої та інші);

– фінансування (інтеграція реабілітаційних послуг у фінансуванні медичних послуг, зокрема, з програмами національного здоров'я, приділення більшої уваги питанням запровадження медичного страхування та покриття витрат за отримані послуги);

– організація лідерства й управління в питаннях подолання інвалідності та реабілітації (розуміння, концептуальне визначення ставлення до інвалідності

на національному рівні, важливість їхньої реабілітації для повернення до активного й незалежного життя, розробка та своєчасне вдосконалення законодавства про інвалідність і реабілітацію, чіткий розподіл функцій і повноважень у питаннях організації реабілітації між органами публічного управління різних рівнів і підсистем; обрання моделі управління, яка має єдиний координуючий вплив на систему, удосконалення зв'язку та координації між міністерствами) [67].

Для визначення необхідності змін та виявлення ефективності й дієвості підходів, які застосовують у медичній сфері, оцінювання і порівняння станів розвитку систем охорони здоров'я чи їх підгалузей різних держав доволі часто застосовуються опитування або контрольні листи для збору інформації. Такий підхід можна адаптувати і до умов України.

Першою складовою будь-якого опитування є інформація про країну, систему охорони здоров'я чи підгалузь, яка потребує аналізу. Тому до *загальної інформації* найчастіше відносять: інформацію про профіль країни (чисельність населення, соціально-економічні фактори та інфраструктуру, дані про валовий внутрішній продукт (далі – ВВП), з них частку витрат на охорону здоров'я; епідеміологічні дані, необхідні для отримання загального уявлення про стан здоров'я в державі, фактори ризику, поширеність і частоту захворювань і причини смерті як в цілому, так і ті, які можуть спричинити інвалідність за станом здоров'я (у т.ч. психічні хвороби та вроджені вади), відомості про потребу в реабілітації (включаючи допоміжні пристрої) та кількість (відсоток) осіб, які потребують отримання реабілітаційних послуг).

Інформацію про систему охорони здоров'я структурують таким чином, щоб показати її здатність покращувати стан здоров'я, чуйне ставлення, демонструвати соціальний захист від фінансового ризику та результативність роботи закладів і фахівців шляхом надання якісних медичних послуг. До цієї групи показників відносять: дані про мережу закладів охорони здоров'я усіх форм власності, інформацію про доступність послуг; про чисельність медичних працівників, їх спеціалізацію в межах країни тощо.

Процес реабілітації досить часто (особливо, коли мова йде про осіб з інвалідністю) потребує збору *інформації про організацію надання медичних послуг*, вакцинацію, технології, які використовуються, також окремо аналізується інформація про допоміжні пристрої для людей з обмеженими можливостями, які використовуються.

Для розуміння моделі управління, яка застосовується при розробці державної політики у цій сфері, збирається *інформація про інвалідність та реабілітацію*. Зокрема, до даних про осіб з інвалідністю є такі: кількість осіб, які звертаються за компенсацією по інвалідності, її характер, опис, особливості термінології; відомості про те, як система охорони здоров'я країни класифікує тип і тяжкість інвалідності.

Інформація про потребу в реабілітації включає: дані про необхідність допоміжних засобів та кількість (відсоток) осіб, які потребують отримання реабілітаційних послуг; проблеми в організації надання реабілітаційних послуг, допоміжних технологій, їхня проблематика; інформація про спеціалістів, які надають реабілітаційні послуги (персонал); кількість реабілітаційних послуг (на первинному, вторинному й третинному рівня, і впродовж усього терміну реабілітації характеризують показник безперервності догляду; структуру реабілітаційних служб (технічне оснащення, склад команди тощо); забезпечення допоміжними засобами, включаючи протези (наявність, вартість, індивідуальна адаптація та навчання, технічне обслуговування) тощо.

Також визначається і береться до уваги *роль однолітків і сімей у догляді за людьми з обмеженими можливостями* (у т.ч. дітей та людей похилого віку). Зокрема, враховується зв'язок реабілітації, пов'язаної зі здоров'ям, з необхідністю в професійній реабілітації, навчанні, визначаються важливі сфери життя тощо.

Інформація про реабілітаційний персонал включає назву посади, освіти (включаючи заклад), спеціалізацію, акредитацію; кількість і розподіл фахівців з реабілітації (за професією, місцевий розподіл та місця роботи) тощо. Крім того, збору підлягають, а в подальшому широко оприлюднюються, дані про

дослідження у сфері реабілітації, інститути та проєкти з подолання інвалідності й забезпечення реабілітації, розробка національних рекомендацій тощо.

Інформацію про національну політику, закони та обов'язки у сфері інвалідності та реабілітації характеризує підписання та ратифікація Конвенції ООН про права людини з обмеженими можливостями (UN-CRPD), наявність розробленого законодавства про інвалідів та реабілітацію, відповідних підзаконних нормативних актів, які визначають і захищають, наприклад, права на реабілітацію, оцінку інвалідності та компенсацію); про засади розробки державної політики у цій сфері; розкривають повноваження та обов'язки МОЗ та Мінсоцполітики, а також інших міністерств (наприклад, інфраструктури, освіти); принципи забезпечення справедливості у розподілі ресурсів, створення відповідних умов, формування цільових підрозділів з питань інвалідів і реабілітації у органах влади; здійснення ефективної координації між органами публічної влади; розробка державної політики у сфері страхування, взаємодії з неурядовими організаціями (далі – НУО), приватними структурами, іншими зацікавленими сторонами.

До інформації про певні недержавні організації та інші зацікавлені сторони, які беруть участь у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, реабілітації відносять: кількість, види та роль організацій, які працюють для людей з інвалідністю, створюють умови для їх реабілітації, дані про національні й міжнародні гуманітарні організації та їх роль у системі охорони здоров'я та соціальній системі; дані про професійні організації та їх позицію; розробку методик оцінювання реабілітаційної служби; інструменти оцінки реабілітаційних послуг (RSAT) [67].

Також варто зауважити, що GDAP BOOЗ містить чіткі вказівки щодо посилення реабілітаційних послуг на національному рівні [71]. Цей документ включає проведення реабілітації послуг, надання допоміжних засобів, підготовку та висунення вимог до реабілітаційного персоналу тощо [65]. Настанова з реабілітації, заснована на доказах, забезпечення та фінансування [70] рекомендує запроваджувати реабілітаційні послуги в сфері охорони

здоров'я та сплачувати за їх надання за рахунок внесків за медичне страхування, спеціальних програм у цій сфері або іншої платіжної системи, забезпечуючи рівність доступу. Цими документами у своїй діяльності керуються багато країн, які прагнуть покращити свої національні реабілітаційні служби, шукають нові моделі керівництва та підходи до розширення співпраці як з вітчизняними, так і міжнародними неурядовими організаціями. Група ВООЗ з інвалідності та реабілітації за офіційними запитамі надає консультації та поради національним урядам щодо цього пошуку та співпраці. Такі місії ґрунтуються на достовірній інформації, врахуванні численних факторів і використанні системного підходу до виявлення проблем і розробці рекомендацій щодо їх подолання [65]. Для забезпечення виконання такої діяльності важливим є збір всієї інформації. Тому з метою аналізу використовуються усі доступні джерела інформації: офіційні дані (звіти, статистика, публікації тощо), збір інформації пі час візитів до країн та інтерв'ю із зацікавленими сторонами. але усі вони потребують систематичної перевірки, рівня її доступності фахівцям і споживачам.

Крім наведених методик оцінювання забезпечення реабілітаційних послуг населення в роботах, які стосуються складання програм фізичної та медико-соціальної реабілітації, йде мова про визначення порушень у пацієнта, виходячи з реабілітаційного діагнозу. Враховуючи сучасну парадигму охорони здоров'я та фізичної терапії з їхнім фокусуванням на функціонуванні людини, її активності й участі, в основі встановлення реабілітаційного діагнозу використовується Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ). Вона ґрунтується на тому, що реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта, сформульований у категоріях МКФ, що відображає всі актуальні аспекти функціонування пацієнта. Визначення реабілітаційного діагнозу є першим етапом у процесі фізичної терапії пацієнтів. Із визначення реабілітаційного діагнозу, який кодують категорії МКФ і який містить мету реабілітації загалом та завдання реабілітаційної програми, починається індивідуалізація фізичної терапії для

кожного пацієнта. У реабілітації нарівні з клінічним діагнозом, сформульованим за нозологічним принципом з використанням Міжнародної класифікації хвороб (далі – МКХ), використовується реабілітаційний діагноз. На відміну від клінічного діагнозу, який може формулюватися тільки лікарем, в межах своєї галузі знань і компетенцій, реабілітаційний діагноз формулюється за участі всіх фахівців МДК. У реабілітаційний діагноз включаються тільки ті виявлені проблеми пацієнта, які впливають або відображають його функціонування. Одним із шляхів визначення реабілітаційного діагнозу для пацієнтів на основі МКФ є використання основного набору категорій МКФ для певного захворювання. Після опитування та обстеження пацієнта визначаються категорії МКФ, які є обмеженими та значущими для пацієнта, згідно з ними встановлюють подальші завдання реабілітації.

Таким чином, реабілітаційний діагноз відображає всі аспекти функціонування. Аналізуючи у ньому проблеми (сфери МКФ) можна побачити потреби пацієнта і скласти на цій основі індивідуальну програму реабілітації (Реабілітаційний план). МКФ – це стратегічний інструмент призначений, головним чином, для опису, а не для кількісної оцінки. Він запропонований як глобальний індикатор проблеми, який дозволяє здійснювати комплексну реабілітацію осіб з інвалідністю та обмеженням життєдіяльності, уніфікуючи підходи та полегшуючи міжнародну співпрацю в цій сфері.

Отже, системи обліку та оцінки роботи систем охорони здоров'я кожної країни, а також її окремих складових є дуже важливими для визначення результативності і тенденцій їхнього розвитку. Завдяки зібраним даним порівнюються процеси, які в них відбуваються, виявляються загрози і проблеми функціонування, а також накопичується інформація для наукових досліджень та інформування споживачів послуг. При сучасному переході до інформаційного суспільства розробка та використання якісного інформаційно-аналітичного забезпечення системи є важливою як для органів управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях управління, так і громадянам, які отримують різноманітні медико-соціальні послуги.

2.2 Результати публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення

Дослідження вітчизняної сфери охорони здоров'я свідчить, що в Україні відбувається поступова її реорганізація у систему європейського типу.

Аналіз мережі свідчить, що на кінець II кварталу 2022 р. в Україні функціонувало 3350 закладів національної системи охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ. Це – 1654 спеціалізовані медичні заклади (далі – СМД) та 1696 закладів первинної ланки надання медичної допомоги [9].

79,3 % українців обрали свого лікаря за програмою Медичних гарантій для отримання первинної медичної допомоги (далі – ПМД). Більшість декларацій на отримання ПМД укладено із комунальними некомерційними підприємствами сфери охорони здоров'я (92 %), закладами, які працюють як ФОП – 4 %, приватними медичними закладами (без ФОП) – 3,9 %, державними установами – 0,1 % (рис. 2.1). З поміж укладених угод 34,8% укладено лікарями з особами, які мають особливі освітні потреби (далі – ООП), що свідчить про потребу в подальшому і наданні медико-соціальної реабілітації (табл. 2.2) [9].

Загалом, в електронній системі охорони здоров'я України (далі – ЕСОЗ), станом на 1.02.2021 р., зареєстровано 272264 лікарів і медичного персоналу. З них, лікарів первинної ланки – 23980 осіб, лікарів спеціалізованої медичної допомоги – 97668, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – 153251. Порівняння їхньої кількості з даними 2020 р. свідчить про збільшення чисельності медичного персоналу (рис. 2.2).

Так, з квітня 2020 р. по лютий 2021 р. кількість лікарів первинної ланки в електронній системі охорони здоров'я зросла на 555 осіб. Кількість лікарів спеціалізованої медичної допомоги зросла на 3435 осіб, медичного персоналу – на 2576 осіб [58].

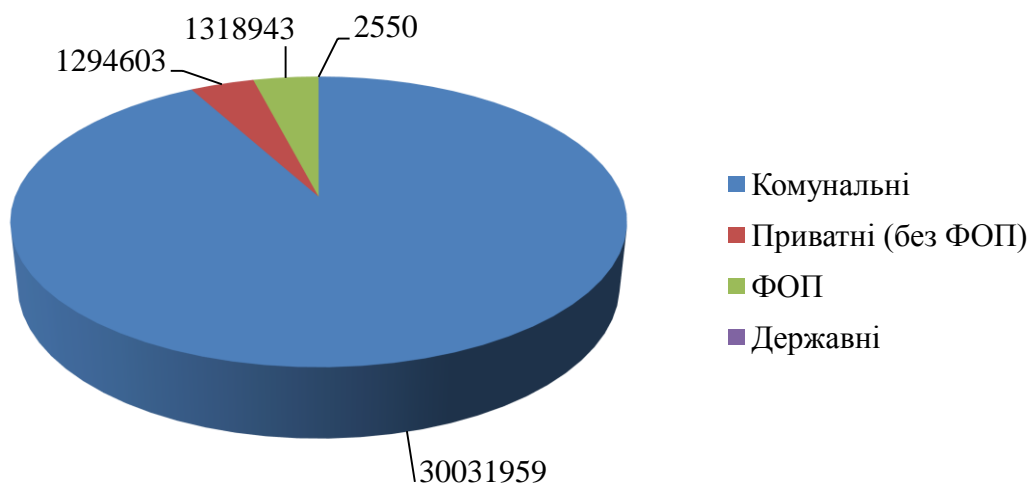


Рисунок 2.1 – Кількість декларацій на отримання ПМД укладено із закладами охорони здоров'я України станом на II квартал 2022 р. [9]

Таблиця 2.2 – Розподіл декларацій, поданих лікарям для отримання ПМД [58]

Спеціальність лікаря	Кількість лікарів	Кількість лікарів з ООП	%, з ОПП
Педіатр	5036	533	30,4
Сімейний лікар	16018	6267	39,1
Терапевт	3536	760	21,5
Усього:	24590	8560	34,8

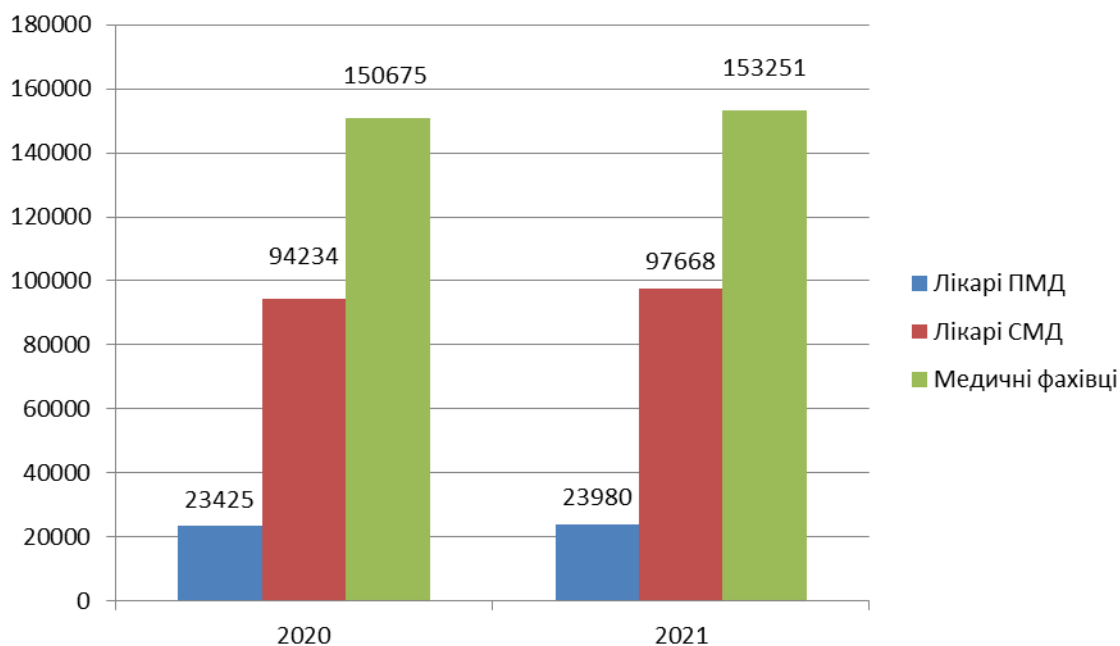


Рисунок 2.2 – Дані про медичний персонал закладів охорони здоров'я у 2020-2021 рр. [58]

Також дані ЕСОЗ свідчать про те, з квітня 2020 р. по лютий 2021 р. деактивовані (тобто, звільнилися) 1950 лікарів ПМД, натомість додалося 2505. Зі спеціалізованих медзакладів звільнилися 6620 лікарів, а додалося – 10055. Серед медперсоналу звільнилася 8431 особа, додалося – 11007 працівників. Така статистика свідчить про те, що професія лікаря лишається затребуваною і дає можливість працевлаштуватися [58]. Проте дані за 2022 р. відсутні через повномасштабну війну в Україні та неможливість зібрати релевантну інформацію.

Попри це, фахівці наголошують на користі впровадження такої системи обліку. Адже завдяки запровадженню ЕСОЗ з'явилися дані про кількість лікарів різних спеціальностей у регіонах, що дозволяє аналізувати динаміку забезпечення ними закладів охорони здоров'я у залежності від потреб населення. Зокрема, серед лікарів СМД лідерами за кількістю є акушери-гінекологи (9112 осіб). Найбільше цих спеціалістів на 100 тис. населення працює у Івано-Франківській та Київській областях – 37 та 36 фахівців, відповідно. Найменше – у Луганській та Донецькій областях – 6 та 8 гінекологів на 100 тис. населення. Хірурги у електронній системі охорони здоров'я – треті за чисельністю. Їх зареєстровано 6106 осіб. Найбільше хірургів у Тернопільській і Чернівецькій областях та в Києві – по 24 спеціалісти на 100 тис. населення. Найменше – у Луганській та Донецькій – 5 і 7 спеціалістів на 100 тис. населення відповідно [58].

У 2022 р. договори з НСЗУ на медичні реабілітаційні послуги для дорослих та дітей укладено з 370 медичними закладами, з них 17 – приватні. За даними електронної системи охорони здоров'я, з початку 2022 р. цей вид допомоги отримали понад 253 тис. українських пацієнтів. За їхнє лікування НСЗУ виплатила лікарням понад 2,8 млрд грн. [9].

Проте доступу до систематизованої офіційної інформації МОЗ про мережу реабілітаційних центрів і закладів для осіб різного віку й з різними потребами в реабілітації, а також даних про фахівців, які в них надають послуги, до цього часу немає. Це певним чином ускладнює реорганізацію

системи реабілітації, оскільки не дозволяє визначати теми і динаміку змін, які в ній відбуваються, не тільки керівникам місцевих органів влади, а й громадськості відстежувати хід реалізації медичної реформи, оцінювати її результативність.

В Україні станом на 1.01.2023 р. функціонує 27 реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю. З них у 27 – надаються послуги для дітей з інвалідністю, 18 – для дітей віком до 3 років включно, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності), 17 – осіб з інвалідністю (старших 18 років). Вони розташовані в усіх областях України [32].

Інформація про надання у цих закладах послуг за видами реабілітації наведена на рисунку 2.3.

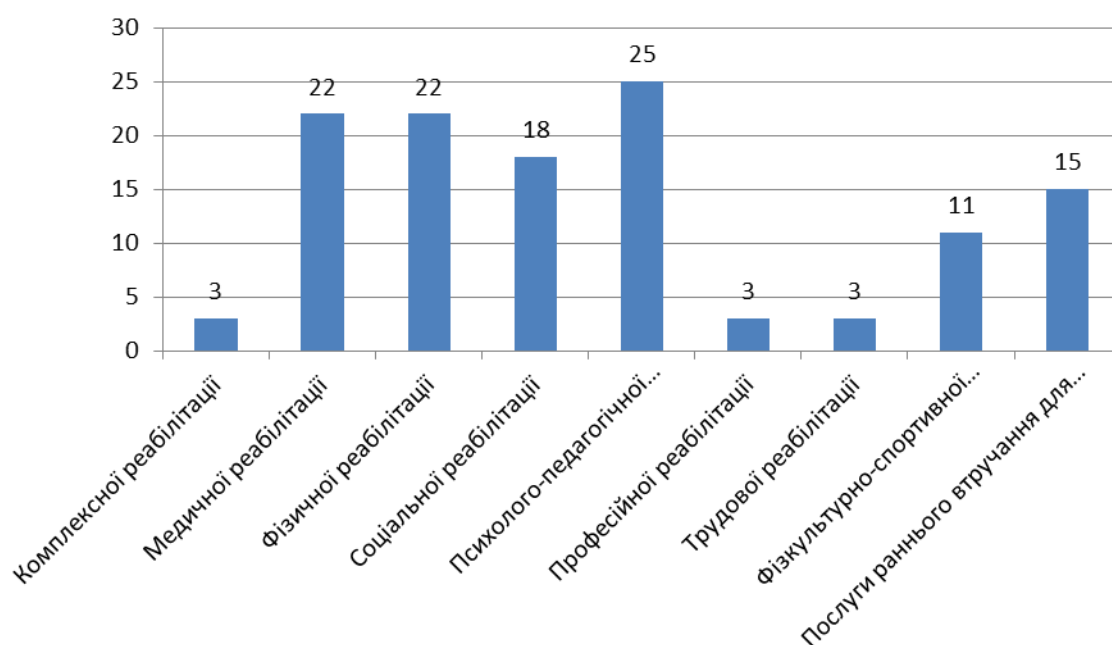


Рисунок 2.3 – Інформація про надання у закладах охорони здоров'я послуг за видами реабілітації [32]

Аналіз даних рис. 2.3 свідчить, що в сучасних умовах найбільш поширеним є надання послуг з психолого-педагогічної (у 25 закладах), медичної та фізичної реабілітації (по 22). Ці дані ілюструють неповну

готовність реабілітаційних установ і закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей, реалізувати сучасні підходи і надавати комплексні послуги з реабілітації. Варто зауважити, що незважаючи на війну, ці установи продовжують працювати і задовольняти потреби громадян в реабілітації. Схожа ситуація складається і для інших осіб з інвалідністю, за віком чи потребою в реабілітаційних заходах за основними нозологічними формами захворювання, військовослужбовцями тощо.

З початком повномасштабної війни перед Україною постала величезна кількість викликів, до яких держава, що реформується, не була готова. У першу чергу змінився акцент і види реабілітаційної допомоги. Значно зросла потреба у наданні медичних, фізичних, психологічних реабілітаційних послуг військовим, цивільному населенню, які прибули із зони військових дій, окупованих територій, звільнених з полону, примусово вивезених на територію країни-агресора чи добровільно евакуювалися за кордон.

Щоб забезпечити скоординовану роботу й підвищити результативність реалізації державної політики в цій сфері, органи публічної влади України зосереджують увагу в першу чергу на розробці нормативно-правових засад надання реабілітаційної допомоги, яка б надавалася безперервно. Активну допомогу вітчизняним фахівцям надають спеціалісти ВООЗ.

Основою нового підходу є фокус на створенні безбар'єрного середовища. Для цього затверджено і розробляються заходи для впровадженні Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року [51]. Практичне втілення цього документа в життя потребує зосередження на таких напрямках діяльності:

- забезпеченні скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступності медичних виробів, зокрема допоміжних засобів реабілітації, в т.ч. протезів;

- регламентації правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, їх потреб у медичних виробках;

- впровадженні міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації та за потреби розробці вітчизняних протоколів, правил, методичних рекомендацій на їх основі;

- створенні умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації;

- створенні рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, виробників і постачальників допоміжних засобів реабілітації;

- формуванні ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги тощо [23].

За підтримки ВООЗ, МОЗ розробило наказ № 2083 від 16.11.2022 р. «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах», яким затверджуються: реабілітаційні маршрути за станів здоров'я, поширених під час війни: травмах спинного мозку, травмах головного мозку, ампутаціях кінцівок і складних скелетних травмах; критерії скерування пацієнтів між гострим, післягострим і довготривалим реабілітаційним періодами та шкали функціонального оцінювання [23].

Враховується, що одночасно з фізичним відновленням надважливе значення має реабілітація психічного стану постраждалих. Ця діяльність в Україні потребує застосування нових принципів роботи, комунікації, організації реабілітаційного середовища, інтегративного та заснованого на доказах (evidence-informed) підходу до процесу відновлення. При цьому зміни мають стосуватися не тільки сутності й і форм психічної реабілітації, а й діяльності закладів охорони здоров'я, що надають такі послуги для постраждалих, осіб з інвалідністю, обмеженням життєдіяльності, а також стосуються і трансформації діяльності органів публічної влади у цій сфері.

Міністерством у справах ветеранів України у цьому напрямі вже розпочато певну роботу. Наприклад, розроблено чи адаптовано до вітчизняних умов низку методичних рекомендацій: «Організація ветеранських груп самопомоги «рівний-рівному» для надання кращої психосоціальної

підтримки: рекомендації місцевим органам влади та лідерам громад» [26], «Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей» [28]; пропозиції щодо проведення аудиту потреб, визначення цільових груп громадян та їх потреб в послугах з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки [36] тощо. Ці рекомендації розроблені у першу чергу для лідерів – керівників адміністрацій громад, депутатського корпусу, керівництва соціальних служб, служб охорони здоров'я, лідерів громадської думки, керівників громадських організацій. Вони спрямовані на надання чітких, стислих і прозорих рекомендацій щодо розбудови у громадах груп самопомоги для ветеранів або груп «рівний-рівному». Утім, недоліком цих пропозицій є те, що питання організації та функціонування реабілітаційних груп «рівний-рівному», їхньої структури, особливостей роботи тут не розглядається. Основна увага присвячена проблемам важливості таких груп, технології їх розбудови та дорожній карті створення послуг «рівний-рівному» у конкретній громаді. Цей факт є ще одним підтвердженням нескоординованості діяльності органів публічної влади на найвищому рівні. Того, що організаційно недостатньо продумуються, не деталізуються практичні заходи з виконання ключових положень і документів у сфері реабілітації, що на етапах планування не залучаються місцеві органи публічної влади тощо.

Впровадження будь-яких новацій, безумовно, потребує значних матеріальних і фінансових ресурсів, що в умовах війни здійснити важко. Втім аналіз підходів до формування видаткової частини бюджету в сфері охорони здоров'я 2022 р. (порівняно з 2021 р.) свідчить, про протиріччя, які закладаються при реформуванні системи послуг. Головна з них – невідповідність між прагненнями концептуально, інституціонально, функціонально змінити систему надання реабілітаційних послуг в Україні й формуванням фінансової здатності сфери охорони здоров'я реалізувати задекларовані та заплановані заходи.

Наприклад, аналіз видатків на сферу охорони здоров'я у 2022 р. свідчить, що при споживчій інфляції в річному вимірі 26,6 % видатки зросли тільки на

15,3 % [58]. При цьому при потребі підготовки фахівців на новою спеціальністю «Медична реабілітація» видатки на статтю «Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти» у 2022 р. не передбачені; а «Фінансування загальнодержавних закладів та заходів у сфері медичної освіти» скорочено на 52,2 %; натомість «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ і вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України» збільшено на 79,6 %; «Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями» збільшено на 22,4 %; «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» збільшено на 10,1 %. Такий підхід ускладнює реформаційні процеси та призводить до необґрунтованості рішень щодо розподілу ресурсів. У цілому це впливає на темпи і результативність змін, які відбуваються у системі реабілітації, та на швидкість і якість відновлення здоров'я громадян, їхню здатність у подальшому активно жити та приносити користь громаді і державі.

2.3 Проблеми зі забезпеченням медико-соціальної реабілітації населення

Аналіз та узагальнення підходів до організації медико-соціальної реабілітації в Україні свідчить, що ефективному функціонуванню цієї сфери заважають низка проблем у правовому регулюванні, організації та створенні належних умов для отримання якісних послуг. 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. 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 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 НСЗУ. Перелік реабілітаційних послуг, які заклади охорони здоров'я спроможні надавати, є доволі обмеженим на різних рівнях, а у різних регіонах і при наданні різних видів допомоги неоднаковим. Наприклад, у пакеті первинної медичної допомоги послуги реабілітації відсутні. Ті ж послуги, які надаються на інших рівнях, увійшли до складу різних видів допомоги (амбулаторної, стаціонарної, допомоги при інсульті, онкологічних захворюваннях), а у

спеціалізованих і високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я – це переважно послуги реабілітації дорослих та дітей до 3 років з ураженнями опорно-рухового апарату, нервової системи, а також реабілітації немовлят [10].

Як і у світі, в Україні запроваджено міждисциплінарний підхід до надання реабілітаційних послуг. Визначено, 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-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 вдосконаленні нормативно-правового забезпечення питань реалізації державної політики у сфері реабілітації, в першу чергу, варто звернути увагу на те, що серед 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. Приміром:

- доцільним є запровадження окремого виду реабілітації – 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;

- необхідно вводити посади не тільки реабілітологів – фізичних терапевтів (фізична реабілітація), а й фахівців, які здійснюють реабілітацію за основними нозологічними формами захворювання (медична реабілітація) у

лікувальні заклади, які внесено до переліку лікарень, які надають реабілітацію військовим, виникає потреба розвивати паліативну медицину, а також реабілітацію на амбулаторному рівні;

- потрібно поширити практику введення у військову реабілітацію мультидисциплінарних команд для відновлення військових, особливо тих, які мають 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;

- збільшувати кількість реабілітаційних центрів із високотехнологічним обладнанням, спроможних надавати високоякісні послуги та провадити наукові дослідження для вдосконалення якості надання реабілітаційних послуг;

- розвивати реабілітаційну сферу на місцевому та регіональному рівнях – важливо, щоб у лікувальних закладах у відділеннях було не тільки належне медичне обладнання, а й фахівці: психологи, ерготерапевти, фізичні терапевти, їхні помічники 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 інституціонального та інституційного забезпечення медико-соціальної реабілітації свідчить про те, що в Україні ще тільки розпочато формування цілісної системи реабілітації та запровадження індивідуального підходу до кожного споживача послуг. 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 [3]. Крім того, варто звернути увагу на те, що в Україні недостатньо з юридичної точки зору розкриваються питання відповідальності за виконання / невиконання індивідуальної програми реабілітації та надання реабілітаційних послуг, особливо особам з інвалідністю.

З позиції законодавства індивідуальна програма реабілітації осіб з інвалідністю є документом, який сформований МСЕК і має рекомендаційний характер. Тобто особа чи її законний представник можуть відмовитися від того чи іншого виду, форми чи обсягу реабілітаційних заходів або від реалізації індивідуальної програми в цілому незалежно від закладу, в якому вона відбувається, його відомчого підпорядкування, типу чи форми власності. З медичної точки зору це може порушити цілісність і продуманість програми, послідовність етапів її реалізації, що не дозволить отримати бажаний чи максимальний ефект. З іншого боку, це спонукає заклад, у якому здійснюється реабілітація, і фахівців, які безпосередньо забезпечують реалізацію програми, дуже прискіпливо підходити до вибору форм і методів реабілітації, щоб, зважаючи на часто скрутні можливості осіб з інвалідністю та їх сімей, забезпечити позитивний ефект від здійснюваних заходів. Проте нерідко, якщо особа не має відповідних ресурсів, чи бажання, реабілітаційні заходи не відбуваються або відбуваються в обмеженому вигляді, що не дає максимально можливого результату. 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.

Утім невиконання чи неналежне виконання індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю може наступити і з вини суб'єкта управління

чи надавача послуги. У такому випадку, як зазначають фахівці-правознавці, настає часткова адміністративна відповідальність згідно зі ст. 41 Кодексу України про адміністративні правопорушення [12]. Неврегульованість цього питання полягає в тому, що згідно з цією статтею суб'єктом адміністративного правопорушення може бути лише роботодавець, тобто фізична чи юридична особа, яка використовує найману працю особи з інвалідністю, уклала з такою особою трудовий договір і не створює умов для належної реалізації індивідуальної програми реабілітації такого працівника. Стосовно інших осіб – «не роботодавців», для яких індивідуальна програма реабілітації теж є обов'язковою, у разі, коли вони не виконують чи виконують з порушенням свої обов'язки по забезпеченню виконання індивідуальної програми реабілітації, то законодавець обмежується лише можливістю судового захисту прав осіб з інвалідністю. Проте цього замало. Адже, якщо безпосередній виконавець – фахівець з реабілітації не надає належним чином, порушує чи спричиняє шкоду своїми діями, то відповідальність має нести саме він, безумовно, якщо його провину доведено. Інакше це може призводити до всюдозволеності, ігнорування стандартів, правил і вимог та інших порушень, які суттєво можуть зашкодити людині, яка звернулася по допомогу.

Тому доцільно вдосконалювати договори, які укладаються між усіма суб'єктами реабілітації і надавачами послуг щодо виконання чи сприяння у виконанні індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю з чітким визначенням їх обов'язків щодо виконання конкретних видів діяльності, однозначно точним і конкретним їх формулюванням, без дублювань, передбаченням адміністративної відповідальності за порушення, зазначених у договорі. У зв'язку з цим, доцільно доповнити Кодекс України про адміністративні правопорушення положенням, яке б передбачало відповідальність органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, реабілітаційних установ, підприємств, установ, організацій, в яких перебуває або працює особа з інвалідністю (дитина з інвалідністю), незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу й форми власності за невиконання чи

неналежне виконання своїх обов'язків щодо забезпечення реалізації індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю.

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.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ НАСЕЛЕННЯ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпеченням населення медико-соціальною реабілітацією

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 навчання 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 [70].

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 [66].

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» [60].

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 проєктувати, 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 цієї системи, обумовлений національними особливостями. Але розпочиналося вирішення проблем у сфері реабілітації у всіх державах з відкриття спеціальностей «Медична реабілітація» у ВНЗ 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); реабілітаційний сектор максимально наближений до життєвого середовища пацієнтів [61].

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 – доліковування 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») [61]. 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 [63]:

– контракти, що надаються державою приватним компаніям з метою виконання робіт і послуг, а також постачання продукції на виконання

державних потреб. Найвідомішою і найчастіше використовуваною є договірною формою 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 територій для курортних споруд за рахунок коштів державного й місцевих бюджетів [21].

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 сфери 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 виділенні коштів на оплату «стін» закладів охорони здоров'я та комунального господарства, а на забезпечення медичних послуг,

яких потребують пацієнти [69]. При цьому значна увага приділяється реалізації Стратегії «Охорона здоров'я, орієнтована на людину», 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 [68, 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 *Німеччині* та *Бельгії* znana кількість медичних реабілітаційних установ є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції. У *Франції* медична реабілітація проводиться як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних лікарнях, так і вдома. 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.

У зв'язку з цим, постає необхідність більш глибокого вивчення питання про доцільність впровадження загальнообов'язкового соціального медичного

страхування в Україні. Адже такий вид оплати медичних послуг широко розповсюджений у *Франції, Чехії, Нідерландах* та інших країнах, де частка витрат цього виду страхування, в загальній сумі витрат на охорону здоров'я, становить приблизно 90 %.

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.

3.2 Покращання якості стратегічного планування розвитку медико-соціальної реабілітації населення

У сучасному світі планування у сфері охорони здоров'я розуміється як упорядкований процес, що охоплює:

- ідентифікацію непокритих медичних потреб населення, оцінку ресурсів для задоволення цих потреб: включаючи кадрові, фінансові, матеріально-технічні ресурси, навички та знання персоналу системи охорони здоров'я;
- встановлення реалістичних і досяжних пріоритетних цілей реалізації відповідних планів і розробку адміністративних заходів щодо їх досягнення;
- визначення проблем здоров'я населення: аналіз демографічних характеристик населення, статистики захворюваності, поширеності хвороб, смертності тощо [56].

Однак, коли ресурси обмежуються, а проблеми нагромаджуються і поглиблюються, нагальною потребою і головним інструментом ефективного управління стає стратегічне планування розвитку. Саме низька якість стратегічного планування у вітчизняній системі управління охороною здоров'я не дозволяє правильно визначати пріоритети, акумулювати й ефективно витратити ресурси та досягати конкретних результатів, надаючи послуги високої якості. На думку вітчизняних науковців і практиків, стратегічний план

послуг має демонструвати процес, який потрібно пройти, щоб створити умови або надати послуги високої якості. Він повинен включати такі елементи:

- визначення ролі та внеску послуг з охорони здоров'я в ключових політиках і пріоритетах системи, які формують основний мандат для послуг;
- візія, місія та цінності;
- задокументовані результати аналізу зовнішніх факторів, зокрема тренди в системі охорони здоров'я та виклики, результати щодо охоплення населення послугами й аналіз ринку;
- опис потенціалу послуг з охорони здоров'я та рівень їх надання;
- цілі та завдання щодо послуг, які демонструють, як вони можуть зробити свій внесок у досягнення цілей і завдань більш широкої системи, для того, щоб відповісти на потреби населення в регіоні;
- критерії вимірювання, які будуть оцінювати прогрес щодо стратегічних цілей та завдань для оцінки успіху в кінці періоду тощо [56].

Стратегічний план у закладах охорони здоров'я має стосуватися вдосконалення у п'яти основних сферах: якість охорони здоров'я; доступ пацієнта; утримання співробітників; диференціація на ринку; вирівнювання ресурсів. Успішне стратегічне планування в охороні здоров'я також має включати чіткий зв'язок між поточними проектами та програмами, тими, які спрямовані на регулювання (такі як профілактичні послуги та оздоровлення громади), стратегічними цілями організації (такі як оцінка спільних підприємств або участі в системі охорони здоров'я), а також вимірювання використовується для відстеження успіху. Відстеження успіху відобразатиме організаційну компетентність і відповідне використання інформаційних технологій. Реалізація стратегічного плану вимагатиме співпраці між лікарями та лікарнею, навчання працівників для підвищення рівня кваліфікації у деяких випадках річні операційні цілі та план, що оновлюється кожні три роки [64].

Але експерти ВООЗ наголошують, що процес стратегічного планування є набагато глибшим. Тому окремі етапи вітчизняного процесу стратегічного планування потребують удосконалення.

У зарубіжній практиці, перш ніж уряд розпочинає процес стратегічного планування, здійснюється глибокий аналіз проблем та дослідження реального стану їх прояву. Не є винятком і розвиток системи реабілітації. Зупинимося на цих процесах більш детально.

Першим етапом стратегічного планування розвитку медико-соціальної реабілітації населення є *етап оцінки ситуації*, мета якого – одержати повне розуміння стану реабілітації в державі, регіоні чи громаді.

За рекомендацією ВООЗ стратегічне планування включає низку методик та інструментів, які використовуються на окремих етапах. До них відносять: STARS (Systematic Assessment of Rehabilitation Situation – Систематичну оцінку реабілітаційної ситуації), GRASP (Guidance for Rehabilitation Strategic Planning – Керівництво зі стратегічного планування реабілітації), FRAME (Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation – Структура моніторингу та оцінки реабілітації), ACTOR (Action on Rehabilitation – Дії щодо реабілітації) [70].

На етапі оцінки ситуації використовують методикку STARS, яка гарантує отримання високоякісного, заснованого на фактичних даних і стандартизований оцінці ситуації, звіту. Він надає інформацію про сильні та слабкі сторони реабілітації в країні, розкиває пріоритетні напрями діяльності та рекомендації для розвитку.

За цією методикою процес оцінювання ділиться на чотири етапи:

- підготовки до оцінки ситуації (розробка планового документа або концептуальної записки, яка гарантує, що уряд бере участь, визначає обсяг оцінки, зацікавлених сторін, терміни і наявні ресурси, а також створює робочу групу і визначає її склад);

- збору даних та інформації (накопичення інформації для оцінки ситуації за Шаблоном збору інформації про реабілітацію (TRIC – Template for Rehabilitation Information Collection), який структурується відповідно до складових системи охорони здоров'я за міжнародно визначеною системою оцінювання. Збір даних у стандартизований спосіб за допомогою TRIC дозволяє порівнювати їх за часом і між країнами);

– безпосереднього проведення оцінки; підготовки, редагування, розповсюдження та повідомлення результатів оцінювання (оцінка в країні передбачає участь експертів, міжнародних та/або національних, які відвідують сайти та служби, а також проводять опитування зацікавлених сторін. Рекомендації з проведення STARS містять детальну інформацію про організацію оцінювання в країні і включають Модель реабілітаційної зрілості (RMM – Rehabilitation Maturity Model), яка оцінює реабілітацію впродовж континууму розвитку). Підготовлений звіт має містити опис та аналіз ситуації у сфері реабілітації та набір можливих рекомендації. На його основі розробляється план удосконалення ситуації, який адаптується до особливостей певної країни.

Другий *етап* безпосередньо полягає у *розробці стратегічного плану реабілітації*. Він характеризує бачення і напрями змін в державі щодо організації медико-соціальної реабілітації та спирається на висновки, зроблені в результаті її оцінювання, потребує визначення пріоритетів та дій, необхідних для просування реабілітації, й опису досягнення цілей та очікуваних результатів. Для цього використовується Керівництво зі стратегічного планування реабілітації (GRASP – Guidance for Rehabilitation Strategic Planning), яке передбачає реалізацію таких заходів:

– підготовку до стратегічного планування (узгодження обсягу, змісту, пріоритетів планування, учасників, які залучаються до розробки окремих напрямів, розрахунок часових меж, кадрового та фінансового забезпечення, методик обліку витрат, процесів консультування, доопрацювання та схвалення програмних документів урядом країни);

– визначення пріоритетів і створення першого проекту плану (обговорення пріоритетних напрямів, визначення пріоритетних цілей у планові реорганізації реабілітації та організаційних заходів і дій, які необхідно здійснити для їх реалізації; складання проекту плану як документу);

– консультування, перегляд, завершення і калькуляція плану (проведення консультацій із зацікавленими сторонами, врахування їх зауважень та

пропозицій, внесення змін до плану. Саме обговорення проєкту плану і отримання зворотного зв'язку сприяють залученню учасників до загальнодержавного планування і формують передумови для підтримання і практичного впровадження запропонованих змін. У подальшому відбувається ретельне прописування і розрахунок вартості необхідних організаційних заходів, калькуляція та розрахунок собівартості стратегічного плану, визначаються необхідні ресурси, здійснюється їх грошова оцінка, виявляються однодумці та прихильники, здатні просувати план у політичній площині);

– схвалення та розповсюдження стратегічного плану (остаточне затвердження стратегічного плану реабілітації урядом і міністерствами (усі часові межі й процедури ухвалення рішень мають враховуватися на початкових етапах планування), його оприлюднення та поширення, ознайомлення зацікавлених сторін, забезпечення розуміння ними його змісту та актуальності).

Наступним етапом є реалізація стратегічного плану з *встановленням моніторингу процесів та результатів, їх оцінюванням та переглядом* (корегуванням) у разі потреби. В основу виконання цієї роботи покладено документ – Структура моніторингу та оцінки реабілітації (FRAME). Моніторинг, оцінка та перегляд гарантують, що стратегічний план виконується за призначенням і досягає своїх цілей. Обов'язковість застосування цих процесів дозволяють відстежувати динаміку змін, їхній прогрес, що є дуже важливими для подальшого прийняття обґрунтованих рішень та формування звітності. Усі три процеси має планувати уряд.

Основна робота за цим напрямом зосереджується на:

– розробці системи моніторингу з індикаторами, базовими лініями та цілями (система моніторингу реабілітації складається з набору індикаторів із базовими і цільовими показниками, які забезпечують поточне вимірювання стану реабілітації в країні. При цьому індикаторами є основні цілі стратегічного плану. FRAME включає розроблений набір (картку) індикаторів реабілітації (RIM – Rehabilitation Indicator Menu) та набір основних і розширених реабілітаційних показників);

– встановлення процесів оцінювання та перегляду (даний напрям діяльності передбачає визначення динаміки досягнення цілей, огляду успішності виконуваної роботи і ґрунтується на даних моніторингу та оцінювання шляхом виявлення конкретних перешкод для досягнення цілей і надання рекомендацій щодо подолання бар'єрів і враховується при подальшому плануванні. Оцінка стратегічного плану реабілітації зазвичай пов'язана з річним або дворічним звітним періодом, подаватися у вигляді письмового звіту. А перевірка може відбуватися рідше та бути пов'язаною з більш широкими процесами перевірки в певній країні. Як правило, щороку відбувається оціночна нарада, а в середині періоду стратегічного плану – проміжний огляд і підсумковий огляд плану в кінці терміну).

Останній етап – *етап реалізації стратегічного плану* – розкривається у розділі рекомендацій ВООЗ, що має назву «Дії щодо реабілітації (ACTOR)». Він передбачає реалізацію зусиль з реабілітації, зміцнення відповідно до стратегічного плану та розбудова потенціалу реабілітаційного управління і керівництва. Етап розділений на дві складові:

– установа повторюваного циклу впровадження «план – виконання – оцінка» (він має керуватися і координуватися урядом, об'єднувати всі зацікавлені сторони, залучені до впровадження. Цей процес, зазвичай, синхронізується з графіками планування та бюджетування в уряді);

– підвищення спроможності керівництва та управління реабілітацією (передбачає визначення ступеня управлінського впливу на процеси реабілітації. Саме належне врядування та лідерські здатність підтримують усі чотири фази процесу і є важливими для досягнення цілей стратегічного плану. Розвиток управлінського потенціалу та лідерства є вкрай важливим і безперервним процесом упродовж реалізації всього стратегічного плану. ACTOR надає вказівки щодо цього та містить рекомендації з належної практики, які використовувалися для створення управління та лідерства з реабілітації та інших сфер охорони здоров'я).

Під час етапу реалізації – зазвичай протягом 3–5 років – план є основою дій уряду та відповідних зацікавлених сторін у сфері реабілітації. Процеси управління та чіткий механізм координації мають важливе значення для забезпечення фактичного виконання плану.

Уряд, часто через відповідний структурний підрозділ, спеціаліста з реабілітації або координаційну особу, відповідає за встановлення правил і процедур із практичного здійснення цих процесів і залучення та участі всіх зацікавлених сторін на етапах корегування та отримання зворотного зв'язку щодо оцінки результативності виконання стратегічного і оперативних планів. Якщо все зроблено добре, то такий процес формує співвідповідальність за результат і свідчить про ефективність використання інвестицій. Якщо спостерігаються труднощі, форс-мажори чи відхилення від плану, то органи влади із зацікавленими сторонами зможуть вчасно зреагувати і знайти компромісне рішення.

Досягнення цілей стратегічного плану значно залежить і від можливостей зацікавлених сторін – як людських, так і фінансових – керувати реабілітацією. Таким чином, посилення управління реабілітацією та формування лідерської спроможності органів влади мають бути пріоритетом.

ВООЗ підготовлено окремі рекомендації щодо зміцнення керівництва реабілітацією та спроможності управління. Вони наведені нижче [70]:

- необхідно постійно приділяти увагу підвищенню кадрового та фінансового потенціалу для реалізації заходів з реабілітації у МОЗ;
- відданий персонал із достатніми фінансовими ресурсами має вирішальне значення для лідерства та успіху виконання стратегічного плану реабілітації;
- створення відділу реабілітації або спеціального технічного спеціаліста з реабілітації у МОЗ надає змогу уряду ефективно керувати цією сферою;
- для формування чіткого управління та стимулювання відповідального ставлення до роботи з реабілітації уряд має нести відповідальність за загальний розвиток реабілітації;

- для забезпечення ефективного управління реабілітацією доцільно сформувавши чіткі організаційні структури та конкретні механізми підзвітності;
- розробка чіткої структури управління, включаючи органограму з розподілом ролей і обов'язків на різних рівнях, є практичним способом досягти злагодженої роботи і конкретних результатів;
- розвиток реабілітації як напряму наукових досліджень спонукає до розвитку технічного потенціалу та навичок лідерства у сфері реабілітації і надання медичних послуг, які потрібно постійно оновлювати та розширювати;
- стимулювання участі у різноманітних тренінгах, семінарах і короткострокових курсах підвищення кваліфікації сприяють розвитку як професійних навичок і знань у сфері реабілітації, так і управлінських компетентностей персоналу;
- підтримка відвідування регіональних або міжнародних зустрічей і конференцій також сприяє розвитку потреби у фаховому зростанні, стимулює формування критичного мислення, удосконалення комунікативних навичок та взаємодії;
- створення реабілітаційних мереж, партнерства та альянсів для реабілітації сприяє формуванню потужної системи реабілітації в державі та виробленню об'єднаних спільним баченням підходів до покращення надання реабілітаційних послуг;
- наставництво сприяє розвитку реабілітаційних чемпіонів шляхом встановлення двостороннього потоку інформації між наставником і підопічним, наставництво формує глибші знання, навички та ентузіазм, а також забезпечує індивідуальні потреби в інформації та заохоченнях;
- обміни фахівцями та досвідом між країнами сприяють передачі знань і технічного потенціалу, а також покращують застосування теорії та практики на базовому рівні;
- професійний розвиток фахівців з реабілітації потребує поєднання навчання чинних і майбутніх лідерів з колегами, які можуть демонструвати, обговорювати й навчати в різних сферах, це сприяє розвитку

поліфункціональності підготовки фахівців, учить комплексно підходити до вирішення проблем;

– навчальні поїздки є однією з форм обміну та можуть сприяти формуванню глибокого досвіду з вивчення складних проблем;

– керівники на основі дослідження функціонування подібних і відмінних систем реабілітації можуть вчитися прогнозувати появу викликів та загроз, визначати переваги і можливість їх адаптації до місцевих умов.

3.3 Комплекс заходів для подальшого розвитку публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення

В умовах становлення в Україні системи публічного управління суттєвих змін зазнають усі сфери і галузі управління: трансформуються структура, функції, принципи, форми, методи діяльності органів публічної влади, зростає потреба в оприлюдненні інформації, проведенні відкритих конкурсів, залученні зацікавлених осіб до процесів управління та участі у прийнятті управлінських рішень. А зі зміною концепції медико-соціальної реабілітації і переходу до європейської моделі надання послуг у цій сфері робота владних інституцій теж потребує застосування комплексного підходу до організації в ній управління.

Аналіз світового досвіду показує, що у новій моделі держава починає відігравати роль регулятора процесів, лідера запровадження новацій, формувача правового поля, контролера з дотримання стандартів, промоутера послуг і нових продуктів, модератора взаємодії з особами, які мають обмеження життєдіяльності, їх родинами, громадськістю, виробниками медичних та інших виробів, зарубіжними партнерами тощо.

Для успішної реалізації цього підходу в Україні потрібно усвідомлювати склад вітчизняної системи реабілітації. Тому в першу чергу необхідно чітко визначити та законодавчо закріпити статус базового органу влади як суб'єкта управління, який відповідатиме за розробку, реалізацію та координацію

державної політики у сфері реабілітації, сформувати структурні підрозділи/увести посади фахівців у складі органів управління охороною здоров'я на всіх рівнях управління. Саме закладам системи охорони здоров'я доцільно надати перевагу очолити систему реабілітації, адже саме медична реабілітація є первинною у цьому процесі.

Також доцільно чітко визначити і розподілити функції та повноваження у сфері реабілітації між органами державної влади, з органами місцевого самоврядування відповідно до тих маршрутів надання реабілітаційних послуг та необхідності задоволення тих потреб, які виникають у осіб з обмеженням життєдіяльності при отриманні послуг чи відновленні життєвої активності. Такий підхід потребує попереднього організаційного моделювання ситуацій, розробки різних комбінацій при наданні послуг, щоб, зважаючи на реальний практичний досвід, конкретні ситуації, визначити загальні стандарти надання послуг, створивши реальні комфортні умови для лікування, відновлення, компенсації чи активізації втрачених функцій у громадян.

Після визначення суб'єкта управління необхідно провести інвентаризацію усіх закладів охорони здоров'я державної, муніципальної та приватної форм власності, відомчої належності як об'єктів управління, які надають послуги усіх форм медичної, психологічної, педагогічної, фізичної й інших видів реабілітації, лікувально-оздоровчі послуги. Це дозволить сформувати реальний реєстр закладів, установ і лікарів-практиків, що здійснюють індивідуальну діяльність. На його основі у подальшому можна вибудовувати систему реабілітації з визначенням переліку та обсягів послуг і програм, за якими вони надаються, провести огляд матеріально-технічного, кадрового й іншого ресурсного забезпечення, щоб визначити відповідність їх функціонування вітчизняним і міжнародним стандартам у сфері реабілітації, виявити потенціал і готовність працювати згідно з оновленими вимогами та за новим комплексним підходом, зрозуміти необхідність побудови нових центрів чи перепрофілювання вже існуючих установ. Також це надасть можливість виявити реальний стан функціонування вітчизняних закладів та установ

системи реабілітації, оцінити їх роботу та забезпечення за міжнародними моніторинговими методиками.

У зв'язку з цим, для підвищення якості публічного управління медико-соціальною реабілітацією пропонується удосконалити не тільки систему оцінювання реабілітаційних послуг, що надаються закладом охорони здоров'я.

Необхідно запровадити зовнішню та внутрішню систему оцінювання: на державному рівні у МОЗ проводити ліцензування та акредитацію програм реабілітації, затверджувати протоколи щодо їх надання; на регіональному – постійний моніторинг, який здійснюватимуть регіональні та місцеві органи виконавчої влади й органи місцевого самоврядування; на локальному – самоаналіз у процесі щорічного планування діяльності кожним закладом охорони здоров'я; незалежне оцінювання шляхом організації зовнішнього оцінювання рівня задоволеності послугами, їх прогресу у відновленні здоров'я завдяки отриманню реабілітаційних послуг споживачами; оцінювання результативності управління реабілітаційною сферою (а можна і системою охорони здоров'я на відповідному рівні в цілому).

Такий підхід дозволить організувати всебічний контроль, сприятиме розвитку зворотного зв'язку, комунікації, методів взаємодії та співпраці, формуванню прозорої і зрозумілої системи моніторингу, яка надаватиме інформацію про стан функціонування системи реабілітації, дозволить здійснювати прогнозування і стратегічне планування її розвитку, ґрунтуючись на кількісних і якісних методах оцінки роботи та потребах вразливих категорій населення. Результати оцінювання мають бути оприлюднені на офіційних сайтах органів управління у сфері реабілітації та органів управління охороною здоров'я відповідного рівня, а інформація постійно оновлюватися.

Таким чином, у діяльності органів публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення виокремлюється два основних напрями – забезпечення і створення умов для діяльності закладів та установ системи реабілітації, а також інспектування якості наданих послуг і відповідності діяльності профілю, ліцензії та чинним стандартам. Отже, у структурі органів

влади доцільно утворювати сектор, робота якого має спрямовуватися на вивчення умов організації надання реабілітаційних послуг і здійснення контролю (аудиту) їхньої якості та забезпечення захисту прав споживачів.

У зв'язку з тим, що засновниками, суб'єктами управління та балансоутримувачами закладів і установ реабілітації можуть бути як органи влади, так і приватні організації, для проведення оцінки (у подальшому перевірки, аудиту) доцільно створювати робочі групи за участю представників адміністрації засновників, що дозволить організувати безпосередню взаємодію і уникнути виникнення інформаційних бар'єрів. Представники засновника матимуть можливість розуміти специфіку функціонування таких закладів, проблеми діяльності, своєчасно вживати заходи для їх подолання, здійснювати планування розвитку з урахуванням вимог, потреб і реальної власної здатності забезпечити практичне виконання запланованого. Детальна інформація про результативність їхнього функціонування дозволить приймати стратегічні рішення щодо модернізації, перепрофілювання, оновлення управління тощо.

Комплексний підхід до організації управління медико-соціальною реабілітацією також виявляється і в тому, що інфраструктура закладів та установ може використовуватися для лікування, реабілітації, оздоровлення, база для навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу, обміну досвідом, проведення науково-прикладних досліджень, медичного туризму тощо. Тому при подальшому впровадженні міжнародного підходу, за яким реабілітація здійснюється комплексно згідно з колегіальним рішенням фахівців і вибудовуванням індивідуальної програми реабілітації мультидисциплінарною командою, необхідно максимально конкретно визначати дії медичного персоналу та пацієнта, щоб окреслити і закріпити відповідальність за результат роботи кожної зі сторін. Це дозволить подолати існуючу на сьогодні в Україні ситуацію, коли діагностику здійснює один лікар, ставить діагноз – другий, оперує – третій, а реабілітацією опікується четвертий. Такий підхід знижує рівень відповідальності за результат реабілітації, може призводити до незворотної витрати часу, породжує кругову поруку за несприятливої ситуації,

не орієнтує на формування індивідуальної репутації кожного фахівця тощо. Тому конкретизація завдань і робіт визначить дії фахівців, захистить їх від необґрунтованих скарг і претензій, коли пацієнти не приділяють належної уваги рекомендаціям, не дотримуються режиму, графіків, а також захистить пацієнтів від необґрунтованих призначень супутніх послуг, додаткової фармакологічної терапії тощо.

У практику роботи фахівців-реабілітологів мають закладатися нові принципи роботи ще на етапі їх навчання, що сприятиме формуванню пацієнтоцентричності, цілеспрямованості, поваги до гідності людини, забезпечення їй повного спектру можливостей, незважаючи на наявність будь-яких функціональних розладів тощо. Розуміння і сприйняття цих принципів є основою нової моделі поведінки фахівців, їхнього спілкування з колегами та пацієнтами, підґрунтям для доброзичливого ставлення один до одного, починаючи з допоміжного персоналу і закінчуючи керівниками найвищого рівня управління, без жорстокого поводження, хамства чи корупції. Як наслідок – це дозволить створити умови для розвитку довіри у пацієнтів до лікарів та управлінців, удосконалить взаємодію між фахівцями у системі реабілітації.

Також, щоб запобігати невизначеності та свавіллю, необхідно діяльності фахівці органів публічної влади у сфері медико-соціальної реабілітації й лікарі-практики мають керуватися чітко визначеними нормами й протоколами, які конкретизують і уніфікують їхні дії, орієнтують на міжнародно визнані стандарти управління, лікування та відновлення.

Тому, не зважаючи на те, що в Україні ухвалено базові нормативні документи у сфері реабілітації – Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я України», розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року», наказ МОЗ «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах та ін., запровадження комплексного підходу потребує розробки й інших документів законодавчого і нормативно-правового характеру, які б урегулювали

взаємовідносини різних відомств у сфері реабілітації, створювали рівні умови для отримання і надання послуг з реабілітації, сприяли формуванню ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги і послуг тощо.

Зокрема, для реорганізації вітчизняної системи реабілітації доцільно розробити її бажану інституціональну модель з урахуванням вимог сучасних стандартів, співставити її із існуючими можливостями і реальним станом функціонування закладів та установ охорони здоров'я, про яке йшлося вище, і сформувати стратегію розвитку системи реабілітації в Україні. Вона стане доповненням до Національної стратегії безбар'єрності та окреслюватиме цілі й завдання, які стосуватимуться саме планомірного розвитку усіх видів реабілітації в Україні, спиратиметься на вже існуючі досягнення та потенціал національних закладів охорони здоров'я та соціальних установ, напрацювання вітчизняної науки і техніки, світового досвіду. Формування ж оперативних планів з її реалізації на засадах програмно-цільового підходу й проектного менеджменту дозволять забезпечувати реалізацію окремих сегментів стратегії, ретельно аналізувати, планувати і контролювати ефективність використання ресурсів, готувати кадри, чітко розуміючи, якої кількості та якості мають бути фахівці, застосовуючи для цього програми підготовки та підвищення кваліфікації, чи введення нових спеціальностей у медичних закладах вищої освіти, акумулювати ресурси для придбання дороговартісного обладнання.

Надання послуг потребує інформування широкого загалу споживачів про їх наявність та програми з реабілітації, умови їх отримання, реальну вартість, заклади, які їх надають, наявність програм для пільгового контингенту тощо. Ця інформація є корисною не тільки для споживачів, а й для потенційних інвесторів та меценатів, готових надати посильну допомогу. Тому органи влади мають кардинально змінити підхід до інформування. Офіційні сайти органів управління охороною здоров'я мають бути зручними і містити дані, цікаві саме споживачам, наводити перехідні посилання на сайти закладів охорони здоров'я, соціальної сфери та суміжних установ, які з ними співпрацюють, і формують комплекс надання конкретної послуги для отримання більш детальної

інформації. На сайті рубрика за напрямом «Реабілітація» має виділятися окремо і містити повну інформацію про цей види діяльності:

- нормативно-правову базу з виокремленням категорій, які можуть скористатися реабілітаційними послугами, та видами реабілітації, яка проводиться у вітчизняних і міжнародних закладах;

- перелік закладів та установ з визначенням послуг і програм, які ними надаються, окремо вказавши, які входять до пакету «Медична реабілітація» і фінансуються НСЗУ (чи інших програм, які надаються за кошти держави чи місцевих бюджетів), а також супутніх послуг; інформацію про склад мультидисциплінарної команди, спеціалізацію фахівців та особливі методики роботи; дані про матеріально-технічне оснащення й інфраструктуру; результати перевірок, моніторингу діяльності, відзнаки про участь у вітчизняних і міжнародних конкурсах чи дані про членство у професійних об'єднаннях реабілітологів, які підтверджують високу якість наданих послуг; перелік організацій, з якими заклад співпрацює для надання послуг, формує реабілітаційний маршрут, виготовлення медичних виробів тощо.

Такий підхід до інформування дозволить громадянам і лікарям мати повне уявлення про мережу, організацію та специфіку роботи реабілітаційних закладів, полегшить розробку реабілітаційних програм і маршрутів.

Також ця інформація може поєднуватися із напрямом оздоровлення. Для цього заклади охорони здоров'я повинні додатково вказувати спектр послуг за цим спрямуванням, що дозволить підвищити конкурентні переваги вітчизняних лікувально-реабілітаційних та лікувально-оздоровчих закладів та надавати послуги з медичного (оздоровчого) туризму. Наявність повної та доступної інформації на офіційних джерелах у інформаційному просторі підвищить обізнаність і самостійність громадян у прийнятті рішень, дозволить встановлювати прямі контакти між зацікавленими особами, обмінюватися інформацією, рекламувати послуги, звертатися по консультації та зменшить навантаження на органи влади. Окрім вирішення питань удосконалення організації системи реабілітації та управління нею, доцільно приділити увагу

оптимізації фінансування закладів та заходів у сфері реабілітації. Пакети «Комплексна реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» й «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» за Програмою медичних гарантій на даний час є новими, актуальними, але вкрай обмеженими. Вони передбачають надання реабілітаційної допомоги та послуг тільки на початковому етапі або в гострий період. Адже не зважаючи на те, що у 2023 р. тариф на реабілітацію у стаціонарних умовах збільшено до 33000 грн, Програмою медичних гарантій покриватися усі види наданих послуг не можуть.

Зрозуміло, що в умовах повномасштабної війни задовольнити фінансування усіх послуг з реабілітації неможливо. Втім у подальшому потреба у послугах з медико-соціальної реабілітації тільки зростатиме. Адже з кожним днем війни збільшується необхідність реабілітації не тільки осіб, які отримали поранення чи травми, а й зростає потребу у психологічному відновленні та соціальній адаптації воїнів-учасників бойових дій, військових, що побували у полоні та зазнали тортур і насильства, цивільного населення, яке перебувало на окупованих територіях та зазнало утисків і знущань, проживало без тепла, світла і води. У більшості з них спостерігається загострення та набуття нових хронічних захворювань внутрішніх органів, опорно-рухового апарату, нервової системи тощо. Тому вже сьогодні органи публічної влади, удосконалюючи реєстри не тільки закладів охорони здоров'я, а й оптимізуючи ведення електронного обліку споживачів, які мають хронічні захворювання і потребують реабілітації та оздоровлення у період загострення, повинні продумувати розробку пакетів фінансової допомоги саме таким категоріям населення. Для цього доцільно проаналізувати ефективність витрачання фінансових ресурсів і результативність послуг з оздоровлення, які виділяються органами соціального захисту для осіб з інвалідністю, особливо, коли це люди похилого віку тощо. Тому, щоб зменшити навантаження на державний і місцеві бюджети, доцільно готувати нормативно-правові акти про введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування, розробляти

механізми підтримки та заохочення меценатства, долучення до процесів реабілітації вразливих категорій населення приватних оздоровчих центрів і курортних установ, пропонуючи різноманітні пільги, рекламуючи й підтримуючи їх благодійницьку діяльність тощо.

Реалізація такого комплексу заходів дозволить удосконалити публічне управління медико-соціальною реабілітацією населення в Україні.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано, що медико-соціальна реабілітація населення – це 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 і соціального здоров'я. Визначено, що публічне управління у сфері медико-соціальної 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 і 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.

2. Виявлено, що інституціональне забезпечення медико-соціальної реабілітації населення розглядається як 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 і розвиваються у суспільстві щодо ставлення до власного здоров'я, а також до людей, які мають захворювання, обмеження, вади, інвалідність і потребують гуманного, толерантного й 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 визначений статус і цілі діяльності, більш-менш постійний склад учасників,

окреслені правила реалізації інтересів і потреб, технології взаємодії, прийняття рішень, форми і методи роботи. 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. Аналіз результатів публічного управління медико-санітарною реабілітацією свідчить, що у 2022 р договір з Національною службою здоров'я України на медичні реабілітаційні послуги для дорослих та дітей. уклали 370 медичних закладів, з них 17 – приватні. За даними електронної системи охорони здоров'я, з початку 2022 р. цей вид допомоги отримали понад 253 тис. українських пацієнтів. За їхнє лікування НСЗУ виплатила лікарням понад 2,8 млрд грн. Також аналіз видатків на сферу охорони здоров'я у 2022 р. свідчить,

що при споживчій інфляції в річному вимірі 26,6 % видатки зросли тільки на 15,3 %. При цьому при потребі підготовки фахівців на новою спеціальністю «Медична реабілітація» видатки на статтю «Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти» у 2022 р. не передбачені; а «Фінансування загальнодержавних закладів та заходів у сфері медичної освіти» скорочено на 52,2 %; натомість «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України» збільшено на 79,6 %; «Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями» збільшено на 22,4 %; «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» збільшено на 10,1 %. Такий підхід ускладнює реформаційні процеси та призводить до необґрунтованості рішень щодо розподілу ресурсів.

5. На основі аналізу сучасного стану медико-соціальної реабілітації в Україні виявлено такі проблеми у її здійсненні та забезпеченні: низька якість координації діяльності органів публічної влади, відповідальних за управління з питань медико-соціальної реабілітації, відсутність єдиного центру прийняття рішень, розподілу ресурсів; повільність реорганізації вітчизняної системи реабілітації на основі впровадження комплексного та мультидисциплінарного підходу з надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я; ідсутність достатньої кількості фахівців реабілітологів із сучасними знаннями і володінням новітніми технологіями і методиками, здатності сімейних лікарів проводити реабілітаційні заходи на первинному рівні; нерозробленість стандартів з медичної реабілітації відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, що потребує в подальшому визначення чітких критеріїв і показників віднесення закладів до реабілітаційних, проведення їх акредитації та ліцензування; не сформованість

єдиної електронної бази даних осіб, які потребують медико-соціальної реабілітації, доступ до якої мали б відповідальні працівники органів публічної влади, сімейні лікарі, вузькопрофільні фахівці, соціальні працівники тощо; обмеженість доступу громадян до інформації про систему реабілітаційних послуг, їх види й мережу закладів, які їх надають, свої права на отримання таких послуг; нерозробленість критеріїв і показників щодо оцінки результативності діяльності закладів, які надають реабілітаційні послуги на засадах доказової медицини та ін.

6. Обґрунтовано доцільність адаптації до вітчизняних умов та запровадження у практику таких заходів, які широко використовуються у зарубіжних країнах і створюють передумови для розвитку медико-соціальної адаптації: введення у медичних закладах вищої освіти спеціальності «Медична реабілітація» та розробку відповідних освітньо-професійних програм; більш широкого використання інструментів державно-приватного партнерства, страхової медицини, які дозволяють 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; розвивати і широко пропагувати на державному рівні концепції здорового способу життя, свідомого ставлення до власного здоров'я, активності впродовж життя, а також відповідно до медичних показань невідкладно розпочинати процеси ранньої реабілітації на засадах доказової медицини; для досягнення прогресу в реабілітації осіб з обмеженням життєдіяльності використовувати комплекс спеціальних діагностичних інструментів і з реабілітаційною метою застосовувати засоби, що включають фармакологічні, фізичні, технічні, освітні та професійні втручання, відповідно до стандартів, протоколів, рекомендацій, а також індивідуального підходу до кожної особи; створити центри медичної реабілітації за принципом мультидисциплінарності в кожному закладі охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів, а особливо госпіталях і медичних центрах силових міністерств і відомств, у санаторно-курортних закладах із

використанням природних лікувальних ресурсів; розвивати тісні зв'язки і координацію діяльності лікарів-реабілітологів, пацієнтів, осіб з інвалідністю та обмеженістю життєдіяльності із закладами, які опікуються виготовленням медичних виробів, зокрема допоміжних засобів реабілітації, забезпечувати доступність їх отримання; широко залучати місцеві органи влади, благодійні організації, страхові фонди до створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації; запроваджувати заходи державної підтримки надавачам реабілітаційної допомоги (особливо санаторно-курортної сфери державної і комунальної власності), виробникам і постачальникам допоміжних засобів реабілітації; формувати ефективну систему управління якістю реабілітаційної допомоги та систему оцінювання якості та результативності організації управління нею тощо.

7. 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 Міністерства охорони здоров'я; регіональний – постійний моніторинг діяльності регіональних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування; місцевий – включає самоаналіз у процесі щорічного планування діяльності кожним закладом охорони здоров'я, а також незалежний – зовнішня оцінка рівня задоволеності послугою споживачами, їх прогресу у відновленні здоров'я завдяки отриманню реабілітаційних послуг), так і запровадити систему оцінювання результативності управління реабілітаційною сферою (а можна і системою охорони здоров'я на відповідному рівні в цілому).

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Бабов К.Д., Дмитрієва Г.О., Тихохід Л.В., Гавловський О.Д. Лікувально-оздоровчий туризм – один із сучасних напрямків підвищення ефективності діяльності санаторно-курортної сфери. *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2019. № 2. С. 5–9.

2. Берлінець І.А. Зарубіжний досвід у сфері у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. Державне управління: удосконалення і розвиток. 2019. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1416> (дата звернення: 21.12.2022).

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

4. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. В. 16. С. 40–46.

5. Бюджетний кодекс України. Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17/ed20150920#Text> (дата звернення: 21.12.2022).

6. Війна дала поштовх для розвитку реабілітації, але є необхідність розробки підходів до реабілітації військових травм – експерти. *Interfax-Україна: інформаційне агентство*. URL: <https://interfax.com.ua/news/press-conference/857050.html> (дата звернення: 21.12.2022).

7. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я: веб-сайт. URL: <https://www.who.int/ru> (дата звернення: 21.12.2022).

8. Директорат медичних послуг. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/...](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/) (дата звернення: 10.01.2023).

9. Звіт Національної служби здоров'я за II квартал : аналітичний звіт. *Національна служба здоров'я*. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2qrt2022-report.pdf?1674340547> (дата звернення: 10.01.2023).

10. Кириченко Н. Реабілітаційні послуги: які вони нині в Україні та світі, і чи змінить ситуацію новий законопроект. *Життя. Українська правда*: веб-сайт. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/08/5/241868/> (дата звернення: 21.12.2022).

11. Коваленко Т.Ю. Механізми державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей: аспекти трансформації. *Молодий учений*. 2014. № 18. С. 693–695.

12. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 07.12.1984 р. № 8073-Х. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text> (дата звернення: 21.12.2022).

13. 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> (дата звернення: 21.12.2022).

14. Лікувально-реабілітаційний масаж: навчальний посібник / Д.В. Вакуленко, Л.О. Вакуленко, О.В. Кутакова, Г.В. Прилуцька. Київ: Медицина, 2020. 568 с.

15. Маруніч В.В., Шевчук В.І., Яворовенко О.Б. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів: посібник. Вінниця: О. Власюк, 2006. 212 с.

16. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.

17. Мельниченко О.А., Моїсеєнко Л.В. Інституціональне забезпечення медико-соціальної реабілітації постраждалих унаслідок військової агресії. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 28 жовтня 2022 р. Харків : ХНМУ, 2022. С. 174–176.

18. Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Голяченко А.О., Сидлярук Н.І., Мисула Ю.І., Мисула М.С., Завіднюк Ю.В. Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. № 3. С. 177–182.

19. Москаленко В.Ф., Гульчій О.П. Соціальна медицина: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2011. 208 с.
20. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ: Видавництво НУФВСУ «Олімпійська література», 2005. 472 с.
21. 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.
22. *Національна служба охорони здоров'я*. URL: <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 21.12.2022).
23. Обговорено сучасну практику організації реабілітації в медичних закладах України. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/obhovoreno-suchasnu-praktyku-orhanizatsii-reabilitatsii-v-medychnykh-zakladakh-ukrainy-moz> (дата звернення: 10.01.2023).
24. Одінцова Г.С., Дзюндзюк В.Б., Мельтюхова Н.М., Миронова Н.С., Нікітін В. В. Теорія та історія державного управління: навчальний посібник. Київ: Професіонал, 2008. 288 с.
25. Опорний конспект лекцій з навчальної дисципліни «Публічне управління» / О.Ю. Оболенський, С.О. Борисевич, С.М. Коник. Київ: НАДУ, 2018. 76 с.
26. Організація ветеранських груп самопомоги «рівний-рівному» для надання кращої психосоціальної підтримки: рекомендації місцевим органам влади та лідерам громад: методичні рекомендації. *Міністерство у справах ветеранів України*. <https://mva.gov.ua/storage/app/...> (дата звернення: 21.12.2022).
27. *Організація Об'єднаних Націй*. URL: <https://www.un.org/ua/> (дата звернення: 21.12.2022).
28. Організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та членам їхніх сімей: рекомендації для місцевих органів влади. Київ: Рада, 2021. 19 с.
29. 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> (дата звернення: 21.12.2022).

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

31. Остролуцька Л.І. Розвиток центрів реабілітації дітей та молоді з інвалідністю в Україні (90-ті рр. ХХ – початок ХХІ століття): дис. ... к.пед.н.: 13.00.05. Київ, 2021. 326 с.

32. Перелік реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю. *Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю*. URL: <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/perelik-reabilitacijnih-ustanov> (дата звернення: 10.01.2023).

33. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.12.2022).

34. Питання припинення Фонду соціального страхування України та управлінь виконавчої дирекції Фонду соціального страхування України. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 р. № 1442. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pytannia-prypynennia-fondu-sotsialnoho-strakhuvannia-ukrainy-ta-upravlin-vykonavchoi-s1442-271222> (дата звернення: 21.12.2022).

35. Попередження інвалідності та реабілітація: Доповідь Комітету Експертів ВООЗ щодо попередження інвалідності та реабілітація. Женева: ВООЗ, 1983. 44 с.

36. Потреби населення у послугах сфери психічного здоров'я та кращі практики надання послуг у розвинених країнах. *Міністерство у справах ветеранів*. URL: https://mva.gov.ua/storage/app/sites/1/uploaded-files/_%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1_%D1%82%D0%B0_%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B9%20%D0%B4%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D0%B4.pdf (дата звернення: 21.12.2022).

37. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2022 р. № 454. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-deyakih-postanov-kabinetu-ministriv-ukrayini-shchodo-zabezpechennya-dopomizhnimi-zasobami-reabilitaciyi-tehnichnimi-ta-inshimi-zasobami-reabilitaciyi-osib-454> (дата звернення: 21.12.2022).

38. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168> (дата звернення: 10.01.2023).

39. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської 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-iz-skladovykh-syl-oborony-ta-syl-bezpeky-1169-141022> (дата звернення: 21.12.2022).

40. Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами. Наказ Міністерства соціальної політики України 17.12.2018 р. № 1901. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0066-19#Text> (дата звернення: 21.12.2022).

41. Про затвердження Положення про Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації. Розпорядження голови Харківської обласної державної адміністрації від 31.01.2019 р. №41. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/973/97219/files/190131-01-11-zagal-41-rozp.pdf> (дата звернення: 10.01.2023).

42. Про затвердження Положення про Департамент соціального захисту населення Харківської обласної державної адміністрації. Розпорядження голови

Харківської обласної державної адміністрації від 28.04.2020 р. № 201. URL: <https://kharkivoda.gov.ua/content/documents/431/43048/files/200428-01-11-zagal-201%20rozp.pdf> (дата звернення: 10.01.2023).

43. 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> (дата звернення: 10.01.2023).

44. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.22 р. №2083. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE38852> (дата звернення: 21.12.2022).

45. Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 р. № 755. № 755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.12.2022).

46. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 р. № 753. URL: <https://zakononline.com.ua/documents/show/344181687423> (дата звернення: 21.12.2022).

47. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T052961> (дата звернення: 10.01.2023).

48. 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 (дата звернення: 10.01.2023).

49. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T201100> (дата звернення: 10.01.2023).

50. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/3551-12> (дата звернення: 10.01.2023).

51. 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> (дата звернення: 10.01.2023).

52. Радиш Я.Ф., Соколова О.М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). *Економіка та держава*. 2012. № 3. С. 103–106.

53. Радчук Т. М. Класифікація механізмів публічного управління інноваційним розвитком економіки. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. Вип. 19. С. 124–127.

54. Реабілітація. *Енциклопедія сучасної України*. URL: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=66073 (дата звернення: 21.12.2022).

55. Реабілітація на рівні громади. Компонент «Здоров'я». *Всесвітня організація охорони здоров'я*. URL: <https://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/> (дата звернення: 21.12.2022).

56. Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу: посібник для тренерів. ООН. 2020. 132 с.

57. Трегуб П.О., Огнев В.А., Березка М.І. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі реабілітації пацієнтів із хронічним панкреатитом. *Міжнародний медичний журнал*. 2018. Т. 24. № 4. С. 95–100.

58. У закладах, що уклали договори з Національною службою здоров'я, зросла кількість медичних працівників. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-zakladah-shcho-uklali-dogovori-z-nacionalnoyu-sluzhboyu-zdorovya-zrosla-kilkist-medichnih-pracivnikiv-eso> (дата звернення: 10.01.2023).

59. Чуйко О.В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. № 4. С. 152–158.

60. Шевцов А.Г. Освітні системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. ... д.пед.н.: 13.00.03. Київ, 2010. 46 с.
61. 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.
62. Яремчук О.В., Берлінець І.А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації в процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13 (дата звернення: 27.12.2022).
63. Dolgich M. Regularities of reforming public administration mechanisms of the health care system in Ukraine in the context of the european dimension. *Public Administration and Law Review*. 2020. № 1. P. 67–77.
64. Harrison J. Fundamentals of strategic planning in Healthcare. *Health Administration*. 2010. 97 p.
65. Gutenbrunner CBJ, Lains J, Melvin J, Nugraha B. Strengthening health-related rehabilitation services at national levels. *Rehabil Med*. 2018. № 50. P. 317–325.
66. 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> (дата звернення: 10.01.2023)
67. Gutenbrunner C. Principles of Assessment of Rehabilitation Services in Health Systems: Learning from experiences. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. № 50. URL: https://www.researchgate.net/publication/318018552_Principles_of_Assessment_of_Rehabilitation_Services_in_Health_Systems_Learning_from_experiences (дата звернення: 10.01.2023).
68. Karlash V.V. Mechanisms of state regulation of public health in Ukraine: abstract of doctor dissertation: 25.00.02. Kharkiv, 2020. 307 p.

69. Kostiuk V.S. Reforming health care in Ukraine in a European orientation. *Naukovyi visnyk Mizhnarodnoho humanitarnoho universytetu. Seriya : Ekonomika i menedzhment/* 2017. № 24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11 (дата звернення: 21.12.2022).

70. Rehabilitation in health systems: guide for action. *World Health Organization*. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/en/> (дата звернення: 10.01.2023).

71. World Health Organization. Global Disability Action Plan. Geneva: World Health Organization, 2014. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199544/1/9789241509619_eng.pdf?ua=1 (дата звернення: 10.01.2023).

72. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010. 72 p.

73. World Health Organization. Monitoring and evaluation of health system strengthening: operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009. 134 p.