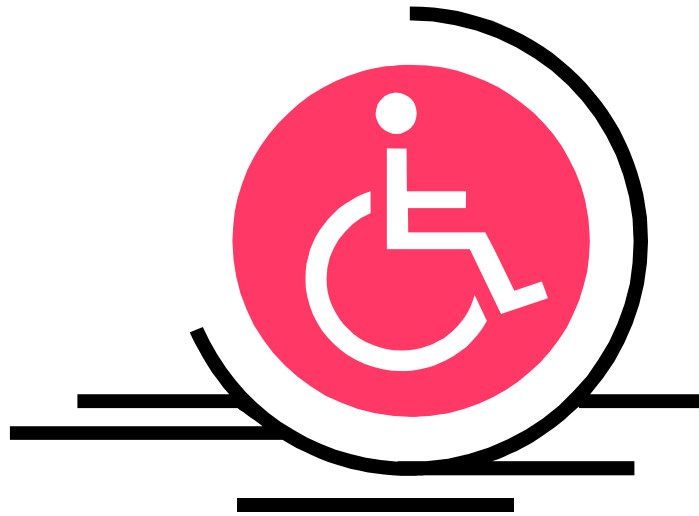


В. В. Маруніч
В. І. Шевчук
О. Б. Яворовенко



**МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
З ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ІНВАЛІДІВ**

Міністерство охорони здоров'я України
Український державний науково-дослідний інститут
реабілітації інвалідів



В. В. Маруніч, В. І. Шевчук, О. Б. Яворовенко

**МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
З ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ІНВАЛІДІВ**

Вінниця О.Власюк 2006

УДК 616-036.86

М 29

Рецензенти: д. м. н., проф. М. А. Станіславчук
д. м. н., проф. В. О. Фіщенко

Затверджено до друку Вченою радою Українського державного науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів

Маруніч В. В., Шевчук В. І., Яворовенко О. Б.

Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів: Посібник. –

Вінниця: О. Власюк, 2006. – 212 с.

В посібнику розглянуті деякі методологічні аспекти реабілітації хворих та інвалідів у світлі нового Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні”. Представлені особливості термінології, питання, що стосуються організації реабілітаційного процесу (цілі, принципи, види реабілітації, показання до медичної реабілітації та потреба в ній; задачі та варіанти професійної реабілітації, особливості соціальної, психологічної, фізичної реабілітації; реабілітаційні послуги та заходи, засоби реабілітації інвалідів; стадії реабілітаційної технології, реабілітаційний прогноз, оцінка реабілітаційного потенціалу хворого шляхом співвіднесення його реабілітаційного діагнозу з клініко-реабілітаційною групою; підходи до оцінки ефективності реабілітації). Викладені організаційні основи створення реабілітаційної системи, принципи формування і розвитку державної служби реабілітації інвалідів, функціональні обов’язки відомств, які до неї входять, класифікація реабілітаційних установ, рівні організації реабілітаційної допомоги, схема заходів щодо оцінки стану хворих в залежності від потужності реабілітаційної установи тощо.

Висвітлено законодавче поле реабілітації, проведений порівняльний аналіз чинного законодавства України з питань реабілітації інвалідів з міжнародним законодавством.

В додатку представлені адреси та коротка характеристика діяльності центрів і установ медичної реабілітації хворих та інвалідів на території України.

Посібник адресований лікарям-реабітологам медико-соціальних експертних комісій, фахівцям у сфері реабілітації, працівникам реабілітаційних установ, лікарям ЛКК лікувально-профілактичних установ, соціальним працівникам, лікарям-інтернам та студентам медичних вузів.

ISBN 966-2932-15-1

© Маруніч В. В., Шевчук В. І., Яворовенко О. Б., 2006

З М І С Т

Стор.

ВСТУП. Актуальність проблеми реабілітації інвалідів.....	4
РОЗДІЛ 1. Історичні аспекти реабілітації.....	7
РОЗДІЛ 2. Особливості термінології.....	10
РОЗДІЛ 3. Загальні положення реабілітації.....	18
РОЗДІЛ 4. Державна система реабілітації інвалідів.....	33
РОЗДІЛ 5. Медична реабілітація.....	62
РОЗДІЛ 6. Професійна реабілітація.....	70
РОЗДІЛ 7. Соціальна та психологічна реабілітація.....	80
РОЗДІЛ 8. Фізична реабілітація.....	89
РОЗДІЛ 9. Державна типова та індивідуальна програма реабілітації інвалідів.....	93
РОЗДІЛ 10. Критерії ефективності реабілітації.....	98
РОЗДІЛ 11. Законодавче поле реабілітації інвалідів в Україні	107
ДОДАТОК.....	158
ЛІТЕРАТУРА.....	203

В с т у п

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

За даними ООН, кожний десятий мешканець планети — інвалід, кожна четверта сім'я в світі зіштовхується з проблемами інвалідності. В 2000 році світова чисельність інвалідів зросла до 600 мільйонів, з яких близько 170 млн. складають діти (щорічно 135 млн. дітей вмирає, ще 35 млн. стають інвалідами) [29]. Турбує те, що ситуація загострюється змінами в соціально-економічній сфері: перехід до ринкових відносин погіршив загальний рівень життя і психологічне самопочуття людини. І ще один бич сьогодення – каліцтва, що призводять до зростання інвалідності. Це особливо прикметно для країн, що розвиваються, де кількість нещасних випадків зростають через поганий стан доріг, низький рівень безпеки виробництва внаслідок зносу обладнання, його невідповідності сучасним вимогам тощо.

В останні десятиріччя в багатьох країнах світу надзвичайно зріс інтерес до вельми важливої і актуальної проблеми *реабілітації інвалідів*. Причина цього — велике практичне значення реабілітації: зменшення завдяки застосованим реабілітаційним заходам кількості інвалідів і великий відсоток людей, які після перенесених тих або інших захворювань і травм повернулися до своєї професійної діяльності звичного ритму життя. В результаті суспільство отримує значний соціально-економічний ефект. Прикладом може бути реабілітація хворих після перенесеного інфаркту міокарда.

Патологічні процеси, що розвиваються в результаті хвороби, з одного боку, порушують цілісність і природність функціонування організму, а з іншого — викликають у інваліда комплекс психологічної неповноцінності, що характеризується тривогою, втратою впевненості в собі, пасивністю, ізолюваністю або, навпаки, егоцентризмом, агресивністю, а часом і антисоціальними установками. Створення оптимальних умов для життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, успішного лікування і подальшої корекції, психолого-педагогічної реабілітації, соціально-трудової адаптації і інтеграції цих людей в суспільство – першорядна державна задача. Саме по ставленню до інвалідів судять про державу, тому що це віддзеркалює соціальний рівень країни [17].

Уже тривалий час права інвалідів є предметом пильної уваги з боку міжнародних організацій. У Декларації ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75) мовиться: «Інваліди мають всі права на пошану їх людської гідності, на освіту, професійну підготовку, відновлення працездатності, на максимальний прояв своїх можливостей і здібностей, на прискорення процесу їх соціальної інтеграції» [12].

Іншими важливими документами у міжнародному праві, що засвідчують права інвалідів, є “Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів” (Резолюція 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 20.12.93) [55], які гарантують інвалідам рівні права з іншими громадянами, а також на отримання ними соціального захисту з боку держави та на проведення реабілітації; Європейська соціальна хартія; документ ООН “Families and Disability”; документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ); законодавчі акти окремих держав.

Ефективність медичної реабілітації хворих та інвалідів суттєво залежить від зусиль суспільства в цілому. В зв'язку з цим Всесвітньою організацією охорони здоров'я розробляється в дійсний час концепція “Реабілітація, Що Підтримується Суспільством” (Community-Based Rehabilitation).

Актуальними задачами реабілітації ВООЗ при цьому вважає [7]:

- розробку інтегративних реабілітаційних програм, що забезпечують взаємозв'язок інваліда та його родини із працівниками охорони здоров'я та соціального захисту;
- розвиток реабілітаційних технологій, спеціального обладнання для виробничих, громадських та житлових приміщень і транспорту із врахуванням потреб інвалідів;
- обґрунтування принципів і розробку методів реабілітації і критеріїв ефективності їх використання;
- внесення в законодавства змін, що збільшують права хворих та інвалідів;
- ознайомлення суспільства з проблемами хворих та інвалідів з метою кращого порозуміння;
- розробку критеріїв індикаторів “якості життя”;
- удосконалення збору статистичних даних, що стосуються хворих та інвалідів, з наступним створенням баз даних на місцевому, державному, міжнародному рівнях;
- удосконалення навчання (загальноосвітнього та професійного) хворих та інвалідів;

- організацію роботи з членами сімей хворих та інвалідів;
- поліпшення медичної допомоги.

Зазначені задачі не можуть бути вирішені швидко і в повному обсязі в будь-якій державі; однак навіть часткове вирішення хоча б деяких із зазначених проблем медичної реабілітації, в тому числі і на теоретичному рівні, може сприяти поліпшенню якості життя хворих та інвалідів і прогресу суспільства в цілому.

За даними Міністерства праці і соціальної політики в Україні офіційно зареєстровано 2 670 тис. інвалідів, що складає 5,4% проти 10% – серед населення планети за оцінками ВООЗ. За останнє десятиріччя частка осіб цієї категорії в загальній структурі населення збільшилась із 4% до більш як 5%. Тому реабілітація інвалідів є однією з актуальних медико-соціальних проблем української держави.

В світлі реформування системи охорони здоров'я змінилася і зросла роль медико-соціальної експертизи як розділу соціальної медицини. Стрижнем соціальної політики держави стосовно інвалідів став реабілітаційний напрямок як основа формування психофізіологічного, професійного і соціального потенціалу особистості інваліда для наступної його реалізації в різних сферах діяльності.

Досвід показує, що реабілітація може бути ефективною та виправдовує витрачені на неї зусилля і кошти лише при науково-обґрунтовану підході до здійснення реабілітаційних заходів. Практична реалізація положень, що стосуються створення системи реабілітації, є вже не тільки медичною, але і соціальною проблемою, потребуючи залучення працівників охорони здоров'я та соціального захисту, соціологів, психологів, педагогів, вчених, економістів, і передбачає також активну участь в реабілітації не тільки самого хворого, але і його родини, найближчого соціального оточення.

Реабілітація хворих та інвалідів потребує від лікаря-реабілітолога не тільки глибокого знання механізмів пато- та саногенезу захворювань, сучасних методів медикаментозного лікування, кінезотерапії, психотерапії, фізіотерапії тощо, але і вміння комплексно оцінювати ступінь дезадаптації хворого, визначати вираженість середовищних впливів на пацієнта і можливих шляхів їх корекції.

Навіть часткове вирішення хоча б деяких проблем медичної, соціальної та професійної реабілітації, в тому числі і на теоретичному рівні, може сприяти поліпшенню якості життя хворих та інвалідів і прогресу суспільства в цілому.

Розділ 1

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітація як спосіб відновлення порушених функцій організму відома з *давніх часів*. Ще давньоєгипетські лікарі використовували деякі прийоми трудової терапії для більш швидкого відновлення своїх пацієнтів. Лікарі Стародавньої Греції і Рима також використовували в лікувальних комплексах фізичну активацію пацієнтів і трудову терапію. В цих же країнах широко застосовували масаж як гігієнічний і лікувальний засіб і з метою підвищення працездатності. Основоположнику медицини Гіппократу належить наступний вислів: *«Лікар повинен бути досвідчений в багатьох речах і, між іншим, в масажі»* [7].

З *XIII століття* на території нинішньої Бельгії існувало і зараз існує невелике селище Гіль (Geel). За легендою, тікаючи від батька-тирана, донька ірландського короля царівна Дімфна, знайшла тут свою смерть. А оскільки батько оголосив її божевільною, то і церква, побудована в пам'ять Дімфни, стала притулком для психічно хворих з цілої Європи. Незабаром вся місцевість Geel, включно по XX сторіччя, стала соціально-реабілітаційною колонією для таких хворих. Подібні колонії створювались і в Німеччині, Франції, Італії, Іспанії [21].

З *XVIII століття* медична реабілітація в Європі все більш поєднується з елементами психологічної підтримки пацієнтів. Тоді ж іспанські лікарі помітили, що ті хворі, які в процесі свого лікування доглядали за іншими пацієнтами, видужували швидше, ніж ті, хто був в своєму лікуванні пасивний. За наказом Петра I на Кам'яному острові в Санкт-Петербурзі були створені відділення для видужуючих матросів, де активно застосовувалася працетерапія. В 1887 році в Петербурзі виник перший в Росії центр відновного лікування поранених на російсько-турецькій війні [5].

Особливим стимулом для розвитку різних видів реабілітації послужила *Перша світова війна*. В цей період у Великобританії були створені ортопедичні госпіталі для лікування інвалідів війни. Більшість таких центрів виникло в порядку добродієності. Тисячі і тисячі покалічених, поранених воїнів одержували відновне лікування і реконструктивну допомогу. В цих госпіталях широко застосовувалася працетерапія, що проводилася під керівництвом кваліфікованих робітників. В 1917 р. в США була вперше організована Асоціація відновної терапії. Це, у свою чергу, сприяло зростанню числа спеціалістів-реабілітологів, розширенню мережі їх підготовки як в області фізичної, так і психологічної реабілітації [43].

Спочатку реабілітаційні програми були найбільш повно розроблені в ортопедії. В тридцяті роки нинішнього сторіччя в СРСР Г.Ф. Лангом були розроблені принципи відновного лікування хворих з *серцево-судинними захворюваннями*, відкриті тисячі санаторіїв і курортів — важливих етапів реабілітації. В подальшому реабілітаційні комплекси в умовах санаторіїв стали розроблятися для хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, оперативне втручання на органах шлунково-кишкового тракту, хворих з патологією нирок, шкіри [29].

Друга світова війна також значно стимулювала розвиток медичної, психологічної, соціальної, у тому числі, професійної реабілітації. Заходи, спрямовані на професійне навчання інвалідів, їх диспансеризацію, відновлення у них працездатності стали ще більш актуальними.

В цей час засновуються відділ реабілітації при Організації Об'єднаних Націй, міжнародне товариство реабілітації та товариства в окремих країнах, науково-дослідні інститути в СРСР, Англії, США. Так, в США в 1945 р. було 26 спеціальних учбових закладів дня підготовки спеціалістів-реабілітологів, почала зростати кількість установ, які використовували різні види фізичної активізації пацієнтів для вирішення їх психологічних проблем [43].

В 1946 р. у Вашингтоні був проведений конгрес з реабілітації хворих на туберкульоз, де до них було вперше офіційно застосовано саме поняття «*реабілітація*» [29].

В 1967 році в Празі міністри охорони здоров'я і соціального забезпечення низки східноєвропейських країн прийняли резолюцію, що дає розширене визначення *реабілітації як динамічної системи взаємозв'язаних компонентів (державних, соціально-економічних, медичних, професійних, психологічних, педагогічних і інших), направленої на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів в суспільство, і до суспільно корисної праці* [43].

Реабілітація як кінцева мета є повне або часткове відновлення (збереження) особистого і соціального статусу хворої або захворюючої людини.

Якщо в 1968 р. видатний американський кардіолог Рааб звертав увагу на те, що щорічно 5 мільйонів американців вимушені були виїжджати для реабілітації за межі США в зарубіжні центри здоров'я, то в 1992 р. Американська Асоціація відновної терапії вже налічувала в своїх рядах більше 45 тис. членів, а для підготовки фахівців було залучено 160 коледжів і університетів [43].

У прийнятій в *1982 році* Генеральною Асамблеєю ООН **Всесвітній програмі дій щодо інвалідів** задекларовано право інвалідів на рівні з іншими громадянами можливості, поліпшення умов життя з урахуванням надбань економічного та соціального розвитку. Було визнано, що позбавлення інвалідів права брати участь в житті суспільства може причинити збитки (матеріального і нематеріального плану), що перевищуватимуть прямі витрати на їх утримання. Розроблено нові концептуальні підходи до реалізації прав інвалідів: відмова від добродійності на користь підходу, що ґрунтується на створенні рівних можливостей та упередженні інвалідності.

Розділ 2

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Термін «реабілітація» використовується здавна в юридичній практиці щодо осіб, відновлених в правах, і походить від латинського слова «*rehabilitacio*» (відновлення). Незважаючи на широке застосування цього терміну в медичній науці і практиці, відносно сутності реабілітації, а також її цілей і задач, до теперішнього часу немає єдиної точки зору. Існує велика кількість визначень цього поняття. На протязі свого існування тлумачення терміну зазнавало певних трансформацій. В одних країнах під реабілітацією розуміють тільки відновлення здоров'я, в інших — це поняття відноситься і до відновлення працездатності, в третіх — до надання матеріальної допомоги потерпілим і т.д.

Енциклопедичний словник медичних термінів називає *реабілітацію в медицині комплексом медичних, педагогічних і соціальних заходів, направлених на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих і інвалідів*. За визначенням великої медичної енциклопедії, *реабілітація – це комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, направлених на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих і інвалідів* (ВМЕ, 1984, т. 22, с.71). Як видно з цього визначення, в поняття «реабілітації» входять: функціональне відновлення або компенсація того, що не можна відновити; пристосування до повсякденного життя і залучення до трудового процесу хворого або інваліда. В популярній медичній енциклопедії реабілітація в медицині (відновне лікування) визначається як *система заходів, що мають на меті якнайшвидше і якнайповніше відновлення здоров'я хворих і інвалідів і повернення їх до активного життя і суспільно корисної праці*.

У другому *звіті Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я по реабілітації* (1969 р.) нею названо поєднання і скоординоване вживання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів, що включають навчання або перенавчання інвалідів, для досягнення реабілітантами по можливості найвищого рівня функціональної активності.

У *резолюції ІХ Народи міністрів охорони здоров'я* колишніх соціалістичних країн реабілітація визначена як «*система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних і інших заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що приводять до*

тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів в суспільство і до суспільно корисної праці”.

“Стандартними правилами забезпечення рівних можливостей для інвалідів” визначено термін *«реабілітації»* як процесу, що має за мету допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня діяльності і підтримувати його, надавши їм тим самим засоби для зміни життя і розширення меж їх незалежності.

За *Т.С.Алферовою* і *О.А.Потехиною*, *реабілітація* — процес здійснення взаємозв'язаного комплексу медичних, професійних, трудових і соціальних заходів різними способами, засобами і методами, направленими на збереження і відновлення здоров'я людини і середовища його життєзабезпечення за принципом мінімакса [3]. *А.В. Чоговадзе*, визначаючи *реабілітацію*, підкреслює, що *«особливо важливе відновлення фізичного, психологічного і соціального статусу людини»* [61]. Інші автори розглядають реабілітацію як складний процес, в який входять: лікування хворого — медична реабілітація, виведення його з психічної депресії — психологічна реабілітація, відновлення здатності хворого для посиленої участі в трудовому процесі — професійна реабілітація.

Поширено розуміння *реабілітації* як *відновлення в правах, відновлення працездатності, раціональне побутове та працевлаштування*. Це важливі аспекти реабілітації, але вони не визначають повністю її сутності і кінцевої мети. Можна (і потрібно) надати хворому або інваліду юридичні права, сприяти його влаштуванню на роботу, допомогти упорядкувати побут і не добитися кінцевої мети — відновлення особистого і соціального статусу, тобто відчутного, в першу чергу, самим хворим поліпшення його якості життя.

Є і інші трактування реабілітації. Дуже часто її розуміють як оптимізацію традиційного лікування або, ще частіше, його продовження у вигляді доліковування із застосуванням фізіотерапевтичних, бальнеологічних засобів, лікувальної фізкультури (що саме по собі вельми значуще). Реабілітація є, перш за все, складним багатоступінчастим процесом, що має свої психофізіологічні і соціопсихологічні параметри. *М.М. Кабанов* визначає реабілітацію як системний метод підходу до лікування хворого [21].

У відповідності з *Міжнародною класифікацією ВООЗ*, прийнятою в Женеві в 1980 р. [2], виділяють наступні рівні медико-біологічних і психосоціальних наслідків хвороби або травми [7]:

пошкодження (*impairment*, англ.) – будь-яка аномалія чи втрата анатомічних, фізіологічних, психологічних структур або функцій;

порушення життєдіяльності (*disability*, англ.) – виникаючі в результаті пошкодження втрата або обмеження можливості здійснювати повсякденну діяльність в межах, що вважаються нормальними для людського суспільства;

соціальні обмеження (*handicap*, англ.) – виникаючі внаслідок пошкодження і порушення життєдіяльності обмеження і перепони для виконання соціальної ролі, що вважається нормальною для даного індивідуума (Рис.1).

Класифікація порушень основних функцій організму людини:

- Порушення *психічних функцій* (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі).
- Порушення *сенсорних функцій* (зору, слуху, нюху, дотику).
- Порушення *статико-динамічної функції*.
- Порушення *функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин і енергії, внутрішньої секреції*.

Всі наслідки хвороб взаємопов'язані: пошкодження обумовлює порушення життєдіяльності, яке, в свою чергу, призводить до соціальних обмежень.

Згідно з **Міжнародною класифікацією порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної дезадаптації (МКП)** [37], схваленою Міжнародною конференцією X перегляду Міжнародної класифікації хвороб у 1989 р., замість поняття *інвалідності як стійкої втрати або зниження працездатності* введено поняття *інвалідності як соціальної недостатності (дезадаптації) внаслідок обмеження життєдіяльності (ОЖД)*, викликаного порушенням здоров'я зі стійким розладом функції організму, що призводять до необхідності соціального захисту та допомоги [20]. Деякі недоліки МКП (терміни "*порушення*", "*обмеження життєдіяльності*", "*соціальна недостатність*" могли трактуватися як рівнозначні, взаємозамінюючі) були усунені в **Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ)**, що була прийнята в травні 2001 р. на 54 Асамблеї ВООЗ. Крім вимірювачів тяжкості обмежень життєдіяльності, вона включає умови і чинники, що впливають на ці обмеження, та ефективність заходів з їх усунення. Це дає можливість чітко визначити, на скільки можуть бути скорочені ОЖД при використанні окремих засобів реабілітації і забезпечено повернення індивіда до активного життя суспільства, та включити до індивідуальної програми реабілітації (ІПР) заходи з реактивації та ресоціалізації інваліда, його реінтеграції.

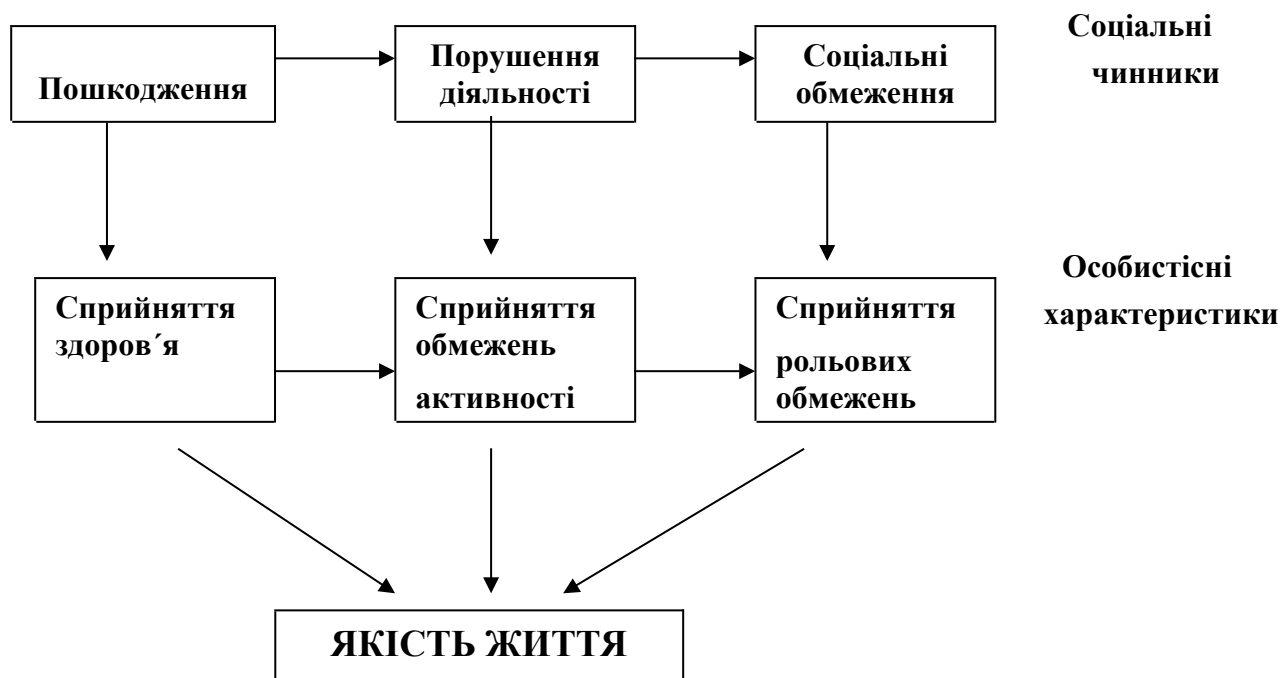


Рис. 1. Схема взаємозв'язку наслідків хвороби (за G.G.Whiteneck, 1994).

Ця схема обмежується лінійними зв'язками і не враховує зворотної взаємодії медико-біологічних та психосоціальних чинників дезадаптації хворих та інвалідів.

Наступна модель (Рис. 2) є спробою представлення дезадаптації особистості як складного стану, що включає взаємозалежні порушення на різних рівнях функціонування організму людини. Відповідно до цього різні блоки моделі умовно відбивають "поломки", що виникають внаслідок недостатності механізмів адаптації на різних рівнях: рівні систем організму (блок "*Медико-біологічна дезадаптація*"), рівні цілісного організму (блок "*Психічна дезадаптація*") та рівні взаємодії організму із середовищем (блок "*Соціальна дезадаптація*").

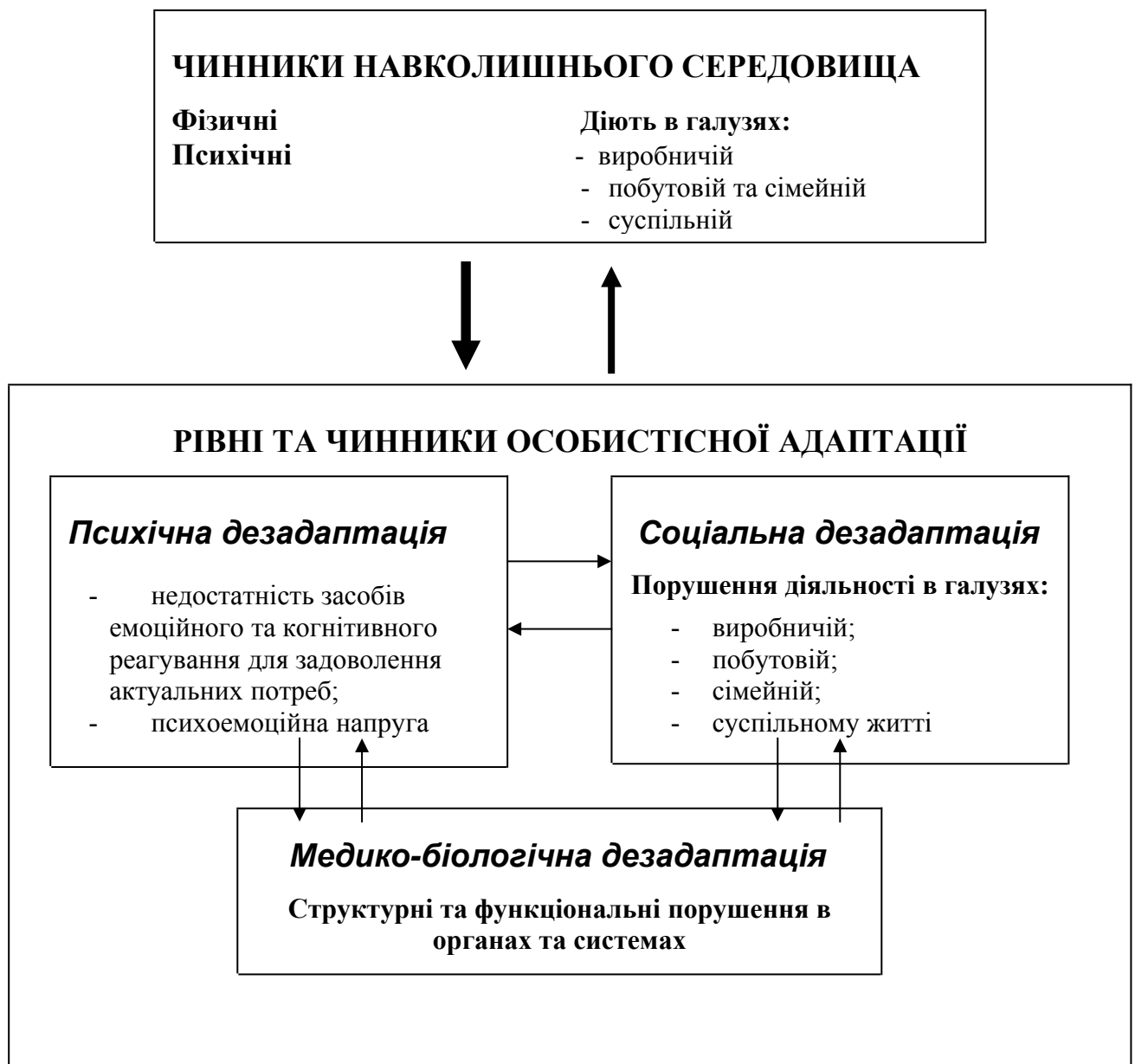


Рис. 2. Модель взаємозв'язку чинників дезадаптації внаслідок хвороби (за Беловою А.Н., Григор'євою В.Н., 1997).

Доцільно уточнити зміст застосовуваних термінів і дати характеристику способам оцінки дезадаптації на всіх перерахованих рівнях.

Під *структурно-функціональними порушеннями* слід розуміти всі ті дефекти структури і функції різних систем організму, що виникли внаслідок захворювання і визначаються співвідношенням пато- і саногенетических механізмів. Цей термін вживається в тому ж значенні, що і термін “*impairment*”, чи “*ушкодження*”, прийнятий відповідно до Міжнародної класифікації ВООЗ для опису наслідків хвороби на медико-біологічному рівні. Оцінка структурно-функціонального дефекту виробляється за допомогою клінічних і параклінічних методів, що застосовуються у відповідній галузі медицини.

Терміни "*психічна дезадаптація*" і "*психоемоційна напруга*" в контексті пропонованої моделі відносяться до хворих з межовими психічними розладами, що обумовлені психогенними факторами, пов'язаними з наслідками соматичного захворювання чи незалежними від нього. Хронічну емоційну напругу можна визначити як стійкий стан з домінуванням негативних (стенічних чи астеничних) емоцій, що розвивається в результаті порушення задоволення актуальних потреб особистості при недостатності механізмів її психічного захисту. Таким чином, емоційна напруга є одним із проявів психічної дезадаптації. Існує можливість оцінки ступеня психічної дезадаптації виходячи з клінічних даних, а також за допомогою психодіагностичних методик, зокрема, тесту ММРІ: висота розташування і характер особистісного профілю відбивають ступінь активізації різних способів особистісного реагування, що корелює з виразністю емоційної напруги і психічної дезадаптації.

Соціальна дезадаптація особистості характеризується порушеннями діяльності людини в різних сферах – виробничій, побутовій, сімейній, суспільній. Діяльність людини є об'єктивним проявом суб'єктивних психологічних реакцій особистості. Її порушення можуть бути оцінені як за допомогою об'єктивних методів, тобто експертних висновків навчених фахівців, що спостерігають за пацієнтом, так і за допомогою методик, заснованих на самозвіті пацієнтів (особистісних опитувальників). В останньому випадку оцінка порушень діяльності суб'єктивна і залежить від особливостей емоційного і когнітивного реагування пацієнта і його установок. Однак, у зв'язку з тим, що ці ж особливості реагування відбиваються і на поведінці даного пацієнта, така оцінка досить точно характеризує наявні у нього обмеження життєдіяльності. В даний час багато реабілітологів віддають перевагу саме опитувальникам, призначеним для самозвіту пацієнтів.

При розвитку захворювання основу біологічної дезадаптації складає *структурно-функціональний дефект*, що веде нерідко до якісних і кількісних змін діяльності людини. Порушення діяльності людини, фізичної і психічної, у різних сферах (виробничій, побутовій, суспільній) складають сутність *соціальної дезадаптації* особистості. Зміни результатів діяльності, реальні чи прогнозовані людиною, що захворіла, створюють загрозу для задоволення її потреб і сприяють росту *психоемоційної напруги* і *психічної дезадаптації*, в той час як психоемоційна напруга несприятливо позначається на наявних в організмі *структурно-функціональних дефектах*. Існують і зворотні зв'язки між перерахованими особистісними факторами: визначений характер діяльності може приводити до збільшення структурно-функціональних порушень; відомі різні

шляхи впливу останніх на психоемоційний статус; емоційна перенапруга негативно позначається на різних параметрах діяльності людини; дуже важливими для повернення пацієнта, що реабілітується, до праці, є його власні установки. У взаємозв'язку з особистісними факторами дезадаптації знаходяться чинники зовнішнього середовища, дезадаптуючий вплив яких може бути пов'язаний як з безпосередніми несприятливими фізичними впливами на тканини, органи і системи організму, так і з психотравмуючими впливами.

На визначеній стадії захворювання до *дезадаптаційних* змін у біологічній, психоемоційній і соціальній сферах особистості приєднуються *реадаптаційні* процеси; від співвідношення їх залежить у підсумку повнота адаптації особистості до зовнішнього середовища. Фактори зовнішнього середовища (матеріальні і психогенні) також можуть робити як дезадаптуючий, так і реадаптуючий вплив на особистість у різних сферах її життєдіяльності.

Таким чином, дана модель враховує двосторонній зв'язок біофізіологічних і соціально-психологічних факторів дезадаптації між собою. Вона дозволяє оптимізувати вирішення ряду питань медичної реабілітації, пов'язаних із принципами побудови реабілітаційного діагнозу і визначенням оптимального співвідношення лікувальних, психологічних і соціальних заходів, необхідних для відновлення хворих з різними формами патології.

В прийнятому Верховною Радою України Законі України **“Про реабілітацію інвалідів в Україні”** (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року, набув чинності з 01.01.2006 р.) [15] термін *реабілітація* визначається наступним чином:

Реабілітація інвалідів – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільстві.

Отже, реабілітація значно ширше, ніж просто відновлення здоров'я. Реабілітація є важливим досягненням сучасної медицини, покликаної не тільки повернути здоров'я хворим і інвалідам, але і усунути обмеження їх життєдіяльності.

Останнім часом остаточно сформувалася самостійна наукова дисципліна – *реабілітологія*.

Реабілітологія — це наука про збереження і відновлення здоров'я конкретної людини, суспільства і середовища їх життєзабезпечення.

Одиницею спостереження в реабілітології є людина в середовищі її проживання.

Виділено три *складові частини реабілітології*:

- наука про психосоматофізіологічне здоров'я людини, засоби, способи і методи його відновлення;
- наука про екологічну реабілітацію людини і середовища її проживання;
- наука про відродження духовно-етичних цінностей, про адаптивні в реальному житті засоби, способи і методи формування світогляду.

Завданням реабілітології є наукове обґрунтування і розробка системи медичних, соціально-економічних, професійних та інших заходів щодо максимально можливого відновлення життєдіяльності хворих, яка зазнає обмежень внаслідок різних захворювань, травм або природжених дефектів [4].

Завдяки роботам багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів [6, 8, 17, 19, 20, 27, 30-33, 48-54, 56] всебічно і досконало висвітлені загальні питання реабілітології, організація і основні методологічні принципи реабілітаційної допомоги. Разом з тим, все більша увага провідних фахівців різних галузей медичної науки приділяється розробці сучасних реабілітаційних технологій при окремих видах інвалідизуючої патології [4, 7, 22-26, 36, 41, 46, 47; 63]. Результатом цих робіт стало істотне підвищення якості та ефективності реабілітаційної допомоги хворим та інвалідам внаслідок ортопедо-травматологічної, кардіологічної, ревматологічної, гастроентерологічної, офтальмологічної, неврологічної та інших патологій.

Розділ 3

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Визначення термінів

В прийнятому Верховною Радою Законі “*Про реабілітацію інвалідів в Україні*” (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року) [15] дається визначення найбільш вживаних в медико-соціальной експертизі та реабілітації інвалідів термінів.

Втрата здоров'я – наявність хвороб і фізичних дефектів, які призводять до фізичного, душевного і соціального неблагополуччя.

Життєдіяльність – повсякденна діяльність, здатність організму особи здійснювати діяльність у спосіб і в межах, звичайних для людини.

Обмеження життєдіяльності - повна або часткова втрата особою внаслідок захворювання, травми або вроджених вад здатності або можливості самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, орієнтації, контролювання своєї поведінки.

Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини внаслідок порушення здоров'я.

Усунення обмежень життєдіяльності – система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав.

Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав.

Дитина-інвалід – особа віком до 18 років (повноліття) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

Інвалідність – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості

здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів.

Попередження інвалідності – здійснення комплексу медичних, гігієнічних, фізичних, педагогічних, психологічних, професійних та інших заходів, спрямованих на профілактику переходу захворювання, наслідків травми або вади у постійне обмеження життєдіяльності чи інвалідність особи або на зменшення тяжкості інвалідності;

Медико-соціальна експертиза – визначення на основі комплексного обстеження усіх систем організму конкретної особи міри втрати здоров'я, ступеня обмеження її життєдіяльності, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання, а також рекомендацій щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ, МЕТА, ЗАДАЧІ, ОСНОВИ, ПРИНЦИПИ І ВИДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітація інвалідів – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

Метою реабілітації є оздоровлення хворого (інваліда), відновлення його соціального статусу, досягнення їм матеріальної незалежності та соціальна адаптація з урахуванням специфіки перенесеної їм травми або хвороби. За визначенням *М.В.Коробова* [27], мета і суть реабілітаційного впливу – відновлення біомедичного статусу, спрямування на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих і інвалідів.

Основні задачі реабілітації:

- прискорення одужання;
- поліпшення результатів травми (хвороби), у тому числі профілактика ускладнень;

- спрямованість всіх реабілітаційних заходів на збереження життя хворого;
- попередження інвалідності або пом'якшення її проявів;
- повернення людини до активного життя, трудової і професійної діяльності;
- повернення в суспільство професійних кадрів;
- значний економічний ефект для суспільства — внесок кадрів, повернених до праці, плюс усунення витрат.

Таким чином, основні задачі реабілітації полягають в тому, щоб зробити хворого або інваліда здатним до життя в суспільстві, створити відповідні передумови для залучення його в суспільний трудовий процес, виходячи з того, що трудова діяльність є не тільки необхідною соціальною умовою повноцінного існування людини, але і часом вирішальним чинником лікування.

Основи реабілітації:

- *біологічні* — властивості організму людини адаптуватися до нових умов в результаті компенсаторно-відновних процесів;
- *психічні* — прагнення людини до корисності для суспільства, яке виражається у виробничій (професійної) діяльності і в соціально-економічних відносинах;
- *морально-етичні* — принцип високого гуманізму, моральний ефект для суспільства;
- *науково-медичні* — розробка, апробація і впровадження сучасних досягнень медичної науки і практики в області відновного і замісного лікування;
- *соціально-економічні* — корисність для суспільства, обумовлена професійними знаннями, життєвим і виробничим досвідом, а також економічний ефект реабілітації, що значно перекриває необхідні матеріальні витрати для її здійснення. В економічно розвинених країнах підраховано і доведено, що засоби, вкладені в інфраструктуру, адаптовану для нормального життя інвалідів, повністю себе виправдовують. При цьому не тільки зменшуються витрати на лікування інвалідів і скорочується число людей, вимушених відриватися від основних видів діяльності, доглядаючи за хворими родичами, але і більш ефективно використовується трудовий потенціал самих інвалідів, підвищується їх життєвий рівень. Так, за даними медиків США, при деяких захворюваннях кожний вкладений в реабілітацію долар повертається 35 доларами [7]. За іншими даними, 80% хворих, що перенесли інфаркт міокарду, після реабілітації приступили до

трудової діяльності [29]. Крім того, різко знижується соціальна напруженість, створюється сприятлива морально-психологічна обстановка в суспільстві.

Реабілітація як *система* ґрунтується на *організаційних, технологічних та методологічних* принципах.

Принципи реабілітації [40]:

1. *Організаційні* – передбачають побудову системи реабілітації як специфічної сфери діяльності суспільства.

2. *Технологічні принципи*: ранній початок; комплексність; системність; безперервність; послідовність; індивідуальний підхід; динамічне спостереження; контроль за реалізацією і ефективністю реабілітації.

3. *Методологічні принципи* обіймають методологію, спрямовану на відновлення чи компенсацію порушених функцій або утрачених здібностей інваліда для забезпечення найвищого рівня його життєдіяльності.

Термін "реабілітація" означає не тільки *систему*, але й *процес*, що має на меті допомогти інвалідам досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надаючи їм спосіб для зміни їхнього життя та розширення меж їхньої незалежності.

Процес реабілітації передбачає не тільки надання медичної допомоги, але й включає широке коло заходів та діяльності, починаючи від початкової та більш загальної реабілітації й кінчаючи цілеспрямованою діяльністю, наприклад, відновленням професійної працездатності.

Етапність реабілітації полягає в тому, що розрізняють такі ***етапи реабілітації***:

- експертну діагностику;
- прогнозування;
- формування і реалізацію індивідуальної програми реабілітації;
- динамічний контроль за результатами реабілітації.

За класифікацією Коробова М.В. [27] виділяють наступні ***етапи реабілітації***:

1. *Етап відновного лікування* (або *медичної реабілітації*) (відновлення біомедичного статусу), спрямованого на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих і інвалідів;

2. Етап *соціалізації* або *ресоціалізації* (відновлення індивідуально-особистісного статусу), спрямований на розвиток, формування, відновлення або компенсацію соціальних навичок і функцій, звичайних видів життєдіяльності і соціально-ролевих установок індивіда;

3. Етап *соціальної інтеграції* (відновлення соціального статусу), спрямований на сприяння створенню інвалідам умов для включення або повернення в звичайні умови життя разом і нарівні з іншими членами суспільства.

Виконання кожного з перерахованих етапів супроводжується реалізацією певних завдань, а також використанням окремих методів та засобів реабілітації.

На етапі *відновного лікування* завданнями є призупинення прогресування захворювання, профілактика ускладнень, відновлення або компенсація порушених функцій. На цьому етапі застосовуються *засоби медичної реабілітації*.

На *етапі соціалізації та ресоціалізації* основним завданням є відновлення здатності інваліда виконувати звичайні для нього соціальні функції, пов'язані з самообслуговуванням, самостійним пересуванням; здатністю до навчання, орієнтації, спілкування, контролю своєї поведінки, а також до трудової діяльності. Даний етап виконується інвалідам з неповним відновленням порушених функцій, а також особам, дезадаптованим у соціальному плані.

На етапі *соціальної реінтеграції* завданнями реабілітаційних служб та суспільства у цілому є сприяння та створення умов для повернення інваліда у суспільне життя нарівні з іншими його членами.

Спадкоємність етапів реабілітації полягає в обліку кінцевої мети подальшого етапу при проведенні заходів попереднього.

Безперервність передбачає організаційне і методичне забезпечення нерозривності єдиного процесу різноманітних реабілітаційних заходів; інакше відбувається різке зниження їх ефективності.

У той же час необхідно дотримувати певну **послідовність** у проведенні реабілітації, що диктується особливостями перебігу захворювання інваліда, можливостями його соціально-середовищного оточення, організаційними аспектами реабілітаційного процесу.

Індивідуальний підхід в реабілітації передбачає необхідність обліку конкретних умов і особливостей виникнення, розвитку і можливого перебігу інвалідності у даного індивідуума.

Комплексність реабілітаційного процесу означає необхідність врахування на всіх його етапах багатьох *аспектів реабілітації*:

- медичних,
- психофізіологічних,
- професійних,
- санітарно-гігієнічних,
- соціально-середовищних,
- правових,
- навчально-виробничих тощо.

Крім основних принципів реабілітації при проведенні реабілітаційних заходів у інвалідів необхідно дотримувати принцип **партнерства** — включення самого інваліда і членів його сім'ї в лікувально-відновний процес, залучення їх до участі у відновленні тих або інших функцій і соціальних зв'язків.

Основні напрямки реабілітації інвалідів включають:

- відновні медичні заходи, реконструктивну хірургію, протезування і ортезування, санаторно-курортне лікування;
- професійну орієнтацію, навчання і освіту, сприяння в працевлаштуванні, виробничу адаптацію;
- соціально-середовищну, соціально-педагогічну, соціально-психологічну і соціокультурну реабілітацію, соціально-побутову адаптацію;
- фізкультурно-оздоровчі заходи, спорт.

Реалізація основних напрямків реабілітації інвалідів передбачає використання інвалідами технічних і інших засобів реабілітації, створення необхідних умов для безперешкодного доступу інвалідів до об'єктів інженерної, транспортної, соціальної інфраструктури і користування засобами транспорту, зв'язку і інформації, а також забезпечення інвалідів і членів їх сімей інформацією з питань реабілітації інвалідів.

Класифікація реабілітаційного процесу

Виділяють наступні *види реабілітації*:

- *медичну* реабілітацію;
- *професійну* реабілітацію;
- *соціальну* реабілітацію.

Стадії реабілітаційної технології включають [36]:

- визначення *реабілітаційного потенціалу*;
- визначення *реабілітаційного прогнозу*;
- формування *клініко-реабілітаційних груп*;
- проведення *медико-соціальної експертизи*;
- *реабілітаційно-експертний висновок*;
- складання *індивідуальної програми реабілітації*;
- визначення *заходів, технічних засобів і послуг*;
- *реалізацію* індивідуальної програми реабілітації;
- *оцінку ефективності* проведеної реабілітації.

Перша стадія технологічного процесу – ***експертно-реабілітаційна діагностика*** – включає оцінку наслідків захворювання або травми, які є об'єктом реабілітації – оцінку клінічного прогнозу, реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу.

Оцінка вираженості порушених функцій проводиться за їх ступенем. При цьому оцінюються порушення ті, що має реабілітант та обмеження життєдіяльності, що призводять до соціальної недостатності.

Можливість досягнення *цілей реабілітації* визначає *реабілітаційний прогноз*.

Реабілітаційний прогноз – передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу і передбачуваний рівень інтеграції інваліда в суспільство.

Реабілітаційний прогноз *оцінюється* як:

- 1) *сприятливий* – можливість повного відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, повної інтеграції інваліда в суспільство;
- 2) *відносно сприятливий* – можливість часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, при зменшенні ступеня їх обмежень або стабілізації, при розширенні здатності до інтеграції і переходу від повної до часткової соціальної підтримки;
- 3) *сумнівний* – невизначений, неясний прогноз;
- 4) *несприятливий* – неможливість навіть часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності і зменшення ступеня їх обмежень.

Клінічний прогноз – прогноз розвитку і результату захворювання, травми, каліцтва, заснований на аналізі клініко-функціональних даних, особливостей

етіології, патогенезу і перебігу захворювання, травми, каліцтва, що привело до обмеження життєдіяльності, можливості ефективного лікування.

Клінічний прогноз *оцінюється* як:

1) *сприятливий* – повне одужання (повне відновлення) або компенсація порушених функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва;

2) *відносно сприятливий* – неповне одужання із залишковими проявами захворювання, травми або каліцтва, зменшення, стабілізація або часткова компенсація порушених функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва (при хронічному захворюванні – уповільнення прогресування процесу, подовження періоду ремісії тощо);

3) *несприятливий* – неможливість стабілізації стану здоров'я, зупинки прогресування патологічного процесу і зменшення ступеня порушення функцій організму і обмежень життєдіяльності в результаті захворювання, наслідків травм або каліцтва;

4) *сумнівний* – неясний перебіг хвороби.

Реабілітаційний діагноз служить відправним моментом при виборі тактики реабілітаційних заходів. Він включає:

- *клініко-функціональний діагноз*, що відображає характер і вираженість анатомо-фізіологічних і функціональних порушень, співвідношення патогенетичних і саногенетичних механізмів на даній стадії захворювання (за даними клінічної картини, анамнезу і характеру перебігу хвороби);

- характеристику *психологічного статусу* із відображенням особливостей емоційного, когнітивного і поведінкового реагування на захворювання та інші психотравмуючі чинники (за результатами психодіагностичних досліджень);

- характеристику *порушень звичної життєдіяльності* (на основі існуючих класифікацій порушень життєдіяльності).

Для прогнозування відновлення порушених функцій і можливості повернення хворого до трудової діяльності у кожному конкретному випадку визначається *реабілітаційний потенціал*.

Реабілітаційний потенціал (РП) – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, також

факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації.

Реалізація потенційних можливостей або здібностей інваліда може здійснюватися як в звичних умовах, так і в спеціалізованих умовах трудової і суспільної сфер життя.

Реабілітаційний потенціал *оцінюється* як:

1) *високий* – повне відновлення здоров'я, всіх категорій обмежень життєдіяльності, працездатності і соціального положення (*повна реабілітація*).

2) *задовільний* – неповне одужання із залишковими проявами у вигляді помірно вираженого порушення функцій організму, виконання категорій життєдіяльності можливе в обмеженому об'ємі або за допомогою технічних допоміжних (компенсаторних) засобів, потреба в соціальній підтримці (*часткова реабілітація* – переведення інваліда з I або II групи на III групу інвалідності).

3) *низький* – повільно прогресуючий перебіг хронічного захворювання, виражене порушення функцій організму, значні обмеження у виконанні більшості категорій життєдіяльності, потреба в постійній соціальній підтримці (*часткова реабілітація* – переведення з I групи на II групу інвалідності);

4) *відсутність реабілітаційного потенціалу* – прогресуючий перебіг захворювання, різко виражене порушення функцій організму, неможливість компенсації або самостійного виконання основних видів діяльності, потреба в сторонньому догляді (*реабілітація неможлива* – стабільність інвалідності або її обтяження).

У спрощеному варіанті оцінити *реабілітаційний потенціал* хворого можливо шляхом співвіднесення його реабілітаційного діагнозу з тією чи іншою **клініко-реабілітаційною групою (КРГ)**. КРГ об'єднують випадки подібних форм захворювань із приблизно однаковою технологією обстеження та лікування, схожим прогнозом, реабілітаційним потенціалом інваліда і стандартами якості реабілітації. Формування КРГ і визначення для них стандартів якості і вартості відновного лікування становить задачу спеціальних наукових розробок.

Виділяють 3 клініко-реабілітаційні групи [36]:

КРГ-1 – інваліди з високим РП, у яких можливе відновлення працездатності. Результат досягається як за рахунок відновлення функцій і критеріїв життєдіяльності, так і за рахунок медико-професійної реабілітації – підбору професії, що рівноцінна втраченій внаслідок захворювання і не має медичних протипоказань до її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і у професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для навчання новій професії чи

конкретного працевлаштування на робочому місці. Високий РП визначається в інвалідів III групи, особливо у тих випадках; в яких основною причиною інвалідності служить втрата кваліфікованої професії при неможливості рівноцінного працевлаштування, а наслідки хвороби виражені легко і виявляються тільки на рівні органу.

КРГ-2 – включає інвалідів із середнім РП, у яких можливе часткове відновлення працездатності в звичайних виробничих умовах. До цієї підгрупи потрапляють інваліди, які мають, по-перше, хвороби або травми (звичайно при гострому їх прояві), які в результаті реабілітації можуть бути зменшені або компенсовані за допомогою технічних засобів, що сприятиме частковому відновленню працездатності хворих. Такі інваліди потребують активної медичної реабілітації, а нерідко і медико-професійної та професійної реабілітації. По-друге, сюди відносяться також інваліди III групи, які у зв'язку з втратою профпридатності припинили трудову діяльність, а підбір нової професії без зниження рівня їх професійної реабілітації неможливий. Ці інваліди потребують профпідбору і медико-професійної реабілітації за сприяння служби зайнятості.

КРГ-3 – інваліди з низьким РП. Сюди відносяться інваліди I або II групи, які можуть бути адаптовані до праці у спеціально створених умовах, або інваліди, які потребують соціально-побутової реабілітації. У цій підгрупі провідне місце займає медична і соціально-побутова реабілітація. Остання включає матеріальне забезпечення, постачання побутовими технічними засобами і адаптацію до них; засобами пересування, послугами територіальних центрів соціального захисту, адаптацію житла. Після часткового або повного відновлення соціально-побутової активності приєднується професійна реабілітація, що спрямована на створення можливості надомної праці, роботи на підприємствах для інвалідів (сліпих, з ураженням опорно-рухового апарату) або працевлаштування інвалідів I і II груп на звичайному підприємстві з пристосуванням робочого місця.

Приведене групування реабілітантів носить універсальний характер та адекватне для будь-якої інвалідизуючої патології, що дозволяє використовувати її у відділеннях реабілітації широкого профілю. У спеціалізованих відділеннях і центрах базисне угруповання може бути диференційовано на більше число підгруп з урахуванням особливостей об'єкту реабілітації.

У той же час виділення КРГ дозволяє висувати конкретні цілі, задачі і терміни реабілітації і проводити диференційовану оцінку її ефективності в кожній КРГ, що додасть звітності служби реабілітації більш конкретного характеру.

В *реабілітаційно-експертному висновку* стисло обґрунтовується потреба інваліда в реабілітаційних заходах. Зміст і структура реабілітаційно-експертного

висновку визначаються залежно від клінічного прогнозу, реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу.

Реабілітаційний процес включає такі складові (згідно із Законом “Про реабілітацію інвалідів в Україні” № 2961-IV від 6 жовтня 2005 року):

- відновлювальні медичні заходи, реконструктивна хірургія, ендопротезування, протезування, ортезування, санаторно-курортне лікування;
- медична, медико-соціальна, соціальна, психологічна, психолого-педагогічна, фізична, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна адаптація;
- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- освіта, професійна орієнтація, сприяння в працевлаштуванні, виробнича адаптація;
- фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення.

Учасниками реабілітаційного процесу є:

- педагогічні, медичні, соціальні, музичні працівники, психологи, психотерапевти, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, реабілітологи та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом;
- інваліди, діти-інваліди, які проходять реабілітацію;
- законні представники інвалідів, дітей-інвалідів.

Реабілітаційні заходи – комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів.

При проведенні реабілітаційних заходів забезпечуються *послідовність, комплексність і безперервність* здійснення реабілітаційних заходів, *динамічний нагляд і контроль за ефективністю* проведених реабілітаційних заходів.

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів можуть здійснюватися такі **види реабілітаційних заходів** щодо інвалідів, дітей-інвалідів (Закон Про реабілітацію інвалідів в Україні, ст. 24):

- *медичні*, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням;
- *фізичні*, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, ортезами та іншими

технічними засобами реабілітації, що покращать самообслуговування, адаптацію інваліда, дитини-інваліда в суспільному житті;

- *психологічні*, які мають на меті психокорекцію якостей і функцій інваліда, його мотивації до життєдіяльності та праці, профілактику негативних психічних станів, навчання прийомам і методам психологічної саморегуляції;

- *професійні*, які передбачають сприяння у професійному навчанні і професійній адаптації;

- *трудові*, які передбачають раціональне працевлаштування і психологічну підтримку в процесі професійної адаптації до виробничих умов;

- *соціальні*, які передбачають соціально-побутову адаптацію і соціально-середовищну орієнтацію, соціальне обслуговування, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

- *психолого-педагогічні*, які передбачають психологічну і педагогічну корекцію розвитку;

- *фізкультурно-спортивні*, які передбачають фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію, організацію і проведення фізкультурно-оздоровчих і спортивних занять;

Всі реабілітаційні заходи складають єдиний комплекс.

Основними **формами реабілітаційних заходів** є (Закон Про реабілітацію інвалідів в Україні, ст. 25):

- надання реабілітаційних послуг;
- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;
- матеріальне забезпечення.

Реабілітаційні послуги – послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільстві.

Реабілітаційні послуги надаються інвалідам, дітям-інвалідам в установах і закладах системи реабілітації інвалідів, а також у разі потреби за місцем проживання інваліда, дитини-інваліда.

Для забезпечення догляду за інвалідом, дитиною-інвалідом з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ним (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування інвалідів, дітей-інвалідів при установах соціального обслуговування,

реабілітаційних установах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування інвалідів.

Порядок здійснення реабілітаційних заходів визначається Кабінетом Міністрів України за поданням центрального органу виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, інших центральних органів виконавчої влади в межах їх повноважень.

Засоби реабілітації інвалідів (Закон Про реабілітацію інвалідів в Україні, ст. 26, набуває чинності з 01.01.07):

Технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів є:

- засоби для пересування;
- спеціальні засоби для самообслуговування;
- спеціальні засоби для догляду;
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією;
- спеціальні засоби для освіти (включаючи літературу для сліпих) і занять трудовою діяльністю;
- протезні вироби (включаючи протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття і спеціальний одяг);
- спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар.

Виробами *медичного призначення* є прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імплантанти, приладдя, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань.

Рішення про забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення приймається медико-соціальними експертними комісіями (лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів) на підставі *медичних показань* і протипоказань, а також *соціальних критеріїв*:

- за *медичними показаннями* встановлюється необхідність надання інваліду технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що забезпечують компенсацію або усунення стійких обмежень життєдіяльності інваліда.

- за *соціальними критеріями* встановлюється необхідність надання інваліду технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення для відновлення втрачених або придбання нових професійних знань, навичок та

умінь, соціальної адаптації, занять фізичною культурою і спортом, задоволення духовних потреб, дозвілля.

Державне замовлення на забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом здійснюють у межах своїх повноважень органи праці та соціальної політики, охорони здоров'я.

Перелік технічних та інших засобів реабілітації, порядок забезпечення ними інвалідів, дітей-інвалідів та формування відповідного державного замовлення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Діти-інваліди мають пріоритетне право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Вироби медичного призначення, технічні та інші засоби реабілітації, комплектуючі до них, що випускаються в умовах серійного виробництва, підлягають сертифікації в державній системі сертифікації відповідно до номенклатури, що затверджується в установленому законодавством порядку. Забороняється реалізація цієї продукції без сертифіката і знака відповідності, що підтверджують їх відповідність вимогам стандартів або інших нормативно-технічних документів.

Сертифікація засобів реабілітації здійснюється органами сертифікації технічних засобів реабілітації і послуг, підпорядкованими центральним органам виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, охорони здоров'я відповідно до їх повноважень, в установленому законодавством порядку.

У разі реалізації несертифікованої продукції виробник (продавець) несе відповідальність згідно з законом.

Протезно-ортопедичні підприємства здійснюють розробку, виробництво, реалізацію технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що компенсують чи відновлюють порушені або втрачені функції організму, а також надають послуги з обслуговування і ремонту зазначеної продукції.

Протезно-ортопедичні підприємства користуються режимом найбільшого сприяння, що полягає у включенні їх продукції до складу державного замовлення, в наданні пільг з оподаткування, виділенні земельних ділянок і виробничих приміщень, які перебувають у державній або комунальній власності, у визначеному законом порядку.

Протезно-ортопедичні підприємства здійснюють свою діяльність на підставі її ліцензування. Обов'язковою умовою ліцензування є відповідність виробничої бази підприємства заявленій номенклатурі технічних та інших засобів

реабілітації, виробів медичного призначення, відповідна кваліфікаційна підготовка спеціалістів, наявність повної нормативно-технічної бази, яка регламентує вимоги щодо надійності і технології їх виготовлення, необхідна документація системи контролю якості.

Ліцензування діяльності протезно-ортопедичних підприємств у межах своїх повноважень здійснюють центральні органи виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики, охорони здоров'я, які також формують переліки продукції, яка підлягає сертифікації.

Розділ 4

ДЕРЖАВНА СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Державна служба реабілітації інвалідів – сукупність органів державної влади незалежно від відомчої приналежності, органів місцевого самоврядування, установ різного рівня, що здійснюють заходи з медичної, професійної і соціальної реабілітації.

В Законі “*Про реабілітацію інвалідів в Україні*” (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року) законодавчо регламентуються основні аспекти діяльності Державної служби реабілітації інвалідів (ст.5 Закону).

Державна політика України у сфері реабілітації інвалідів:

- забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я інваліда, дитини-інваліда;
- регламентує правові, економічні, соціальні умови надання інвалідам, дітям-інвалідам реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробі медичного призначення, технічних та інших засобах реабілітації;
- гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації;
- визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, сприяння виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів;
- забезпечує реабілітаційним установам незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу і форми власності рівні умови для здійснення реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів;

- формулює вимоги до об'єктів соціальної інфраструктури та інформації для створення безперешкодного доступу до них інвалідів шляхом усунення природних, комунікаційних і архітектурних перешкод;

- сприяє участі громадських організацій, у тому числі громадських організацій інвалідів, у формуванні і реалізації державної політики у цій сфері.

Реалізація державної політики у сфері реабілітації інвалідів здійснюється органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, які у співпраці та партнерстві з громадськими організаціями інвалідів забезпечують розробку і виконання програм для запобігання виникненню інвалідності, компенсації вад і розладів функцій організму особи, створення умов для їх усунення шляхом медичної, психолого-педагогічної, психологічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів.

Формування і розвиток Державної служби реабілітації інвалідів базується на наступних *принципах* [34]:

- державний характер гарантій прав інвалідів,
- пріоритет інтересів інвалідів при проведенні реабілітаційних заходів,
- загальнодоступність,
- індивідуальність,
- системний підхід до виконання різних форм і методів реабілітації,
- забезпечення координації служб, що проводять реабілітацію інвалідів;
- єдність і взаємодія державної і регіональної державної соціальної допомоги в сфері реабілітації інвалідів.

До *компетенції держави* відносяться: правове регулювання відносин по реабілітації в рамках державної концепції, розробка і реалізація державних і міжнародних програм реабілітації інвалідів; формування центральних державних і відомчих органів управління системою реабілітації інвалідів і керівництво ними; формування державних компонентів державних реабілітаційних стандартів, інформаційне і науково-методичне забезпечення; розробка типових програм реабілітації в рамках компетенції державного рівня, пряме фінансування реабілітаційних закладів безпосереднього фінансування; ліцензування закладів, визначення номенклатури спеціальних працівників, підготовка кадрів, координація і фінансування наукових розробок і дослідно-конструкторських робіт

в галузі реабілітації інвалідів; контроль за дотриманням законодавства в області реабілітації інвалідів.

Суб'єкти держави в рамках своєї компетенції повинні проводити:

- координацію діяльності органів на регіональному рівні;
- реалізацію державної політики в області реабілітації інвалідів;
- участь в реалізації державних програм по реабілітації інвалідів;
- формування державних органів управління системою реабілітації на регіональному рівні і керівництво ними;

- створення, реорганізацію і ліквідацію реабілітаційних закладів на відповідній території, акредитацію і ліцензування таких реабілітаційних закладів; встановлення спеціальних регіональних податків і зборів на розвиток системи реабілітації інвалідів;

- фінансування і надання організаційно-методичної допомоги в частині матеріально-технічного забезпечення органів управління системою реабілітації інвалідів; формування адміністративно-територіальних бюджетів в частині витрат на реабілітацію; встановлення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; визначення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; встановлення регіональних нормативів матеріального і фінансового забезпечення реабілітованих інвалідів і працівників реабілітаційних закладів; участь в організації і проведенні підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації кадрів; координацію і фінансування наукових досліджень.

До компетенції органів місцевого самоврядування відноситься: планування, організація регулювання і контроль за діяльністю місцевих органів управління реабілітації інвалідів, формування місцевих бюджетів і фондів розвитку реабілітації інвалідів, розробка і визначення місцевих нормативів фінансування реабілітації інвалідів, забезпечення можливості проведення реабілітації інвалідам, що проживають на даній території, створення, реорганізацію і ліквідацію реабілітаційних закладів, пристосування об'єктів соціальної інфраструктури місцевого підпорядкування до потреб інвалідів. В повному обсязі функції органів місцевого самоврядування по реабілітації інвалідів повинні бути записані в Статуті.

ЗАВДАННЯ, СТРУКТУРА І ФУНКЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Державна служба реабілітації інвалідів створюється з *метою* забезпечення оптимальних умов для проведення послідовних заходів по реалізації цільових і індивідуальних програм реабілітації інвалідів, що спрямовані на відновлення їх особистого і соціального статусу і інтеграцію інвалідів в сім'ю і суспільство.

Для реалізації цієї мети на Державну службу реабілітації інвалідів покладаються наступні *задачі*:

- формування стратегії розвитку служби на державному, регіональному (обласному) і місцевому рівнях, взаємного узгодження планів перспективного розвитку реабілітаційних галузей і закладів;
- забезпечення комплексності, послідовності і взаємоузгодженості реабілітаційних заходів;
- видання спільних узгоджених нормативних актів;
- розробка і реалізація комплексних програм реабілітації інвалідів державного, регіонального та місцевого рівнів;
- організація і проведення реабілітаційних заходів згідно індивідуальних програм реабілітації інвалідів;
- забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації, навчання користуванню ними;
- створення інвалідам умов для повноцінного відпочинку, занять спортом, використання досягнень культури, реалізацію їх творчого потенціалу, формуванню безбар'єрного середовища для життєдіяльності, забезпечення їм безперешкодного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури.

Вказані задачі можуть бути вирішені тільки при наявності відповідних структур Державної служби реабілітації інвалідів [34].

Державне управління системою реабілітації інвалідів покладається на *центральні і місцеві* органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, які в межах своїх повноважень здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації інвалідів, аналітично-прогнозу діяльність, визначають тенденції розвитку і вплив демографічної, соціально-економічної, екологічної ситуації, інфраструктури виробничої та невиробничої

сфер, ринку праці на стан інвалідності населення, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації інвалідів, стратегічні напрями її розвитку, узагальнюють світовий і вітчизняний досвід у цій сфері (ст.6 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні).

До органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, належать *центральні органи виконавчої влади* у сферах праці та соціальної політики, охорони здоров’я, освіти, культури, фізичної культури і спорту, будівництва та архітектури; інші центральні органи виконавчої влади; їх територіальні органи, які в межах своїх повноважень займаються формуванням і реалізацією державної соціальної політики та/або здійснюють заходи з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів.

Центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень координують діяльність місцевих органів виконавчої влади у здійсненні реабілітаційних заходів, організують розробку та виконання цільових державних програм, запроваджують правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних установ і забезпечують розвиток їх мережі, сприяють міжнародному співробітництву.

Центральний орган виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики в межах своїх повноважень щодо здійснення державної політики у сфері реабілітації інвалідів (ст. 9 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

- розробляє нормативно-правові акти з питань соціального захисту інвалідів, дітей-інвалідів, здійснює контроль за додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту інвалідів;
- організовує розробку та впровадження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, Державної типової програми реабілітації інвалідів на основі матеріалів відповідних центральних органів виконавчої влади;
- бере участь у розробці державних і цільових програм, заходів з профілактики інвалідності та медичної, психологічної, фізичної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів;
- організовує здійснення заходів щодо забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів соціальним, культурним та інформаційним обслуговуванням,

технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом, занять фізичною культурою, дозвілля;

- запроваджує правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних установ і забезпечують розвиток їх мережі;

- забезпечує сертифікацію технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які виготовляються протезно-ортопедичними підприємствами;

- забезпечує ведення *Державного реєстру реабілітаційних установ*, розробляє типові штатні нормативи професійного складу працівників реабілітаційних установ;

- забезпечує проведення моніторингу професійного навчання, трудової зайнятості інвалідів, дітей-інвалідів, аналізу і прогнозування розвитку процесів у цих сферах;

- організовує працевлаштування інвалідів через державну службу зайнятості, сприяє створенню робочих місць для них, у тому числі шляхом надання державної підтримки виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів;

- сприяє координації діяльності органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій, спрямованій на забезпечення доступності для інвалідів об'єктів соціальної інфраструктури та інформації, виготовлення спеціального виробничого і побутового обладнання, пристосувань для полегшення побуту і праці цієї категорії громадян;

- сприяє роботі громадських організацій, у тому числі громадських організацій інвалідів, залучає їх до співпраці та партнерства у цій сфері;

- сприяє міжнародному співробітництву у сфері реабілітації інвалідів;

- здійснює інші повноваження, передбачені законодавством.

Центральні органи виконавчої влади беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів та в межах своїх повноважень забезпечують (ст. 10 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

- контроль за втіленням державної політики у сфері реабілітації інвалідів;
- розробку нормативно-правових актів з питань соціального захисту інвалідів, дітей-інвалідів, контроль за додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту інвалідів;
- розробку галузевих програм розвитку системи реабілітації інвалідів, а також участь у розробці таких міжгалузевих програм;
- участь у розробці єдиних науково обґрунтованих державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, Державної типової програми реабілітації інвалідів, вимог щодо медичного, освітнього, науково-методичного, матеріально-технічного, фінансового і кадрового забезпечення реабілітаційних установ;
- контроль якості виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації;
- затвердження типових положень про реабілітаційні установи, положень (статутів) реабілітаційних установ своєї сфери управління;
- створення умов для забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, виробами медичного призначення;
- організацію професійної підготовки кадрів для системи реабілітації інвалідів, впровадження новітніх реабілітаційних методик і технологій, передового досвіду у цій сфері;
- науково-методичне керівництво, контроль за дотриманням нормативно-правових актів, державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, перевірку діяльності реабілітаційних установ;
- доступність для інвалідів об'єктів соціальної інфраструктури та інформації, виготовлення спеціального виробничого і побутового обладнання, пристосувань для полегшення побуту і праці цієї категорії громадян;
- участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;
- співробітництво з державними органами і реабілітаційними установами іноземних держав.

Місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування в межах повноважень, передбачених нормативно-правовими актами (ст. 11 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

- вживають заходів щодо розширення мережі реабілітаційних установ, у тому числі шляхом створення недержавних реабілітаційних установ;
- організують виконання державних програм у сфері реабілітації інвалідів;
- організують контроль за діяльністю суб'єктів господарювання, які здійснюють реабілітаційні заходи, незалежно від підпорядкування і форми власності, за додержанням ними вимог ліцензування;
- створюють умови для забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів, виходячи з їх потреб та відповідно до рекомендацій медико-соціальних експертних комісій (лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів), технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом;
- створюють умови для розвитку творчих здібностей інвалідів, дітей-інвалідів, занять фізичною культурою і спортом інвалідів, дітей-інвалідів;
- затверджують положення (статути) реабілітаційних установ комунальної форми власності, погоджують положення (статути) реабілітаційних установ недержавної форми власності;
- організують підготовку і підвищення кваліфікації кадрів з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів, роботу з науково-методичного забезпечення реабілітаційних установ;
- забезпечують реалізацію державних програм, розробляють з урахуванням соціально-економічних, демографічних та інших особливостей і фінансують регіональні, місцеві програми зазначеного напрямку;
- сприяють роботі громадських організацій, у тому числі громадських організацій інвалідів, залучають їх до співпраці та партнерства у цій сфері;
- беруть участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;
- організують інформування інвалідів про зміни у законодавстві про реабілітацію інвалідів.

*Координаційну діяльність державних органів влади з питань реабілітації інвалідів, а також інших питань, що вимагають міжвідомчих узгоджень і державному рівні, проводить створений при Кабінеті Міністрів колегіальний дорадчий орган – **Міжвідомча комісія по координації діяльності в сфері реабілітації інвалідів** [34]. Вона:*

- готує пропозиції для Уряду з питань формування і реалізації державної політики в області реабілітації інвалідів, розвитку Державної служби реабілітації інвалідів;
- готує проекти постанов і рішень Уряду;
- розробляє проекти міжвідомчих комплексних програм в області медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- дає пропозиції по удосконаленню порядку взаємодії різних відомств і структур, що входять в Державну службу реабілітації інвалідів;
- забезпечує оцінку розвитку Державної служби реабілітації інвалідів, обґрунтовує цілі і пріоритети розвитку окремих програм по всій території України.

*Координацію оперативної і постійної діяльності структурних підрозділів державної служби реабілітації інвалідів проводить **Міністерство охорони здоров'я** чи **Міністерство праці та соціальної політики**, для чого при них створюється міжвідомча **державна координаційна Рада по медико-соціальній реабілітації інвалідів**, на яку покладаються наступні функції:*

- забезпечення координації оперативної і постійної діяльності міністерств і відомств по медико-соціальній реабілітації інвалідів;
- участь в розробці і реалізації цільових державних програм по медико-соціальній реабілітації інвалідів;
- проведення інноваційної політики в області реабілітаційних технологій;
- розробка пропозицій по впровадженню науково-методичних і інформаційних матеріалів по реабілітації інвалідів;
- забезпечення взаємодії з суспільними організаціями інвалідів по проблемі медико-соціальної реабілітації.

*В областях і регіонах координацію діяльності всіх виконавчих державних органів влади з питань реабілітації інвалідів проводить створена при обласній державній адміністрації **Міжвідомча комісія по координації діяльності в обла-***

сті реабілітації інвалідів. На цю Комісію можуть бути покладені наступні функції:

- розробка пропозицій по удосконаленню основних напрямків регіональної політики в області медико-соціальної реабілітації інвалідів і внесення їх на розгляд адміністрації;
- підготовка проектів відповідних постанов адміністрації;
- розробка порядку взаємодії різних державних структур по медико-соціальній реабілітації;
- розробка проектів основних заходів з профілактики інвалідності в регіоні і внесення їх на розгляд голови адміністрації, аналіз ефективності різних програм, планів і заходів по вирішенню проблем інвалідності і інвалідів;
- інформація голови адміністрації по цьому аналізу з метою прийняття відповідних рішень;
- надання допомоги органам і закладам по впровадженню нових досягнень і передового досвіду роботи.

На *регіональному рівні* координацію діяльності в сфері реабілітації інвалідів проводить Управління охорони здоров'я, чи Головне управління праці та соціальної політики.

Органом, який об'єднує співпрацю усіх медичних установ в галузі реабілітації, є *Реабілітаційна рада при управлінні охорони здоров'я облдержадміністрації.* Вона створюється наказом начальника управління на громадських засадах з метою удосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, об'єднання і координації зусиль лікувально-профілактичних та реабілітаційно-медичних установ, спрямованих на профілактику і зниження інвалідності працездатного населення.

До складу Ради входять провідні фахівці з питань лікувально-профілактичної допомоги населенню: головні фахівці управління, головні лікарі обласних лікарень, головний лікар обласного Центру МСЕ, заступник головного лікаря обласної дитячої лікарні з питань ЛКК, фахівці Управління соціального захисту населення та Фонду України соціального захисту інвалідів. На засіданнях Ради при необхідності можуть запрошуватись інші спеціалісти управлінь облдержадміністрації. Очолює Раду заступник начальника Управління охорони здоров'я з питань лікувально-профілактичної допомоги.

Основними напрямками діяльності Ради є:

- визначення регіональної інфраструктури реабілітаційно-оздоровчих установ та розробка функціональних зв'язків між ними;
- підготовка пропозицій для управління охорони здоров'я щодо організації та удосконалення системи медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- організаційно-методична та консультативна допомога лікувально-профілактичним і реабілітаційним установам з питань реабілітації інвалідів;
- контроль за діяльністю лікувально-реабілітаційних установ, обласних спеціалізованих реабілітаційних центрів, головних фахівців із питань медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- забезпечення послідовності між окремими реабілітаційними та лікувально-профілактичними закладами у питаннях відновлювального лікування інвалідів;
- контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації (ІПР);
- методична робота по стандартизації реабілітаційних послуг при основних інвалідизуючих захворюваннях;
- розробка багатоцільових комплексних регіональних програм реабілітації хворих та інвалідів;
- розробка і впровадження в дію регіонально-адміністративно-територіальних реабілітаційних стандартів;
- визначення рівня діяльності реабілітаційних установ;
- заслуховування звітів Центрів медико-соціальної експертизи, головних лікарів та завідувачів лікувально-реабілітаційними закладами та відділеннями про стан та ефективність медичної реабілітації хворих та інвалідів;
- розробка пропозицій для управління охорони здоров'я щодо створення, реорганізації, ліцензування реабілітаційно-лікувальних установ адміністративно-територіального підпорядкування;
- проведення підготовчої роботи для організації регіональних центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- вивчення та впровадження в практику позитивного досвіду з питань організації і здійснення реабілітації хворих та інвалідів;
- інформування керівництва регіону з питань медичної реабілітації інвалідів.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОBOB'ЯЗКИ ВІДОМСТВ, ЩО ВХОДЯТЬ В СЛУЖБУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

На державному рівні [34]:

Міністерство праці та соціальної політики України: розробляє пропозиції по удосконаленню соціальної політики; проекти державних цільових програм по реабілітації інвалідів; приймає участь у формуванні державної політики в області забезпечення доступності середовища життєдіяльності для інвалідів; приймає участь в розробці державної програми і стандартів реабілітації інвалідів; організує ліцензування і сертифікацію соціальної і професійної реабілітації інвалідів; забезпечує керівництво державними реабілітаційними закладами; сприяє створенню і розвитку мережі реабілітаційних закладів; готує пропозиції по удосконаленню державної політики в області зайнятості інвалідів; сприяє розвитку реабілітаційної індустрії; визначає потребу і проводить замовлення на виробництво технічних засобів реабілітації інвалідів; визначає напрямки і координує наукові дослідження по соціально-трудої і професійній реабілітації інвалідів.

Міністерство охорони здоров'я України: готує пропозиції по вдосконаленню державної політики в області охорони здоров'я інвалідів, приймає участь в розробці державних цільових програм реабілітації інвалідів; забезпечує організацію і розвиток Державної служби реабілітації інвалідів, забезпечує координацію діяльності різних відомств по реабілітації інвалідів; організує діяльність державної системи охорони здоров'я по медичній реабілітації інвалідів; приймає участь в розробці Державної базової програми реабілітації інвалідів; розробляє стандарти медичної реабілітації, забезпечує керівництво державними закладами, сприяє створенню і розвитку мережі закладів, що проводять медичну реабілітацію, організує ліцензування їх діяльності, організує розвиток виробництва технічних засобів медичної реабілітації, керує підготовкою кадрів; визначає напрямки і керує науковими дослідженнями по проблемі медичної реабілітації інвалідів.

Міністерство освіти і науки: готує пропозиції по удосконаленню державної політики по освіті інвалідів, розробляє і реалізує цільові програми по реабілітації інвалідів; організує діяльність державної системи освіти по професійній реабілітації інвалідів; приймає участь в розробці державної базової програми реабілітації інвалідів (по розділу професійної реабілітації); забезпечує керівництво державними закладами, сприяє розвитку і створенню мережі нових

закладів, що проводять навчання інвалідів і дітей-інвалідів; проводить інноваційну політику в галузі технологій навчання інвалідів; організує виховання і навчання інвалідів (дітей-інвалідів) в дошкільних загальноосвітніх закладах, закладах початкової, середньої і вищої професійної освіти; організує підготовку кадрів з питань навчання інвалідів; організує роботу по науково-методичному забезпеченню навчання інвалідів.

Міністерство культури і туризму: готує пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області соціокультурної реабілітації інвалідів; розробляє і реалізує державні цільові програми по реабілітації інвалідів (по розділу соціокультурної реабілітації), приймає участь в розробці державної базової програми реабілітації інвалідів; забезпечує керівництво закладами, сприяє створенню і розвитку мережі закладів культури, що проводять соціокультурну реабілітацію інвалідів, проводить інноваційну політику в галузі технологій соціокультурної реабілітації, організує підготовку кадрів.

Міністерство транспорту та зв'язку: приймає участь в розробці і реалізації державних цільових програм по реабілітації інвалідів (розділ транспортного обслуговування); готує пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області забезпечення для інвалідів доступу до середовища життєдіяльності; проводить інноваційну політику в області технологій транспортного обслуговування інвалідів; організовує роботу по виробництву спеціальних транспортних засобів для інвалідів, по створенню спеціальної інфраструктури, що забезпечує безперешкодний доступ інвалідів до засобів пересування.

Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту: готує пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області реабілітації інвалідів методами фізичної культури, спорту і туризму; розробляє і реалізує державні цільові програми по реабілітації інвалідів (по розділу фізичної і адаптаційної реабілітації); організує створення і розвиток мережі закладів, що проводять реабілітацію інвалідів методами фізичної культури, спорту, туризму; проводить інноваційну політику в області технологій реабілітації інвалідів методами фізичної культури, спорту і туризму; організує підготовку кадрів.

Міністерство будівництва, архітектури та житлово-комунального господарства: розробляє пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області створення для інвалідів доступного середовища життєдіяльності, розробляє і реалізує державні цільові програми по реабілітації інвалідів (по проблемі створення для інвалідів доступного середовища життєдіяльності),

коригує відповідну нормативну базу; сприяє створенню та розвитку підприємств, що проводять проектування і проведення робіт по адаптації житла до потреб інвалідів.

На обласному (регіональному рівні):

Головне управління праці та соціального захисту населення: реалізує державну політику в області реабілітації інвалідів, розробляє і контролює виконання регіональної політики в області реабілітації інвалідів; розробляє регіональні комплексні цільові програми по реабілітації інвалідів; керує підвідомчими службами реабілітації інвалідів; створює, реорганізує і ліквідує реабілітаційні підвідомчі заклади; виконує відповідні розділи індивідуальної програми реабілітації; приймає участь в розробці компонентів регіональних стандартів по реабілітації інвалідів; організує ліцензування і сертифікацію діяльності по реабілітації інвалідів з врахуванням їх потреби; організує розвиток виробництва технічних засобів реабілітації інвалідів; забезпечує організацію протезно-ортопедичної допомоги; сприяє створенню і розвитку спеціалізованих підприємств, розвитку надомних видів праці і інших форм зайнятості інвалідів; приймає участь в підготовці і перепідготовці кадрів на своїй території; проводить інформатизацію системи реабілітації інвалідів, організує взаємодію з суспільними організаціями інвалідів в області реабілітації.

Управління охорони здоров'я: реалізує державну політику в області реабілітації інвалідів, розробляє і контролює виконання регіональної політики в області реабілітації інвалідів; розробляє регіональні комплексні цільові програми по медичній реабілітації інвалідів; керує підвідомчими закладами; приймає участь в розробці і реалізації Регіонального гарантованого переліку реабілітаційних заходів, послуг і технічних засобів. Контролює виконання відповідних розділів ППР; організує створення та розвиток мережі реабілітаційних закладів; організує ліцензування діяльності реабілітаційних підвідомчих закладів; проводить інноваційну політику в області технологій медичної реабілітації; організує підготовку кадрів.

Управління освіти і науки, управління культури і туризму, управління у справах молоді та спорту: реалізують державну політику в відношенні інвалідів у відповідності зі специфікою діяльності, розробляють і реалізують регіональну політику з питань, що відповідають специфіці діяльності галузі; приймають участь в розробці та реалізації регіональних цільових програм по реабілітації інвалідів, приймають участь в розробці і реалізації обласного (регіонального) гарантованого переліку реабілітаційних заходів, послуг і технічних засобів;

контролюють виконання відповідних розділів ППР; забезпечують керівництво регіональними реабілітаційними підвідомчими закладами; організовують ліцензування діяльності підвідомчих реабілітаційних закладів; проводять інноваційну політику; організовують підготовку кадрів.

Управління державної служби зайнятості: реалізує державну політику і області професійної реабілітації і зайнятості інвалідів; розробляє і контролює регіональну політику в області професійної реабілітації і зайнятості інвалідів; приймає участь в розробці і реалізації регіональних цільових комплексних програм реабілітації інвалідів (по розділу професійної реабілітації інвалідів), проводить аналіз пропозицій по регулюванню ринку праці відносно інвалідів, організує діяльність своєї служби по професійним консультаціям, профорієнтації, профнавчанню безробітних інвалідів; по наданню допомоги в працевлаштуванні, включаючи самозайнятість; допомога в підприємницькій діяльності; працевлаштуванню за спеціальним програмами; приймає участь в організації підготовки, перепідготовки і підвищенню кваліфікації кадрів по професійній реабілітації інвалідів; контролює виконання відповідних розділів ППР.

Управління транспорту та зв'язку: розробляє і реалізує заходи по вдосконаленню транспортного обслуговування інвалідів; створює інфраструктуру, що сприяє доступу інвалідів до транспортних засобів; забезпечує реалізацію державного законодавства відносно транспортних пільг інвалідам; залучає до питань транспортного обслуговування інвалідів органи місцевого самоврядування і суспільні організації інвалідів.

Управління містобудування, архітектури та житлово-комунального господарства: реалізує державну політику в сфері створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності (в сфері архітектури і будівництва); приймає участь в розробці і реалізації регіональної політики в області створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності; приймає участь в розробці і реалізації цільових програм по реабілітації інвалідів; приймає участь в розробці компонентів регіональних стандартів по реабілітації інвалідів; контролює виконання відповідних розділів ППР; проводить контроль за виконанням вимог доступності для інвалідів житлових будинків і об'єктів соціальної інфраструктури при їх будівництві і реконструкції; сприяє створенню і розвитку в регіоні організацій, що проводять проектування і проведення робіт по адаптації житла до потреб інваліда.

На місцевому рівні:

Відділи охорони здоров'я, соціального захисту населення, освіти, культури, у справах сім'ї та молоді, по фізичній культурі та спорту: приймають участь в розробці і реалізації регіональної політики в області реабілітації інвалідів, розробляють районні (територіальні) програми реабілітації інвалідів; організовують систему адресної реабілітації інвалідів; створюють, реорганізують, ліквідовують реабілітаційні підвідомчі заклади на території району і проводять їх господарське і матеріально-технічне забезпечення; здійснюють взаємодію з суспільними об'єднаннями інвалідів в сфері реабілітації.

Відділи (центри) державної служби зайнятості: приймають участь в розробці і реалізують (на місцевому рівні) політику в області професійної реабілітації і зайнятості інвалідів; приймають участь в розробці територіальних цільових програм реабілітації інвалідів (розділ професійної реабілітації); організують професійну реабілітацію інвалідів на території району.

Відділ транспорту та зв'язку: розробляє конкретні заходи по удосконаленню транспортного обслуговування інвалідів на місцях; приймає участь у створенні для інвалідів інфраструктури, що забезпечувала б їх доступ до транспортних засобів; забезпечує безпосередньо на місцях реалізацію інвалідам пільг по транспортному обслуговуванню.

Відділ будівництва і житлово-комунального обслуговування: приймає участь в розробці і реалізації територіальної політики в області створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності; приймає участь в розробці територіальних цільових програм реабілітації інвалідів (по розділу створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності); проводить контроль за виконанням вимог доступності для інвалідів житлових будинків і об'єктів соціальної інфраструктури при їх будівництві і реконструкції.

Система реабілітації інвалідів включає цілу низку взаємопов'язаних **складових** [20]:

- наукові погляди, принципи та розробки, законодавчу та нормативну базу в галузі реабілітації;
- сукупність заходів, засобів та методів реабілітації;
- програми реабілітації на різних рівнях державного устрою – від базових державних до регіональних, обласних, районних, та на індивідуальному рівні окремої особи – індивідуальні програми реабілітації та адаптації інваліда;

- установи різної відомчої підпорядкованості, що виконують різноманітні реабілітаційні заходи.

Наукове і методичне забезпечення реабілітаційних установ державної і комунальної форм власності здійснюють центральні органи виконавчої влади та їх територіальні органи, які в межах своїх повноважень беруть участь у формуванні і реалізації державної соціальної політики та /або здійснюють заходи з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів (ст. 21 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні).

Наукові дослідження у сфері реабілітації інвалідів на замовлення центральних органів виконавчої влади здійснюють Національна академія наук України, Академія медичних наук України, Академія педагогічних наук України, академічні, галузеві науково-дослідні інститути (Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності та Український державний НДІ реабілітації інвалідів), інші науково-методичні установи.

Наукові погляди та принципи формування системи реабілітації інвалідів в Україні розробляються науковцями з використанням світового досвіду, розробок ВООЗ, країн СНД. Наукові дослідження спрямовані на розробку як теоретичних засад базових програм реабілітації, так і індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок основних інвалідизуючих захворювань і травм. Організаційні принципи передбачають побудову системи реабілітації як специфічної сфери діяльності суспільства [20].

Систему реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів складають (ст. 12 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

- *органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування*, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;
- *реабілітаційні установи* для інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- *будинки дитини* - дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- *спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу* для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу* для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- *дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти*, в яких забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома;
- *спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати)* - загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку;
- *загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати)* - загальноосвітні навчальні заклади I-III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування;
- *навчальні заклади системи органів праці та соціального захисту населення*;
- *установи соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів* незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- *санаторно-курортні установи системи органів праці та соціального захисту населення*;
- *протезно-ортопедичні підприємства* незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;
- *установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій інвалідів*;
- *академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи*, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів.

Система реабілітації інвалідів забезпечує своєчасність, комплексність і безперервність медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації, досягнення інвалідами, дітьми-інвалідами оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності.

Реабілітаційні установи - це установи, підприємства, заклади, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що

здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

В структуру державної служби реабілітації інвалідів повинні входити реабілітаційні заклади різного відомчого підпорядкування і функціональної спрямованості (вже існуючі і ті, що мають бути створені) [34].

Основними принципами функціонування реабілітаційних установ є:

- багаторівневий характер діяльності реабілітаційних закладів;
- спільність теоретичних і методологічних підходів в їх діяльності;
- відповідність структури закладу його цільовому призначенню в реабілітації;
- координація і наступності діяльності реабілітаційних закладів різного відомчого підпорядкування;
- децентралізація діяльності реабілітаційних закладів;
- взаємодія державних і недержавних реабілітаційних закладів і суспільних організацій;
- наявність диференційованої номенклатури реабілітаційних закладів;
- забезпечення збереження державних реабілітаційних стандартів;
- доступність реабілітаційних закладів для інвалідів, забезпечення реалізації ІПР, фінансування реабілітаційних закладів на основі поєднання державного і регіонального рівнів;
- кадрове і матеріально-технічне забезпечення реабілітаційних закладів.

Через реабілітаційні установи повинна проводитись практична реалізація завдань, що стоять перед органами Державної служби реабілітації інвалідів. Реабілітаційні установи проводять заходи по медичній, професійній та соціальній реабілітації і являються закладами державного, регіонального і місцевого рівнів.

Класифікація реабілітаційних установ

За змістом здійснюваних реабілітаційних заходів виділяються наступні *типи* реабілітаційних установ (ст. 13 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

- *медичної* реабілітації;
- *медико-соціальної* реабілітації;
- *соціальної* реабілітації;
- *психолого-педагогічної* реабілітації;
- *фізичної* реабілітації;
- *професійної* реабілітації;

- *трудової реабілітації;*
- *фізкультурно-спортивної реабілітації.*

Реабілітаційні установи можуть бути *змішаного* типу.

За *організаційно-правовими формами* реабілітаційні установи можуть розподілятися на [34]:

- державні;
- місцеві;
- недержавні (приватні, суспільні, що належать суспільним і релігійним організаціям).

Види реабілітаційних установ – комплекси, центри, відділення, кабінети;

Форми реабілітаційних установ – стаціонарні, амбулаторні;

Профілі реабілітаційних установ – загальні (*поліпрофільні* установи) і спеціалізовані (*монопрофільні* установи).

За *ступенем централізації* реабілітаційні установи можна поділити на [20]:

- *централізовані* (центри – моно- або поліпрофільні);
- *децентралізовані* (в областях);
- *комбіновані.*

Децентралізована модель регіональної системи реабілітації інвалідів включає визначення інфраструктури реабілітаційних установ, стандартизацію їх функцій та координацію діяльності установ різної відомчої підпорядкованості. На теперішній час в Україні функціонує *змішана система реабілітації інвалідів*: в основному це децентралізована форма з відкриттям в областях центрів переважно професійної реабілітації Міністерства праці та соціальної політики або для обслуговування окремих категорій громадян.

За *категоріями громадян, які обслуговуються*, реабілітаційні установи поділяються на:

- реабілітаційні заклади для потерпілих *внаслідок аварії на ЧАЕС*;
- реабілітаційні заклади для *інвалідів Великої Вітчизняної війни* та прирівняних до них контингентів тощо.

Діяльність державних реабілітаційних установ усіх рівнів повинна регулюватись відповідними ***Типовими (тимчасовими) положеннями*** і розробленими на їх основі ***Статутами*** [34].

Реабілітаційні установи *здійснюють* комплексну реабілітацію інвалідів, дітей-інвалідів шляхом реалізації соціально-економічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального

характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок інвалідів, дітей-інвалідів, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності (ст. 17 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні):

Реабілітаційні установи можуть створювати *реабілітаційні комісії*, до складу яких входять провідні фахівці реабілітаційної установи та представники місцевих органів виконавчої влади відповідно до типу реабілітаційної установи.

Реабілітаційні комісії здійснюють:

- планування навчально-виховної та корекційно-відновлювальної роботи, контроль за її ефективністю;
- визначення реабілітаційних технологій, строків і тривалості проходження реабілітації інвалідом, дитиною-інвалідом відповідно до їх індивідуальної програми реабілітації з урахуванням реабілітаційного потенціалу інваліда та реабілітаційного прогнозу;
- контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда;
- забезпечення послідовності, комплексності і безперервності виконання реабілітаційних заходів, оцінку їх результатів та ефективності;
- внесення змін до індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда у разі необхідності її оперативного коригування;
- затвердження висновку про виконання індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда.

Виділяють наступні *рівні організації медико-реабілітаційної допомоги*:

- амбулаторні реабілітаційні відділення та центри;
- реабілітаційне відділення стаціонару для лікування хворих в підгострому періоді захворювання;
- реабілітаційне відділення стаціонару для тривалого лікування хворих з хронічними формами захворювань чи хворих із залишковими явищами захворювань;
- денні реабілітаційні стаціонари;
- реабілітаційна допомога на дому;
- центри професійної реабілітації та профнавчання;
- кабінети багатопрофільної комплексної реабілітації інвалідів.

Для кожного рівня медико-реабілітаційної допомоги характерна своя організаційна структура, контингент хворих, реабілітаційні програми та певні очікувані результати реабілітації.

Значимість *амбулаторного рівня* визначається декількома чинниками:

- амбулаторна реабілітація – *заключний етап* відновного лікування, що закріплює, а нерідко, і визначає результат всіх попередніх реабілітаційних заходів;
- відновне лікування в амбулаторних умовах сприяє інтенсифікації та оптимізації використання *спеціалізованого ліжкового фонду*;
- реабілітація в амбулаторних умовах – найбільш *масова та доступна* форма медичної допомоги населенню.

На практиці склалися різноманітні *форми установ*, де здійснюється медична реабілітація інвалідів та хворих.

Первинною ланкою Державної служби реабілітації інвалідів є *кабінети* багатопрофільної комплексної реабілітації інвалідів. Кабінет може бути структурним підрозділом будь-якого стаціонарного закладу системи соціального захисту або лікарні відновного лікування, поліклініки чи іншого медичного закладу [34].

Функції кабінету:

- проведення первинних заходів з професійної реабілітації інвалідів для повернення їх до праці;
- уточнення реабілітаційного потенціалу інваліда;
- профорієнтація;
- проведення заходів по соціально-побутовій адаптації; знайомство інвалідів з правилами користування технічними засобами, що покращують працю і побут;
- організація психотерапевтичних і психологічних заходів;
- організація інформаційної і консультативної допомоги з правових, медичних і інших питань реабілітації.

В штат кабінету можуть входити такі спеціалісти: завідуючий, юрист, спеціаліст по реабілітації, психолог, спеціаліст по профорієнтації, консультант по працевлаштуванню, соціальний педагог, спеціаліст по соціальній роботі.

Найбільш розповсюдженими формами реабілітації є *реабілітаційне відділення* і *реабілітаційний центр*.

У випадках створення *реабілітаційного відділення* на базі великої міської поліклініки воно, як правило, частково використовує наявну в поліклініці лікувальну базу й адміністративно-господарський апарат. Оптимальною формою

служби реабілітації у великому місті є мережа відділень відновного лікування, розташованих у кожному районі міста на базах територіальних поліклінік, у сукупності з міським центром реабілітації, що має власну діагностичну і лікувальну базу.

До задач *районних реабілітаційних відділень* входить проведення відновного лікування хворих відповідних територіальних округів. При цьому знання пріоритетних нозологічних форм захворювань і цифр потреби в реабілітації допомагає планувати пропускну спроможність новостворених або коректувати діяльність вже існуючих відділень. Відповідність реальних пропускну можливостей відділення і потреби в реабілітації може бути досягнуте шляхом включення в показання до направлення на реабілітацію (або, навпаки, тимчасового виключення з показань) тих чи інших форм захворювань, в залежності від ступеня їхньої медико-соціальної значущості.

Особливо актуальним є створення ***центрів комплексної реабілітації інвалідів***. ***Центр*** являється самостійним структурним підрозділом Державної служби реабілітації інвалідів, що реалізує комплексну систему заходів по медико-соціальній реабілітації інвалідів [35].

Основними *функціями Центру* є:

- уточнення реабілітаційного потенціалу, проведення відновної терапії, реконструктивної хірургії, організація і реалізація заходів, пов'язаних з протезуванням і ортезуванням;
- проведення комплексної системи заходів з професійної реабілітації інвалідів, в тому числі організація профорієнтації і профвідбору інвалідів;
- професійне навчання і перенавчання інвалідів;
- професійно-виробнича адаптація і соціально-середовищна орієнтація інвалідів, в тому числі реалізація мір по адаптації сім'ї до проблеми інвалідів; навчання навикам підприємницької діяльності і активної поведінки на ринку праці;
- проведення психотерапевтичних і психологічних заходів;
- організація інформаційної і консультативної допомоги з правових, медичних і інших питань реабілітації інвалідів.

В *структуру центру* можуть входити:

Відділ медичної реабілітації з стаціонаром, медико-консультативне відділення (кабінет лікаря-спеціаліста по реабілітації, кабінет невропатолога, кабінет психіатра, кабінет нарколога тощо); відділення відновної терапії (кабінет фіз. методів реабілітації, кабінет механотерапії, рефлексотерапії і нетрадиційних

методів лікування, трудотерапії, водо- і бальнеотерапії, ЛФК, функціональної діагностики); відділення протезування і ортезування.

Відділ професійної реабілітації, що містить: кабінет профорієнтації і профвідбору; кабінет трудових проб; кабінет навчання основам підприємницької діяльності і навичкам активної поведінки на ринку праці.

Відділ соціальної реабілітації, що включає: відділення соціально-побутової адаптації (кабінет соціально-побутової діагностики і оцінки незалежної життєдіяльності, кабінет по навчанню користуванню технічними засобами реабілітації; учбові класи для адаптаційного навчання, кабінет навчання навичкам самостійного проживання;

Відділення соціально-середовищної орієнтації (кабінет психодіагностики, психокорекції, кабінет корекції порушень слуху).

Відділ наукового прогнозування розвитку реабілітації і протезування інвалідів і загальний відділ.

До *амбулаторних реабілітаційних центрів* відносяться загальні амбулаторні центри медичної реабілітації, де проходять реабілітацію пацієнти неврологічного, ортопедичного, кардіологічного й іншого профілів, і *спеціальні центри медичної реабілітації* (наприклад, для дітей з дитячим церебральним паралічем) [7].

У *міському центрі реабілітації*, крім відновного лікування хворих прилеглих районів, здійснюється високоспеціалізована реабілітаційна допомога (логопедична, нейропсихологічна тощо), проводиться консультативно-методологічна робота (уточнення функціонального діагнозу і реабілітаційного прогнозу у найбільш складних хворих, що направляються лікарями районних відділень; навчальні заняття зі спеціалістами-реабітологами). Міський центр повинний також брати участь у вирішенні задач медико-професійної реабілітації хворих і інвалідів. Здійснення в повному обсязі професійної реабілітації інвалідів і їх профнавчання можливо лише в умовах великих спеціальних центрів професійної реабілітації. Однак уже на етапі амбулаторного відновного лікування необхідне визначення функціональних можливостей і резервів хворого, його потреб, професійних інтересів, виразності мотивацій до здійснення трудової діяльності. Наявність у штаті міського центра реабілітації працетерапевтів, профпсихологів, соціальних працівників дозволяє реалізовувати спадкоємність медичної і професійної реабілітації.

ПРИНЦИПИ ЗДІЙСНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ТА ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

До загальних принципів організації реабілітації на всіх рівнях, у тому числі і на амбулаторному, що відрізняє реабілітаційну допомогу від звичайного лікування, відносяться наступні:

- бригадний ("командний") принцип організації допомоги;
- здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого чи інваліда з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком медичної реабілітації;
- проведення реабілітації за визначеним планом, складеному на підставі первинної оцінки стану хворого чи інваліда;
- здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів у динаміці і при завершенні реабілітаційного курсу;
- складання рекомендацій з лікувальних, психокорекційних, соціальних, трудових заходів, необхідних для проведення на наступних етапах реабілітації.

Основною вимогою до проведення відновного лікування в реабілітаційній установі є формування реабілітаційних бригад (чи реабілітаційних команд, "rehabilitation teams", англ.), що складаються з фахівців різних профілів. Ключовими фігурами в реабілітаційній бригаді, що працює, наприклад, у відділенні нейрореабілітації, стають невролог-реабітолог, психотерапевт, кінезотерапевт (фахівець з лікувальної фізкультури); при необхідності в роботі бригади беруть участь логопед, психолог, нейропсихолог, консультанти (фізіотерапевт, кардіолог, ортопед), лікар функціональної діагностики, працетерапевт. Цими фахівцями спільно визначається реабілітаційний діагноз і, відповідно, реабілітаційний потенціал кожного конкретного хворого, складається план його лікування й оцінюються досягнуті результати. В бригаду входить також соціальний працівник, що здійснює контакти з органами соціального захисту, і по можливості вирішує задачі раціонального працевлаштування або профорієнтації хворого.

Послідовність реабілітаційних заходів може бути схематично представлена в такий спосіб (див. Рис. 3).

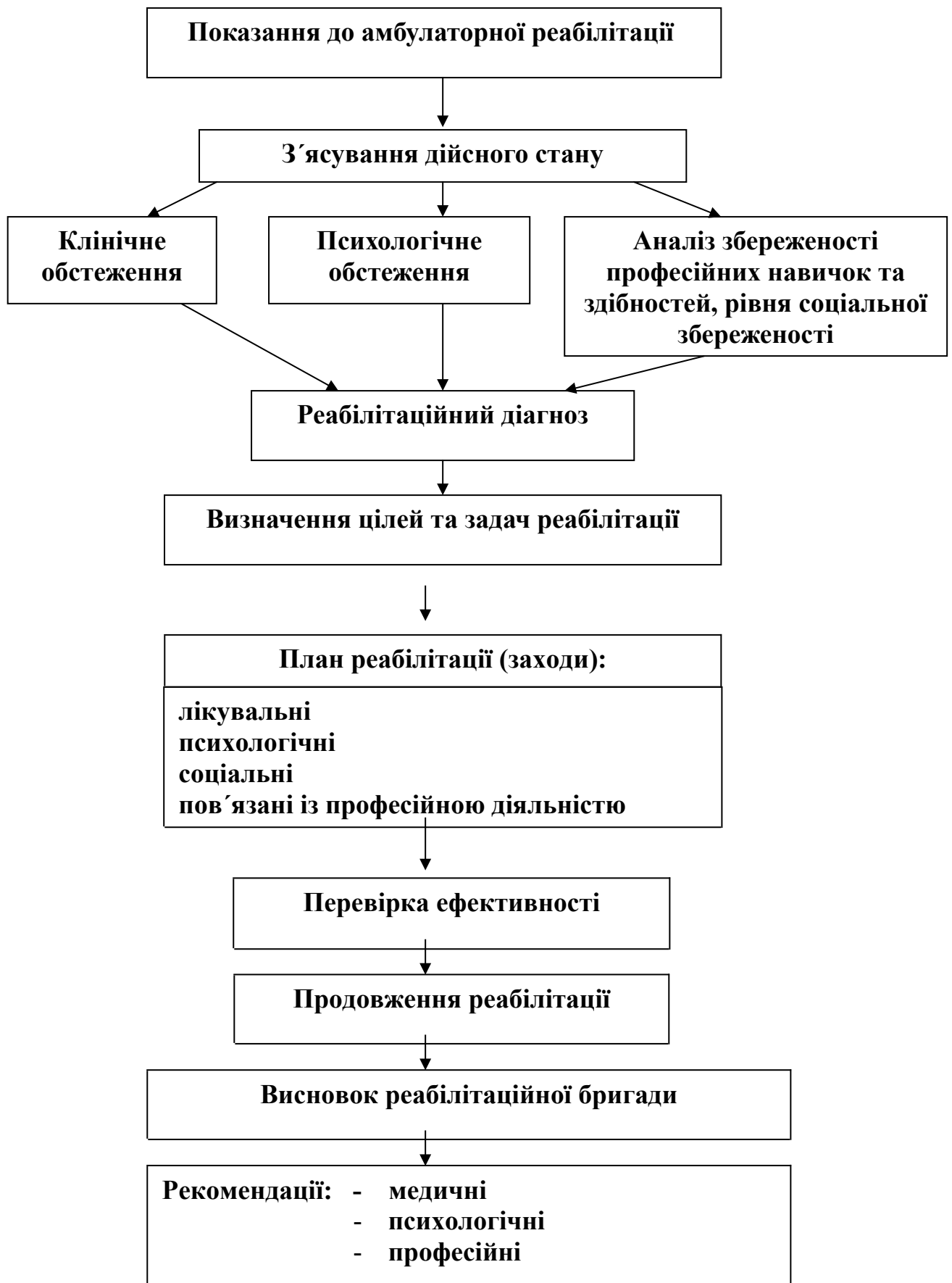


Рис. 3. Послідовність реабілітаційних заходів (за Беловою А.Н., Григор'євою В.Н., 1997)

Оскільки амбулаторна реабілітація передбачає призначення широкого арсеналу лікувальних і діагностичних заходів, пацієнтам приходится витратити на реабілітаційні процедури багато сил і часу. Тому як у відділенні, так і в центрі реабілітації доцільне виділення місця для денного стаціонару, наявність якого дозволяє розширити обсяг заходів, що проводиться, і їхню тривалість протягом дня, забезпечити повноцінний відпочинок хворим між процедурами, приймати на амбулаторну реабілітацію більш важкі контингенти хворих.

Для районного відділення реабілітації досить 4-6-ти ліжок, для міського центра кількість ліжок денного стаціонару повинне бути трохи більшим.

Амбулаторні реабілітаційні відділення і центри можуть істотно відрізнятись один від одного за своєю матеріально-технічною оснащеністю, наявністю відповідних фахівців. Відповідно і можливості реабілітаційних установ в плані організації контролю за відновним лікуванням різні.

Нижче наводиться схема заходів щодо оцінки стану хворих в залежності від потужності реабілітаційної установи (Табл. 1).

У схемі представлені лише ті методики, що дозволяють кількісно оцінювати отримані результати і використовуються для об'єктивізації стану хворого в динаміці відновного лікування (при цьому, безумовно, ні в якому разі не виключається призначення загальноприйнятих методів дослідження при необхідності уточнення клінічного діагнозу – таких, як *електрокардіографія, рентгенографія, реоенцефалографія* і т.д.).

I рівень потужності відповідає тим відділенням відновного лікування, у яких немає можливості виділення ставок лікарів функціональної діагностики і психологів, створення спеціальних лабораторій кабінетів обстеження. У цьому випадку доцільне застосування методик, що не вимагають складного устаткування, що не займають великої кількості часу і виконуються лікуючим лікарем-реабітологом. До таких методик відносяться системи бальних оцінок окремих неврологічних симптомів і рівня життєдіяльності в цілому, біомеханічне дослідження елементарних рухових функцій, короткі психологічні опитувальники типу "САН".

Таблиця 1. Схема заходів динамічної оцінки стану хворих в процесі відновного лікування (за Беловою А.Н., Григор'євою В.Н., 1997)

Потужність	Види обстеження	Методики обстеження	Ким проводяться обстеження
I	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за скороченою програмою	Лікуючий лікар
	Психологічне	Тест САН за скороченою методикою	Лікуючий лікар
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Лікуючий лікар
II	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за повною програмою	Лікар або лаборант функціональної діагностики
	Психологічне	Тест САН за повною методикою, тест Спілбергера, шкала депресії Т.І. Балашової	Психолог
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Лікуючий лікар або соціолог
III	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за повною програмою, тепlobачення, ЕМГ, РЕГ, РВГ	Лікар функціональної діагностики
	Психологічне; за показами – нейропсихологічне	Шкали тривоги и депресії, ММРІ тощо, коректурні проби, таблиці Шульте, Крепеліна, кубики Кооса, дослідження мовлення, праксіса, гнозіса тощо.	Психолог Лікар-нейропсихолог
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Соціолог

II рівень потужності реабілітаційного відділення або центра передбачає наявність ставок лаборанта функціональної діагностики, фахівця-психолога. Це дозволяє здійснювати розширене біомеханічне обстеження, проводити більш детальне психологічне тестування з метою виявлення особистісних змін, що відбулися в зв'язку з хворобою.

III рівень потужності (реабілітаційний центр) характеризується наявністю лікарських ставок функціональних діагностів, психологів і нейропсихолога, соціального працівника, що уможлиблює проведення в динаміці складних інструментальних методів обстеження, дослідження стану вищих коркових функцій, докладний соціологічний аналіз життєдіяльності, катамнестичне вивчення динаміки якості життя і трудового маршруту хворих.

Таким чином, при створенні амбулаторної служби реабілітації необхідно керуватися знанням показань до спеціалізованого відновного лікування хворих і конкретних цифр потреби в ньому, бути знайомим із принципами проведення реабілітаційних заходів і критеріями їхньої ефективності; тільки при дотриманні цих умов можна очікувати, що витрати на організацію реабілітаційної установи себе виправдають.

Державні органи виконавчої влади з урахуванням регіональних і територіальних потреб створюють *мережу реабілітаційних установ* і забезпечують розвиток системи *медичної, професійної і соціальної реабілітації* інвалідів, організовують виробництво технічних засобів реабілітації, проведення заходів із забезпечення інвалідів іншими засобами реабілітації, розвиток послуг для інвалідів, сприяють розвитку недержавних реабілітаційних установ, а також фондів різних форм власності і взаємодіють з ними в здійсненні реабілітації інвалідів.

Розділ 5

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Визначення термінів

Медична реабілітація – система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання.

Фізична реабілітація – система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану.

Мета медичної реабілітації полягає в усуненні або ослабленні наслідків хвороби, травми або каліцтва до повного або часткового відновлення чи компенсації порушень у психічному, фізіологічному і анатомічному стані хворого.

Загальні показання до медичної реабілітації представлені в доповіді Комітету експертів ВООЗ по профілактиці інвалідності та реабілітації (ВООЗ, Женева, 1983). До них належать:

- 1) значне зниження функціональних можливостей;
- 2) зниження здатності до навчання;
- 3) особлива вразливість до впливів навколишнього середовища;
- 4) порушення соціальних відносин;
- 5) порушення трудових відносин.

Основні напрями медичної реабілітації:

- рання діагностика хвороби (травми);
- своєчасна госпіталізація;
- повноцінне лабораторно-інструментальне обстеження;
- раннє комплексне лікування (режим, дієта, медикаменти і ін.);
- контроль за динамікою хворобливого процесу і ефективністю лікування;
- визначення прогнозу перебігу хвороби;
- диспансерний нагляд за хворими після виписки із стаціонару з проведенням лікувально-профілактичних і оздоровчих заходів.

Діюча у нашій державі ***система медичної реабілітації*** складається з наступних *етапів*:

- клініко-експертна і реабілітаційна діагностика;
- розробка на підставі діагностичного етапу програм медичної реабілітації;
- подальша реалізація цих програм;
- динамічний контроль за проведенням реабілітації, при необхідності коректування реабілітаційних заходів;
- аналіз ефективності реабілітації на її кінцевому етапі [48].

Система медичної реабілітації хворих і інвалідів включає:

— створення в амбулаторно-поліклінічній ланці ряду кабінетів відновного лікування (фізіотерапії, психотерапії; лікувальної фізкультури і ін.), з'єднаних в єдиний комплекс відділень відновного лікування. Організація при них груп здоров'я, які, окрім реабілітаційного, мають і профілактичне призначення;

— створення у стаціонарній ланці як самостійних реабілітаційних відділень, так і спеціалізованих лікарень відновного лікування для реабілітації певних контингентів хворих (наприклад, організовані в повоєнні роки госпіталі для відновного лікування поранених і інвалідів Великої Вітчизняної війни; в системі поетапної реабілітації осіб, що перенесли інфаркт міокарду, 24-денне лікування в спеціально створених для цієї мети санаторіях;

— широка мережа будинків відпочинку, санаторіїв, у тому числі спеціалізованих;

— створення профільних спеціалізованих центрів реабілітації (державні, обласні, міські тощо), головним чином на базі головних (по проблемі) науково-дослідних інститутів.

Медична реабілітація *включає* всі види відновного лікування у стаціонарних, амбулаторних і санаторно-курортних умовах, диспансерне спостереження, профілактичні заходи, а також реконструктивну хірургію, протезування та ортезування (ст. 33 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні).

До комплексу **відновної терапії** входять:

- *медикаментозне лікування;*
- *апаратна фізіотерапія (електролікування, світлолікування, лікування ультразвуком; грязелікування; лазеротерапія, баротерапія, оксигенотерапія, інгаляційна терапія, теплолікування);*
- *водолікування;*
- *кліматотерапія;*
- *лікувальна фізкультура (ЛФК); ранкова гігієнічна гімнастика; теренкур туризм, спортивні вправи та ігри;*
- *механотерапія;*
- *лікувальний масаж;*
- *ерго- та кінезітерапія;*
- *психотерапія та психологічна корекція (її різні методи стоять на стику медичної і психологічної реабілітації).*
- *дієтотерапія;*
- *нетрадиційні і народні методи лікування (акупунктура, гомеопатія, мануальна терапія, фітотерапія та ін.);*
- *корекція мовлення (логопедичні послуги);*
- *працетерапія;*
- *реабілітаційний режим.*

До **оперативного відновного лікування** належать реконструктивно-відновні та пластичні операції. *Реконструктивна хірургія* – це оперативне відновлення втраченої або деформованої в результаті травми або з народження частини організму людини не тільки в анатомічному, але і в функціональному відношенні.

Виробами медичного призначення для здійснення медичної реабілітації є прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імплантанти, приладдя, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та

профілактики захворювань, забезпечення життєдіяльності. До них можна віднести:

- ендопротези;
- апарати для діалізу крові;
- апарати для діалізу очеревини;
- велотренажери;
- велоергометри;
- кардіостимулятори;
- засоби для тренування сприйняття;
- засоби для тренування статодинамічних функцій і вестибулярного апарату;
- пристрої для ведення їжі через стому;
- гіперокуляри;
- протези очей;
- протези зубів, щелеп;
- слухові апарати;
- голосоутворювальні апарати;
- тест-смужки;
- шприць-ручки для введення інсуліна;
- сечо- та калоприймачі.

Протезно-ортопедична допомога — спеціалізований вид медико-технічної допомоги, що включає комплекс відновного, консервативного та хірургічного лікування, постачання хворих та інвалідів протезно-ортопедичними виробами і навчання користуванню ними.

До протезно-ортопедичних виробів належать протези, ортези і ортопедичне взуття.

Протези — пристрої, що заміщають відсутню частину кінцівки або іншої частини тіла та служать для заповнення анатомічного і функціонального дефекту — косметичні і функціональні протези, у тому числі протези верхніх і нижніх кінцівок, очні та слухові протези, протези молочної залози тощо.

Ортези — пристрої, що одягають на сегмент опорно-рухового апарату для поліпшення його функції, розвантаження і відновлення порушених функцій — тугор, бандаж, корсет, шина, реклінатор, обтуратор тощо.

Ортопедичне взуття — спеціальне взуття, призначене для корекції анатомічних і функціональних порушень нижніх кінцівок).

Медична реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів **здійснюється** в:

- лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ);
- реабілітаційних установах відповідного типу;
- на завершальних етапах медичної реабілітації важливе значення у хворих із різними формами захворювань має *санаторно-курортне лікування*, що передбачає лікування хворих здебільшого природними чинниками навколишнього середовища (перелік закладів медичної реабілітації – див. Додаток).

За даними експертів ВООЗ у 87,0% хворих реабілітація закінчується на етапі відновного лікування із застосуванням засобів медичної реабілітації.

При виникненні у хворих дефекту здоров'я в результаті захворювання або травми, у тому числі при переході захворювання в хронічну стадію, *медико-соціальні експертні комісії* (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – для неповнолітніх) складають відповідний розділ *індивідуальної програми реабілітації інваліда*. В ній визначаються конкретні обсяги, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів.

ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. Принцип комплексності медичної реабілітації одержав втілення у використуванні різних методів її проведення. Частина методів медичної реабілітації належить до традиційних лікувальних, деякі є специфічними для медичної реабілітації; крім того, використовуються і немедичні методи.

2. Етапність медичної реабілітації полягає у виділенні *трьох етапів* її організації:

- Стаціонарний.
- Амбулаторно-поліклінічний.
- Санаторно-курортний.

В сучасних умовах розвиваються етапи медичної реабілітації за типом *денного стаціонару, стаціонару вдома*.

3. Реалізація принципів раннього початку і безперервності медичної реабілітації обумовлює виділення її **фаз**:

- Фаза *ранньої реабілітації*.

- Фаза *реабілітації хворого*.
- Фаза *реабілітації інваліда*.

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала наступну класифікацію *фаз медичної реабілітації*:

- 1) *лікарняна фаза*, що починається з моменту вступу хворого (інваліда) в стаціонар;
- 2) *фаза одужання* (реабілітаційні заходи виконуються в центрах реабілітації, поліклініках, санаторіях);
- 3) *фаза підтримуюча*, яка триває все життя і проводиться при тривалому диспансерному нагляді.

У рамках кожної з цих фаз розв'язуються в тому або іншому об'ємі задачі кожного виду реабілітації. Ефективність всієї системи реабілітації хворих визначається тим, наскільки успішно розв'язуватимуться задачі кожної з фаз реабілітації. При цьому від того, які задачі ставляться перед кожною з фаз реабілітації, залежать тривалість фази і її організаційна структура.

Метою лікарняної (стаціонарної) фази реабілітації є відновлення фізичного і психологічного стану здоров'я настільки, щоб хворий був підготовлений до проведення другої фази реабілітації.

По завершенню цієї фази реабілітації хворий виявляється підготовленим до виконання програми фази реабілітації — *фази одужання*. Виконання цієї програми оптимально здійснювати в спеціалізованих реабілітаційних відділеннях місцевих санаторіїв, що є по своїх задачах і оснащеності заміськими реабілітаційними центрами. Ця фаза реабілітації є, по суті, рубежем між періодом, коли людина перебуває в статусі хворого, і поверненням її в сім'ю, до активної діяльності. *Основна мета другої фази реабілітації* — підготувати хворого до активного життя — поверненню в сім'ю, до раціональної перебудови життєвого устрою, зміні деяких звичок, до систематичного проведення профілактичних заходів, включаючи вторинну профілактику. Задачі фізичного, фізіологічного і інших аспектів реабілітації вирішуються в цій фазі на новому, в порівнянні з лікарняним етапом, рівні.

Після закінчення фази одужання хворий вступає в *третю (підтримуючу) фазу* реабілітації, *метою* якої є підтримка досягнутого рівня фізичної працездатності з деяким її збільшенням у ряду хворих, завершення психологічної реабілітації вже в умовах відновлення його соціального життя і попередження

прогресування захворювання. Рішення всіх задач третьої фази реабілітації можливе тільки при відпрацюванні організаційної структури її в умовах районної поліклініки.

У другій і третій фазах реабілітації слід енергійно проводити заходи вторинної профілактики, яка включає боротьбу з первинними чинниками ризику, що грають роль у виникненні даного захворювання. Основна задача вторинної профілактики – попередження прогресування захворювання, його рецидивів і розвитку ускладнень. Складовими частинами вторинної профілактики є: лікувальна фізкультура, лікувальне харчування, фізіотерапевтичні процедури, медикаментозне лікування і ін.

Існують такі *варіанти медичної реабілітації*:

1. **Курсова** – проводиться при наслідках захворювання або травми, що виникають одночасно, якщо медична реабілітація є обмеженим у часі процесом. Тривалість курсу – від декількох тижнів та місяців до 1-1,5 року, поки не буде досягнуто оптимально можливе функціональне, соціально-побутове і професійне відновлення.

2. **Безперервна** – проводиться при хронічних захворюваннях.

Інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються *медичним патронажем* (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності медичний патронаж здійснюють виїзні *реабілітаційні бригади*. До складу бригад можуть входити методист ЛФК, масажист, психолог, логопед, спеціаліст з працетерапії, ерготерапії, соціальний працівник тощо.

Для родичів інвалідів, дітей-інвалідів організовується спеціальна підготовка при реабілітаційних відділеннях лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання, де під керівництвом лікарів, масажистів, методистів з лікувальної фізкультури, спеціалістів з працетерапії, дієтотерапії та ін. вони вчать навичкам догляду за хворим і елементам відновного лікування на дому.

Медичну реабілітацію на регіональному рівні *проводять за рахунок* бюджетних коштів, що виділені на охорону здоров'я області, цільових страхових фондів, залучених коштів. Державні структури повинні субсидувати наукові дослідження по створенню нових вискоєфективних реабілітаційних програм,

матеріально-технічну базу, що забезпечує проведення реабілітаційних заходів, систему нагляду.

Велике значення має медична реабілітація для хворих і інвалідів *внаслідок професійних захворювань*. Вона включає лікування в реабілітаційних центрах і відділеннях; лікувально-профілактичних установах, оздоровлення в санаторіях-профілакторіях, профілактичне лікування на виробництві і дієтичне харчування.

Організація медичного обслуговування в реабілітаційних установах

Заклади охорони здоров'я проводять медичний огляд інвалідів, дітей-інвалідів, які проходять реабілітацію, моніторинг і корекцію стану здоров'я, здійснення лікувально-профілактичних заходів.

Інвалідам, дітям-інвалідам, які проходять реабілітацію в реабілітаційних установах державної і комунальної форм власності, надається безоплатне медичне обслуговування.

Контроль за станом здоров'я інвалідів, дітей-інвалідів, які проходять реабілітацію, покладається на органи охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування реабілітаційних установ, їх типу і форми власності.

Порядок організації і перелік медичних послуг, що надаються реабілітаційними установами державної і комунальної форм власності, встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Таким чином, своєчасне і повноцінне лікування має вирішальне значення в ефективності реабілітаційних заходів.

Отже, лікування і реабілітація — це нерозривні частини єдиного процесу. Існує невірне положення, згідно з яким реабілітацію інколи називають третьою фазою лікування. Йдеться про те, що реабілітація слідує після гострої фази хвороби і фази одужання. Це положення невірне, оскільки реабілітаційні заходи слід починати якомога раніше, зрозуміло, з урахуванням стану хворого.

Отже, медичні заходи (медична реабілітація) об'єднують лікувальні заходи, направлені на відновлення здоров'я. Їх слід починати негайно після виявлення захворювання і проводити комплексно з використанням всіх засобів, що сприяють розвитку компенсаторних процесів і пристосувальних реакцій організму. Медичні заходи в більшості випадків проводяться на всіх етапах реабілітації і нерідко надовго зберігаються в плані диспансерного обслуговування.

Розділ 6

ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Визначення термінів

Професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадaptaції, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи.

Трудова реабілітація – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць.

Професія – рід трудової діяльності, занять людини, що володіє комплексом спеціальних знань, умінь і навиків, одержаних шляхом освіти, навчання. Основною професією слід рахувати виконувану роботу найвищої кваліфікації або роботу, виконувану більш довгий час.

Спеціальність – вид професійної діяльності, вдосконаленої шляхом спеціальної підготовки; певна область праці, знання.

Кваліфікація – рівень підготовленості, майстерності, ступінь придатності до виконання праці по певній спеціальності або посаді, визначуваний розрядом, класом, званням та іншими кваліфікаційними категоріями.

Професійна орієнтація - науково обґрунтована система форм, методів, засобів впливу на особу для сприяння її професійному самовизначенню на основі врахування стану здоров'я, освітнього і професійно-кваліфікаційного рівнів, інтересів, здібностей, індивідуальних, психофізіологічних особливостей та потреб галузей економіки.

Професійний відбір - науково обґрунтована система визначення ступеня придатності особи до конкретної професії, спеціальності (робочого місця, посади) відповідно до встановлених законодавством нормативних вимог.

Професійна адаптація - система заходів, спрямованих на забезпечення успішного професійного становлення працюючої особи, формування в неї професійних якостей, установок, потреб активно і творчо працювати.

Раціональне працевлаштування — це система і процес організації і правової регламентації трудової діяльності інвалідів, направлений на забезпечення умов для ефективної реалізації їх професійних здібностей. Раціональне працевлаштування означає адекватність умов змісту праці психофізіологічним особливостям інваліда і соціально-економічну рівноцінність рекомендованої йому раніше виконуваної професійної діяльності.

Спеціально створені умови трудової, побутової і суспільної діяльності – специфічні санітарно-гігієнічні, організаційні, технічні, технологічні, правові, економічні, мікросоціальні чинники, що дозволяють інваліду здійснювати трудову, побутову і суспільну діяльність відповідно до його реабілітаційного потенціалу.

Робоче місце інваліда – місце або виробнича ділянка постійного або тимчасового знаходження особи у процесі трудової діяльності на підприємствах, в установах і організаціях.

Спеціальне робоче місце інваліда – окреме робоче місце або ділянка виробничої площі, яка потребує додаткових заходів з організації праці особи з урахуванням її індивідуальних функціональних можливостей, обумовлених інвалідністю, шляхом пристосування основного і додаткового устаткування, технічного обладнання тощо.

Працетерапія — активний метод відновлення порушених функцій і працездатності у хворих за допомогою повноцінної і розумної роботи зі створення суспільно-корисного продукту.

Професійна реабілітація інвалідів — це процес і система відновлення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці.

Вона передбачає:

- навчання або перенавчання доступним формам праці;
- відновлення знижених або втрачених професійних функцій,
- відбір професії та адаптацію до неї інваліда, дитини-інваліда;
- поновлення трудової діяльності інваліда в колишній або в новій професії;
- забезпечення необхідними індивідуальними технічними пристосуваннями для полегшення користування робочим інструментом;

- пристосування робочого місця до функціональних можливостей інваліда на його колишньому підприємстві;
- організацію спеціальних цехів і підприємств для інвалідів з полегшеними умовами праці і скороченим робочим днем;

Необхідність *працевлаштування* інвалідів має велике значення, оскільки тривала бездіяльність розслабляє людину, викликає стан детренованості. Робота ж піднімає життєвий тонус, будучи природним стимулом, що благотворно впливає на процес реабілітації інваліда.

М.С.Лебедінський і В.Н.Мясищев (1966) виділяють декілька сторін лікувальної дії праці:

- стимуляція життєвих процесів і підвищення опірності організму;
- відмова від хворобливих переживань;
- зміцнення інтелектуально-вольових якостей відповідно до умов і вимог реальності;
- підвищення психічного тону інваліда (хворого);
- звільнення його від почуття своєї неповноцінності і збитковості;
- відновлення зв'язку інваліда (хворого) з колективом.

Працетерапія — важливий чинник в системі реабілітаційних заходів. Адже часто через соматичні і психічні розлади людина надовго відривається від улюбленої роботи і колективу, починає забувати раніше придбані трудові навички. При хронічних захворюваннях саме неробство, відрив від систематичної роботи є головними чинниками, які викликають інертність, байдужість, пасивність, відхід від друзів. Не випадково Цельє говорив, що *«неробство прискорює настання старості, праця продовжує нашу молодість»*. Задачею і метою працетерапії є не дати хворому (інваліду) можливість впасти в неробство, відновити його активне відношення до праці і знову створити стереотипи трудової діяльності, що починають втрачатися, з їх комплексом соціальних зв'язків. Цілеспрямована робота в колективі допомагає знайти зворотний шлях в колектив і суспільство. Великий педагог К.Д.Ушинський писав: *«Матеріальні плоди праці складають людське надбання, але тільки внутрішня, духовна, життєдайна сила праці служить джерелом людської гідності, а разом з тим і моральності, і щастя»*.

Види трудової терапії:

1. *Функціональна* – направлена на відновлення порушених функцій організму в зв'язку з хворобою;
2. *Виробнича* – готує хворого (інваліда) до трудової діяльності і допомагає відновити його професійні можливості.

Спочатку реабілітація ототожнювалася з відновленням *працездатності*, яка, у свою чергу, є *критерієм ефективності реабілітації*. Але професійний аспект реабілітації ширше. Це не просто відновлення втраченої працездатності, але і подальша профілактика можливого її зниження, відновлення професійної діяльності.

Успішне відновлення і збереження працездатності є похідним багатьох чинників:

- правильної експертизи працездатності;
- систематичної вторинної профілактики;
- виконання програми, направленої на підвищення фізичної і психічної толерантності хворих (інвалідів).

У докладі експертів ВООЗ зазначається, що *«метою відновлення працездатності є не тільки прагнення повернути хворого до колишнього стану, але і розвинути його фізичні і психічні функції до оптимального рівня. Це означає повернути хворому самотійність в повсякденному житті, повернути його до колишньої роботи або, якщо це можливо, підготувати хворого до виконання іншої роботи з повним робочим днем, відповідним його фізичним можливостям, або підготувати до роботи з неповним робочим днем або до роботи в спеціальній установі для інвалідів»*.

У рішенні цих найважливіших задач беруть участь не тільки клініцисти, але і фахівці суміжних областей:

- професійної гігієни;
- фізіології і психології праці;
- ергономіки;
- трудового навчання і виховання;
- трудового законодавства тощо.

Таким чином, в рішенні задач професійної реабілітації необхідний комплексний підхід і співдружність різних фахівців, серед яких провідними повинні бути клініцисти.

Професійна реабілітація повинна починатися якомога раніше (вже на етапі медичної реабілітації) і проводитися паралельно з медичними, психологічними і іншими реабілітаційними заходами.

Задачі медико-професійної реабілітації:

1. Порівняльна оцінка професійно значущих і дефектних функцій
2. Проведення експертизи профпридатності, а за відсутності професії – профорієнтація.

3. Проведення роботи по професійній інформованості.
4. У профпридатних – підбір нових професій.
5. Тренування професійно значущих функцій пацієнтів за допомогою різних фізичних засобів, у тому числі – з використанням цілеспрямованої трудової терапії або стендових моделей трудових процесів.

Програма професійної реабілітації включає наступні заходи і послуги:

- експертиза потенційних професійних здібностей;
- професійна орієнтація;
- професійна підготовка, навчання;
- підготовка робочого місця, створення спеціального робочого місця інваліда;
- професійно-виробнича адаптація;
- забезпечення зайнятості інвалідів, сприяння їх раціональному працевлаштуванню;
- динамічний контроль за раціональністю працевлаштування і успішністю професійно-виробничої адаптації.

Професійна реабілітація (професійний відбір, професійна орієнтація, професійна освіта, професійна підготовка, перепідготовка, перекваліфікація, раціональне працевлаштування) *спрямовується* на забезпечення конкурентоспроможності інваліда на ринку праці і його трудового влаштування як у звичайних виробничих умовах, так і у спеціально створених умовах праці.

Професійний розділ реабілітації інвалідів *починається з медико-соціальної експертизи*, в задачі якої входить:

- визначення реабілітаційного потенціалу;
- проведення професійної орієнтації;
- визначення рекомендацій по професійному навчанню і перенавчанню;
- розробка індивідуальної програми реабілітації (ІПР) інваліда.

Ще до отримання певних виробничих навиків або перекваліфікації інвалід (хворий) повинен бути професійно орієнтований в основних спеціальностях і знати *вимоги до обраної їм професії*.

Вимоги по підбору професій:

- 1) професія повинна бути нешкідливою і безпечною для інваліда, не усугубляти тяжкість його загального стану інваліда;
- 2) сприяти найбільшим проявам здібностей інваліда;
- 3) забезпечити інваліду максимальне задоволення;

4) дотримувати принцип відповідності фізичної працездатності інваліда рівню енерговитрат при даній професійній діяльності.

Аспекти професійного підбору:

- 1) медичний
- 2) психофізіологічний
- 3) психологічний
- 4) технічний
- 5) соціальний
- 6) соціально-економічний

Варіанти професійної реабілітації:

- *адаптація* реабілітанта на колишньому робочому місці;
- *реадаптація* — робота на новому робочому місці із зміненими умовами праці, але на тому ж підприємстві;
- робота *на новому місці відповідно до набутої нової кваліфікації*, яка є близькою до колишньої спеціальності, але відрізняється зниженим навантаженням;
- при неможливості реалізації вищевикладених пунктів — *повна перекваліфікація* з подальшим працевлаштуванням на тому ж підприємстві;
- *перекваліфікація в реабілітаційному центрі* з підшукуванням роботи по новій спеціальності.

Професійна реабілітація завершується *раціональним працевлаштуванням інвалідів*.

Можна виділити такі ***етапи*** в раціональному працевлаштуванні інвалідів:

1. Перший етап — правильна професійна орієнтація і психологічна підготовка хворого до роботи в інших умовах. Дуже важливо, щоб лікарі-експерти МСЕК роз'яснили цілі переведення хворого на інвалідність і значення своєчасного придбання професії.

2. Другий етап — формування трудових рекомендацій. При визначенні показань до раціонального працевлаштування необхідно дотримуватися головного принципу — відповідність клінічного статусу і функціональних можливостей інваліда вимогам, що пред'являються до нього характером і умовами праці. Провідними *критеріями* є тяжкість, особливість перебігу і прогноз захворювання. При цьому необхідно враховувати також і *соціальні чинники*: рівень освіти, професійні знання і навички, трудову установку, особові особливості хворого, можливість отримання нової кваліфікації або професії шляхом навчання і перенавчання.

При визначенні показаних і протипоказаних видів діяльності (професій) для інвалідів необхідно керуватися такими поняттями, як *абсолютні* і *відносні медичні* і *технічні протипоказання* до продовження роботи:

1) **Абсолютні медичні протипоказання** — це такі протипоказання, які при продовженні професійної діяльності неминуче приведуть до прогресування або загострення наявного захворювання. Наприклад, при силікозі протипоказана робота у контакті з аерозолями фіброгенної дії. Хворий на силікоз повинен бути усунений від такої роботи, навіть якщо він може справлятися з своїми обов'язками, виконувати виробничий план і забезпечувати належну якість продукції;

2) **Абсолютні технічні протипоказання** встановлюються при таких станах, коли хворий у зв'язку з порушенням функцій організму не здатний виконувати основні вимоги виробничого процесу або може порушити його. Наприклад, при кохлеарному невриті, нейросенсорній приглухуватості III-IV ступеня льотчик буде визнаний непридатним до роботи в своїй професії, хоча саме захворювання далі прогресувати не може;

До *відносних протипоказань* як *медичних*, так і *технічних* відносяться такі, при яких продовження роботи може погіршити стан здоров'я або сприяти зниженню продуктивності праці, при цьому погіршення здоров'я може наступити в далекому майбутньому. Експертний підхід в цих випадках різний. Хворі з абсолютними протипоказаннями повинні прямувати на МСЕ, а з відносними — обмежуватися в праці за висновком ЛКК лікувально-профілактичних закладів. В кожній лікувальній установі повинні функціонувати реабілітаційні комісії.

Загальні характеристики показаних умов праці для працевлаштування інвалідів внаслідок профзахворювань включають *оптимальні* і *допустимі* санітарно-гігієнічні умови виробничого середовища за фізичними, хімічними і біологічними чинниками [42]:

- робота з *незначним* або *помірним* фізичним, динамічним і статичним навантаженням, в окремих випадках з *вираженим фізичним* навантаженням;
- робота переважно у вільній позі, сидячи, з можливістю зміни положення тіла; в окремих випадках – стоячи або з можливістю ходьби;
- робоче місце, що відповідає ергономічним вимогам;
- робота, переважно не пов'язана із значними переміщеннями (ходьбою);
- робота переважно в одну денну зміну;

➤ робота; що характеризується *незначним, помірним*, в окремих випадках — *вираженим інтелектуальним, сенсорно-емоційним навантаженням*, без ризику для життя і відповідальності за безпеку інших людей;

➤ робота без вираженої монотонності навантажень.

Найважливішими критеріями для визначення можливості працевлаштування інвалідів є облік шкідливості і небезпеки чинників виробничого середовища, ступеня фізичної тяжкості і нервової напруженості і т.д., які обумовлюють протипоказаність тих або інших професій, умов праці.

До них відносяться:

➤ *шкідливі і небезпечні* умови праці, в окремих випадках допускається використання праці інвалідів в умовах вираженого фізичного, інтелектуального або сенсорно-емоційного навантаження;

➤ дія підвищених рівнів шуму, вібрації, електромагнітних полів, несприятливого мікроклімату і інших небезпечних і шкідливих фізичних чинників, токсичних речовин;

➤ значні постійні фізичні динамічні і статичні навантаження при підйомі, переміщенні і утриманні вантажів; в окремих випадках допускається значне фізичне динамічне і статичне навантаження;

➤ робота переважно у вимушених позах, стоячи, без зміни робочого положення тіла, тривала ходьба;

➤ регламентований (заданий) темп роботи;

➤ виражена монотонність праці;

➤ значно виражені інтелектуальні і емоційні навантаження, в окремих випадках допускається значно виражене нервово-психічне навантаження;

➤ робота в екстремальних умовах; на висоті, з підвищеним ризиком для життя.

Таким чином, трудова рекомендація повинна містити наступні *моменти*:

1) зазначення протипоказаних умов праці, неможливість продовження роботи в основній професії;

2) зазначення доступних умов і характеру праці, режиму обмеження праці;

3) перелік показаних видів праці і професій.

Від того, наскільки професійно грамотно і якісно будуть сформульовані трудові рекомендації, настільки реальним буде раціональне працевлаштування хворого на профзахворювання і його реабілітація.

3. *Третій етап* — за допомогою представників працедавця на виїзному засіданні або в центрі МСЕ виявляються конкретні можливості для раціонального працевлаштування інваліда в рівноцінній або близькій по кваліфікації професії, а також можливості перенавчання його рівної або більш кваліфікованої.

4. *Четвертий етап* — перевірка практичного працевлаштування інваліда в порядку контролю і при повторному огляді.

У хворих і інвалідів внаслідок профзахворювань професійна реабілітація повинна бути основною (крім заходів медичної реабілітації).

Обтяження груп інвалідності при повторних оглядах в більшості випадків обумовлене супутньою загальною (віковою) патологією із стійким вираженим розладом функцій організму і у меншій мірі — обтяженням професійної патології: збільшенням частоти загострень захворювань, вираженістю функціональних розладів, виявленням ускладнень.

Професійна орієнтація інвалідів у працездатному віці, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до *індивідуальної програми реабілітації інваліда* для підвищення їх конкурентоспроможності на ринку праці, визначення можливостей до професійної підготовки, перепідготовки і наступного працевлаштування (ст. 38 Закону Про реабілітацію інвалідів в Україні).

Послуги з професійної орієнтації *дітям-інвалідам* надають спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати), загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати) за участю, у разі необхідності, центрів соціальних служб для молоді, реабілітаційних установ.

Професійну орієнтацію *інвалідів у працездатному віці*, які мають бажання працювати і зареєстровані у державній службі зайнятості, може здійснювати державна служба зайнятості.

Держава гарантує інвалідам право на безоплатне отримання професійної освіти і пов'язане з цим обслуговування відповідно до *індивідуальної програми реабілітації інваліда*.

Інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які потребують спеціальних умов для одержання професійної освіти, за своїм бажанням можуть навчатися в спеціальних навчальних закладах чи в навчальних закладах загального типу, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами та у разі необхідності - за навчальними програмами,

адаптованими для навчання осіб, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку.

У разі неможливості здійснювати професійну освіту інвалідів, дітей-інвалідів у загальних і спеціальних навчальних закладах їх навчання організовується (за їх згодою або за згодою їх законних представників) вдома за індивідуальними навчальними планами, якщо ця форма допускається змістом професійного навчання за визначеною спеціальністю.

Професійна підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікації інвалідів, зареєстрованих у державній службі зайнятості, може здійснюватися державною службою зайнятості і підприємствами, установами, закладами, з якими державною службою зайнятості укладені договори.

Професійна реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації інвалідів та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за ними.

Трудова реабілітація передбачає тренування відновленої моторної здатності з використанням засобів реабілітації з метою створення інваліду, дитини-інваліду умов для праці по можливості в звичайному виробничому середовищі за допомогою індивідуальних заходів (ст. 39 Закону Про реабілітацію інвалідів).

Індивідуальні заходи, що розробляються з урахуванням здібностей і бажань інваліда, дитини-інваліда, повинні *передбачати*:

- створення умов для отримання найвищої можливої професійної кваліфікації;
- працевлаштування (професійну освіту, професійні підготовку, перепідготовку, перекваліфікацію), при якому інвалідність якнайменше заважатиме виконанню професійних обов'язків;
- пристосування робочого місця (місця навчання) з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда;
- використання спеціальних пристосувань та/або одягу, необхідного у зв'язку з характером інвалідності.

Трудова реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до їх індивідуальних програм реабілітації та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за ними.

Розділ 7

СОЦІАЛЬНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Кінцевою *метою* будь-яких реабілітаційних програм є відновлення особистісного і соціального статусу хворого (інваліда). Для досягнення цієї мети необхідний *комплексний інтегральний підхід* до хворої людини (інваліда) із врахуванням не тільки *клініко-біологічних закономірностей хвороби*, але і *психосоціальних чинників*, особливостей оточуючого середовища.

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Визначення термінів

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов на повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування задоволення потреб у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Соціальна недостатність – соціальні наслідки порушення здоров'я, що призводять до обмеження життєдіяльності людини і необхідності її соціального захисту або допомоги.

Соціальна допомога – система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування і спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо.

Соціальний захист – система гарантованих державою постійних і (або) довготривалих економічних, соціальних і правових заходів, що забезпечують інвалідам умови для подолання, заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності і спрямованих на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства.

Соціальна підтримка – одноразові або епізодичні заходи короткочасного характеру за відсутності ознак соціальної недостатності.

Абілітація – система заходів, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

Соціальна реабілітація передбачає:

- соціально-середовищну;
- соціально-побутову адаптацію;
- соціально-педагогічну реабілітацію;
- соціально-психологічну;
- соціокультурну реабілітацію;
- консультацію психолога.

Соціальний аспект реабілітації — це частина єдиного цілого, яким є комплексний процес реабілітації, і його слід, звичайно, розглядати у взаємодії з іншими аспектами реабілітації. Медична, професійна і технічна реабілітація, разом узяті, забезпечують соціальну реабілітацію хворого (інваліда), відновлення його нормальних відносин в суспільстві, в першу чергу у сфері праці. В результаті долається пов'язане з інвалідністю відчуття соціальної неповноцінності, усувається зосередження інваліда всієї уваги на своєму каліцтві або хворобі, він знаходить віру у власні сили.

Соціальні чинники включають:

- місце проживання реабілітанта;
- рівень і різнобічність освіти і професійної підготовки;
- професійна придатність в основній професії, наявність інших кваліфікованих спеціальностей;
- можливість придбання іншої, показаної за станом здоров'я професії (при професійній непридатності в основній професії);
- наявність умов для раціонального працевлаштування;
- економічний стан реабілітанта і його сім'ї.

Задачі соціальної реабілітації:

- вивчення механізмів впливу соціальних чинників на хворобу (травму), її виникнення та подальший розвиток, що дає можливість усунути причини, які заважають ефективному відновленню особи в суспільстві;

- вивчення впливу соціальних чинників на ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів, застосування дії *позитивних* чинників для успішного відновлення особи, як соціальної категорії, шляхом організації відповідного способу життя, усунення дії *негативних* соціальних чинників, що заважають успішній реабілітації;

- дослідження соціального забезпечення інвалідів;
- моніторинг наявності вільних трудових місць;
- вивчення питань трудового і пенсійного законодавства;
- вивчення взаємостосунків хворого (інваліда) і суспільства, сприяння відновленню або посиленню соціальних зв'язків.

У вирішенні задач соціальної реабілітації особливо велику роль відіграє держава.

Соціальна реабілітація (абілітація) *спрямовується* на оптимізацію і коригування ставлення інвалідів, дітей-інвалідів до своїх вад, становища в сім'ї та суспільстві, виховання у них навичок до самообслуговування, адаптацію в навколишньому середовищі (ст. 37 Закону Про реабілітацію інвалідів). Вона *передбачає* навчання інваліда, дитини-інваліда основним соціальним навичкам (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо), пристосування побутових умов до потреб інваліда, дитини-інваліда, соціально-побутове влаштування та обслуговування, педагогічну корекцію для інвалідів, дітей-інвалідів з метою вироблення та підтримки навичок автономного проживання, стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав та інтересів, самоаналізу та отримання навичок позитивного сприйняття себе та оточуючих, навичок спілкування, забезпечення автономного проживання у суспільстві з необхідною підтримкою (соціальний, медичний, юридичний супровід, побутові послуги), протезування, ортезування, забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань.

Інваліди, діти-інваліди з важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються *соціальним, педагогічним і психологічним патронажем* (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності послуги з соціального і педагогічного патронажу надають виїзні реабілітаційні бригади.

Соціальна реабілітація здійснюється відповідно до індивідуальних програм реабілітації інваліда та в разі необхідності супроводжується медичним спостереженням за інвалідами, дітьми-інвалідами.

Соціальну реабілітацію інвалідів *проводять*:

- медико-соціальні установи (будинки-інтернати для людей похилого віку, інвалідів і дітей-інвалідів);
- територіальні центри соціального обслуговування людей похилого віку і інвалідів;
- відділення соціальної допомоги вдома;
- спеціальні заклади освіти:
 - психолого-медико-педагогічні консультації;
 - реабілітаційні центри;
 - кабінети психолого-педагогічної корекції;
- інші спеціалізовані організації незалежно від форм власності.

Основним завданням *етапу соціалізації та ресоціалізації* є відновлення здатності інваліда виконувати звичайні для нього соціальні функції, пов'язані з самообслуговуванням, самостійним пересуванням; здатністю до навчання, орієнтації, спілкування, контролю своєї поведінки, а також до трудової діяльності. Даний етап виконується інвалідам з неповним відновленням порушених функцій, а також особам, дезадаптованим у соціальному плані.

На цьому етапі використовуються наступні *засоби*: психологічні; педагогічні; технічні; медичні; соціальні; професійні.

Всі перераховані засоби спрямовані на підготовку інваліда до виконання звичайних функцій, які він виконував до захворювання або до початкового стану. Сюди входить:

- забезпечення інваліда засобами реабілітації у побуті;
- навчання самообслуговуванню;
- відповідна освіта;
- професійна орієнтація;
- професійне навчання та перенавчання;
- психокорекція для підвищення соціальної активності.

Завданнями реабілітаційних служб та суспільства у цілому на етапі *соціальної реінтеграції* є сприяння та створення умов для повернення інваліда у суспільне життя нарівні з іншими його членами.

На державному рівні вирішуються такі завдання, як створення умов для безбар'єрного існування інвалідів, правове закріплення державної спрямованості на інтеграцію інвалідів у суспільстві, на виробництві, розвиток реабілітаційної індустрії. На індивідуальному рівні завдання реабілітаційної служби виражаються у сприянні адаптації інваліда в побуті, сім'ї, на виробництві, в суспільстві.

Реалізуються такі засоби, як пристосування житла для інваліда у відповідності до його обмежених потреб; допомога у забезпеченні робочим місцем з необхідними для цього підготовчими мірами, закріплення інваліда на виробництві; консультування з питань реалізації прав інваліда; соціально-психологічна робота з інвалідом та його оточенням. Для досягнення завдань цього етапу використовуються засоби професійної, психологічної, соціальної реабілітації, та взагалі він є кінцевим, на якому оцінюється кінцевий результат всієї реабілітаційної роботи.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Визначення термінів

Психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та ствердження особистості.

Мета психологічної (психічної) реабілітації — подолання негативних реакцій з боку психіки у хворих і інвалідів, що виникають у зв'язку з хворобою або інвалідністю.

Психологічна підтримка - система соціально-психологічних, психологічно-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри.

Психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи.

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватись до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства.

Психологічний аспект реабілітації має у багатьох хворих і інвалідів не менше значення, ніж фізичний. Так, наприклад, майже в половині випадків психічні зміни і психічні чинники є основною причиною, що перешкоджає поверненню людини до праці після перенесеного інфаркту міокарду. Це викликано, перш за все, тим, що перебіг інфаркту міокарду часто супроводжується психічними порушеннями. Депресія, заглиблення в хворобу,

страх перед фізичною напругою, впевненість в тому, що повернення на роботу може заподіяти шкоду серцю, — всі ці психічні зміни можуть звести нанівець зусилля кардіолога і методиста по лікувальній фізкультурі, стати непереборною перешкодою для відновлення працездатності і рішення питань працевлаштування. Проте і при нормальному психічному стані особливості особистості хворого (інваліда), її установка, характер психологічної реакції на хворобу (інвалідність) істотним чином впливають на відношення до лікарських рекомендацій і багато в чому визначають рівень соціальної активності після хвороби або інвалідності. У свою чергу, психічні порушення несприятливо впливають на перебіг основного захворювання, порушують функціонування різних органів.

Основні психологічні чинники, що визначають психічний стан хворих (інвалідів):

- характер динаміки основного хворобливого процесу;
- тривалість постільного режиму і термінів перебування в стаціонарі;
- характер інвалідності;
- психогенний вплив медичного персоналу, сім'ї, інших хворих або інвалідів, друзів, родичів;
- початок повернення до трудової діяльності.

Облік цих чинників і усунення тих з них, які надають негативну дію, можуть виявитися дієвим засобом психогігієни і психопрофілактики.

Психологічні заходи (психологічна реабілітація) нерозривно пов'язані з медичними, оскільки сприяють ще в період лікування психологічній підготовці хворого (потерпілого) до необхідної адаптації, реадаптації або перекваліфікації при неповному відновленні його професійних навиків. Психологічна реабілітація має велике значення при підготовці хворого до хірургічного втручання для вселення в нього віри в здатність після операції продовжити трудову діяльність і відновити свою соціальну повноцінність.

Психопрофілактика і психотерапія полегшують реабілітацію на подальших етапах. Психологічна підготовка потерпілого більш ефективна, якщо нею займається фахівець — лікар-психотерапевт.

Психологічна реабілітація здійснюється за наявності психологічних проблем, пов'язаних з інвалідністю особи, у тому числі у сім'ї, та у випадках виявлення порушень та/або відхилень у психічній діяльності, поведінці інваліда, дитини-інваліда (ст. 36 Закону Про реабілітацію інвалідів в Україні).

Медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів) або реабілітаційні установи проводять психологічну діагностику особистості інваліда, дитини-

інваліда, визначають в індивідуальній програмі реабілітації інваліда методи, засоби, строки і процедуру їх психологічної реабілітації (консультування, корекції, профілактики, професійної освіти), організують психопрофілактичну та психокорекційну роботу з сім'єю інваліда, дитини-інваліда.

При здійсненні психологічної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів з відхиленнями в психічній сфері навчають прийомам, методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження в реальних умовах життєдіяльності негативних психічних станів, формування позитивних мотивацій, соціальних установок на життя та професію.

Задачі психічної реабілітації:

- всебічне прискорення нормального процесу психологічної адаптації до хвороби (інвалідності), життєвої ситуації, що змінилася в результаті;
- профілактика і лікування хворобливих, психічних порушень, що розвиваються.

Вирішення цих задач можливе тільки на основі глибокого вивчення всього діапазону психічних змін в динаміці на всіх етапах захворювання, природа цих змін, аналізу «внутрішньої картини» хвороби, включаючи динаміку домінуючих переживань, дослідження соціально-психологічних чинників, що визначають Психічний стан хворого (інваліда) в різні терміни від початку хвороби.

Основні методи психічної реабілітації:

- різні *психотерапевтичні дії* (аутотренінг, гіпноз і ін.);
- *психогігієна*;
- *психопрофілактика*;
- *психофармакотерапія* — у деяких випадках;
- *терапія середовищем* (доброзичлива обстановка в сім'ї і колективі);
- *естетотерапія*;
- *фізичні тренування*;
- *працетерапія* (лікування працею);
- *терапія зайнятістю*;
- *відновна терапія мови* тощо.

Трудова діяльність має важливе значення для збереження і зміцнення психіки хворого (інваліда). При вивченні показників психічного стану непрацюючих і працюючих інвалідів, у яких до інфаркту міокарду психічних порушень не спостерігалось, виявлено, що якщо серед непрацюючих інвалідів число осіб з психічними порушеннями склало 90,5%, то серед працюючих інвалідів — лише 13,3%.

Працетерапія — активний метод відновлення порушених функцій і працездатності у хворих за допомогою повноцінної і розумної роботи зі створення суспільно-корисного продукту.

Працетерапія може бути:

- *загальнозміцнюючою* (тонізуючою);
- *відновною*;
- *професійною* (спрямоване на відновлення колишніх та формування нових професійно важливих якостей і здібностей, а також трудових навичок);

Велике значення в психічній реабілітації має доброзичлива обстановка в сім'ї і колективі, у тому числі і гумор, цілющі властивості якого завжди високо цінувалися.

Організація психологічної підтримки в реабілітаційних установах (ст. 19 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні)

Для організації психологічної підтримки і супроводу інвалідів, дітей-інвалідів, їх сімей у реабілітаційних установах може створюватися **психологічна служба**.

На психологічну службу покладаються **функції** щодо:

- забезпечення єдності психолого-педагогічних і медико-соціальних рекомендацій, професійного відбору та професійного навчання;
- діагностики та розвитку задатків і здібностей до професії;
- формування свідомого підходу до вибору (зміни) професії, спеціальності, виду та місця трудової діяльності відповідно до стану здоров'я, індивідуальних особливостей і потреб галузей економіки;
- створення сприятливих психологічних умов для розвитку задатків, здібностей, професійно важливих якостей особистості;
- психологічного супроводу та систематичної психологічної підтримки в процесі професійної адаптації після працевлаштування;
- забезпечення психологічної підтримки та супроводу сім'ї інваліда, дитини-інваліда;
- участі у підготовці та перепідготовці спеціалістів для реабілітаційних установ.

Інвалідам, дітям-інвалідам, які проходять реабілітацію в реабілітаційних установах державної і комунальної форм власності, послуги психологічних служб надаються *безоплатно*.

Розділ 8

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Суть людського ества — в русі. Повний спокій означає смерть.

Б. Паскаль.

Будь-яка патологія, що привела людину до інвалідності, незалежно від причини і нозологічної форми, яка викликала її, неодмінно відображається на руховій функції. Малорухливість інваліда приводить до гіпокінезії і гіподинамії, що виявляються цілим рядом негативних наслідків: зниження функціональних можливостей і працездатності, порушення соціальних зв'язків і умов самореалізації, втрата побутової і економічної незалежності, що, у свою чергу, викликає стійкий емоційний стрес. Тому боротьба з гіпокінезією — це позбавлення від ряду негативних змін всіх органів, це профілактика ряду захворювань, це також становлення адаптації інвалідів до життя і професійної діяльності.

Залучення інвалідів до занять фізкультурою і спортом — найдоцільніший реабілітаційний захід. Активна фізична культура — це засоби, прийоми і методи фізичного виховання для формування у інвалідів і осіб з обмеженими функціональними можливостями життєво і професійно необхідних рухових умінь і навичок, розвитку і вдосконалення фізичних, психічних, функціональних і вольових якостей і здібностей, що дозволяють їм знайти самостійність, побутову і психологічну незалежність, удосконалюватися в професійній діяльності, уміти відпочивати.

Фізичний аспект є частиною медичної реабілітації. Фізична реабілітація передбачає заходи щодо відновлення та/або компенсації втрачених функцій організму, досягнення фізичної самостійності та активності, покращення фізичного стану життєдіяльності інваліда, дитини-інваліда, відновлення працездатності хворих шляхом вживання лікувальної фізкультури і проведення наростаючих по інтенсивності фізичних тренувань.

Фізична реабілітація включає всі питання, що відносяться до вживання фізичних чинників у відновному лікуванні хворих. Сюди належать: *лікувальна гімнастика* та інші елементи *лікувальної фізкультури*, інтенсивні *тренування*,

санаторно-курортне лікування. Основне призначення використання фізичних чинників — всебічне підвищення фізичної працездатності хворих, інвалідів, лімітованої по хворобі або інвалідності. На відміну від медикаментозних засобів використання фізичних чинників надає більш широку дію на центральну нервову і серцево-судинну системи, обмін речовин і газообмін в легенях.

МЕХАНІЗМИ ПОЗИТИВНОЇ ДІЇ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

- сприятливий вплив на регуляторні системи, що забезпечує адаптаційні процеси і одужання;
- нормалізація порушених функцій різних органів;
- становлення, поліпшення діяльності компенсаторно-присосовних механізмів;
- тренування м'язів, у тому числі серцевого;
- нормалізація обміну речовин;
- поліпшення травлення, нормалізуючий вплив на жовчовиділення і функцію кишечника;
- зміцнення захисної функції імунної системи організму;
- психологічний ефект, благотворний вплив на емоційну сферу людини;
- поліпшення перебігу хвороби, скорочення термінів лікування.

Зневажливе відношення до фізичного аспекту реабілітації у минулому приводило до вельми несприятливих наслідків: більш затяжного періоду перебігу хворобливого процесу і збільшенню частоти ускладнень. В результаті не виправдано затягувалися терміни постільного режиму, стаціонарного лікування і непрацездатності хворих. Отже, збільшувалися і економічні витрати. Значна частина хворих була не в змозі протягом першого року хвороби повернутися до трудової діяльності. У хворих розвивався страх активних рухів, а також інші соматичні розлади, що значно погіршувало ефективність лікування, що проводиться.

Таким чином, існує тісний зв'язок між медичним, фізичним і професійним аспектами реабілітації. Вживання фізичних чинників сприяє скороченню термінів лікування, тобто зменшенню економічних витрат на реабілітацію. Встановлена сприятлива дія фізичних чинників на психологічний стан хворих. Отже, фізичний

аспект реабілітації пов'язаний з іншими реабілітаційними аспектами — економічним і психологічним.

Більш раннє і широке вживання фізичних чинників при комплексній реабілітації хворих, наприклад, за наявності інфаркту міокарду, покращує перебіг хвороби, попереджає розвиток ряду ускладнень, скорочує терміни стаціонарного лікування і тимчасової непрацездатності і попереджає розвиток інвалідності у більшості хворих [28].

Вживання фізичних чинників має ту особливість, що вони ефективні тільки при адекватному призначенні. Неадекватне фізичне навантаження не тільки даремне, але і може викликати серйозні наслідки. В даний час існують точні і надійні методи визначення індивідуального темпу, об'єму фізичних навантажень, що гарантують їх ефективність і безпеку. Ці методи дозволяють здійснювати контрольну функцію, тобто отримання точної об'єктивної інформації про реакцію хворих на розширення режиму рухової активності і введення нових елементів лікувальної фізкультури.

Деякі методологічні аспекти вживання фізичних навантажень

а) *Фізичні навантаження — частина медичної реабілітації, складова частина комплексу реабілітаційних заходів.* Одна фізкультура без правильного харчування, здорового способу життя, повноцінного відпочинку, без відмови від алкоголю і куріння не може забезпечити добре здоров'я.

б) *Фізичну реабілітацію слід починати якомога раніше.* Кажучи про стратегію фізичного виховання і розвитку людини, слід пам'ятати про необхідність спадкоємності здійснюваних заходів впродовж всіх періодів індивідуального життя людини. Вирішувати проблему фізичного виховання і фізичного розвитку населення необхідно з дошкільного віку, а потім в школах, училищах, інститутах, на підприємствах і т.д.

в) *Перш ніж приступити до фізичних тренувань, необхідно пройти серйозне медичне обстеження з використанням різних навантажень.* Ясно, що визначення виду і інтенсивності фізичного навантаження і контроль над її ефективністю повинен взяти на себе фахівець цієї справи — лікар. Лікар, даючи поради, повинен враховувати не тільки фактичний стан здоров'я людини, але і ступінь його фізичної підготовленості, тренуваності.

г) *В будь-яку працю потрібно входити поступово.* Не слід відразу перенапружувати свої зусилля, а необхідно, входячи в роботу, розвивати свої зусилля поступово.

д) *Необхідний контроль за ефективністю використання фізичних навантажень.* Оцінка ефекту або, навпаки, сигнал до відміни або зміни характеру і режиму фізичних навантажень.

е) *Оптимальний вибір виду, темпу, інтенсивності і тривалості фізичних навантажень з урахуванням стану здоров'я, індивідуальних особливостей організму і рівня його тренуваності.*

Фізкультурно-спортивну реабілітацію, проведення з інвалідами, дітьми-інвалідами фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів організовують центральний орган виконавчої влади у справах молоді та спорту, Національний комітет спорту інвалідів України, центральний орган виконавчої влади у галузі освіти. Інвалідам, дітям-інвалідам послуги з фізкультурно-спортивної реабілітації реабілітаційними установами державної і комунальної форм власності надаються безоплатно (ст. 40 Закону Про реабілітацію інвалідів в Україні).

Фізична реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до *індивідуальної програми реабілітації*, яка розробляється на підставі фізичного обстеження та визначає комплекс фізичних вправ і рекомендацій інвалідам, дітям-інвалідам стосовно їх послідовності, дозованості, тривалості тощо, спрямованих на поліпшення діяльності організму і координації вправності рухів, відновлення фізичної дієздатності, підтримку нормального рівня життєдіяльності.

Розділ 9

ДЕРЖАВНА ТИПОВА ТА ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

ДЕРЖАВНА ТИПОВА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Державна типова програма реабілітації інвалідів встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах (ст. 16. Закону Про реабілітацію інвалідів в Україні).

Державна типова програма реабілітації інвалідів розробляється центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів, з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій інвалідів.

Державна типова програма реабілітації інвалідів і порядок її реалізації погоджуються *Радою у справах інвалідів* при Кабінеті Міністрів України та затверджуються Кабінетом Міністрів України.

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА

Медична, професійна і соціальна реабілітація інвалідів здійснюється у відповідності з *індивідуальною програмою реабілітації (ІПР)* – документом, що визначає конкретні види, форми і обсяг проведення реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення та конкретних виконавців.

Індивідуальна програма реабілітації – це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або

втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

ІПР інваліда розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів для повнолітніх інвалідів - медико-соціальною експертною комісією, для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів – на умовах і в порядку, передбачених чинним законодавством (згідно Положенню про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затвердженому Постановою Кабінету міністрів України від 22.02.92 № 83; Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” від 6 жовтня 2005 року № 2961-IV). Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, порядок її фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України.

Розробка *ІПР* здійснюється при первинному або повторному огляді: за заявою інваліда, при наявності трудової книжки, рекомендацій по медичній реабілітації з лікувальної установи, довідки про групу інвалідності — для повторно оглянутих хворих. МСЕК або ЛКК, які розробляють *ІПР* інвалідів, відповідають за якість їх формування та організацію виконання. Також вони здійснюють поточний контроль реалізації окремих розділів *ІПР*.

При складанні *ІПР* слід керуватися наступними **методичними підходами**: [52]:

1. Дотримання основних принципів реабілітації: якомога ранній початок, етапність, спадкоємність, комплексність, індивідуальність.
2. Орієнтація на досягнення конкретного кінцевого результату.
3. Відповідність конкретній фазі реабілітаційного процесу.
4. Відповідність загальній технології реабілітаційного процесу в лікувальній установі: діагностика початкового рівня об'єкта реабілітації (провідного дезадаптуючого синдрому, стану працездатності та інших критеріїв життєдіяльності, проведення реабілітаційних заходів, оцінка ефективності проведеної реабілітації і отриманих результатів).
5. Визначення обсягу і черговості відновного лікування, характеру та тривалості процедур, їх орієнтовного числа, щільності реабілітаційних заходів, реальних можливостей виконання *ІПР*.
6. Програма реабілітації повинна бути основою для лікаря, який лікує, і лікаря-реабілітолога з питань тактики ведення хворого.

7. Програма реабілітації повинна бути основою для головного лікаря лікувально-профілактичного закладу з питань організації реабілітаційного процесу (кількість реабілітаційних ліжок, кількість і профіль реабілітаційних кабін, графік їх роботи тощо).

Розробка *ІПР* складається з наступних *етапів*:

- 1) проведення експертно-реабілітаційної діагностики;
- 2) визначення видів, умов, об'ємів і термінів виконання реабілітаційних заходів, що дозволяють інваліду відновити порушені або компенсувати втрачені здібності до виконання побутової, суспільної і професійної діяльності.

ІПР складається і реалізується тільки за згодою інваліда або його законного представника. Вона має для інваліда рекомендаційний характер, який має право відмовитися від того або іншого виду, форми і об'єму реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Інвалід (законний представник дитини-інваліда) самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, вироби медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, сигналізатори, відеоматеріали із субтитрами або сурдоперекладом, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації. За наявності згоди інваліда з *ІПР* він зобов'язується активно сприяти її реалізації.

Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, що повинні бути здійснені щодо інваліда, дитини-інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

Обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається *ІПР*, не може бути меншим передбаченого Державною типовою програмою реабілітації інвалідів.

ІПР інваліда є документом, *обов'язковим для виконання* відповідними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, а також реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких

працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

Реалізація *ІПР* проводиться в залежності від необхідного виду реабілітації: *медична реабілітація* – в реабілітаційних закладах і відділеннях ЛПЗ, санаторіях; *професійна* – в службах зайнятості; *соціальна* – управліннями соціального захисту.

Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда, порядок її фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України. Контроль за реалізацією *ІПР* інвалідів здійснюють медико-соціальні експертні комісії разом з виконавчими комітетами місцевих Рад народних депутатів, профспілковими організаціями, відділеннями Фонду соціального захисту інвалідів за участю представників громадських організацій інвалідів.

Оцінка результатів реалізації розділів *ІПР* щодо медичної, соціальної і професійної реабілітації здійснюється при черговому огляді інваліда або в порядку його динамічного спостереження. Для своєчасної корекції *ІПР* і призначення подальших заходів реабілітації МСЕКи організують динамічне спостереження за ходом її реалізації, для чого визначають інваліду контрольні терміни відвідування.

Грошові компенсації інвалідам, на дітей-інвалідів при реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів виплачуються у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації інваліда і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів засіб або послуга реабілітації, які повинні бути надані інваліду, дитині-інваліду безоплатно, не можуть бути надані чи якщо інвалід (законний представник дитини-інваліда) придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок.

Підприємства, установи й організації, які не виконали в установлені строки реабілітаційних заходів, виконавцями яких вони визначені в *ІПР* інваліда, за рішенням медико-соціальної експертної комісії відраховують кошти в розмірі вартості реалізації цих заходів до Фонду соціального захисту інвалідів. Відмова інваліда (або особи, що представляє його інтереси) від *ІПР* в цілому або від реалізації окремих її частин звільняє відповідні органи державної влади, місцевого самоврядування, а також організації незалежно від організаційно-правових форм і форм власності від відповідальності за її виконання і не дає

інваліду права на отримання компенсації у розмірі вартості реабілітаційних заходів, що надаються безкоштовно.

ІПР протягом 2 місяців з дня її одержання від медико-соціальної експертної комісії може бути оскаржена інвалідом до вищестоящего органу або суду.

Результати проведеної реабілітації доводяться до медико-соціальних експертних комісій, що складають *ІПР*, за підсумками її виконання, але не пізніше наступного огляду в органах МСЕ.

Підсумковий висновок про результат реалізації ІПР проводиться на підставі оцінки:

1) *результатів виконання* розділів по медичній, соціальній і професійній реабілітації;

2) *повнота її виконання*: виконана *повністю*, *частково* (вказати відсоток виконаних заходів до запланованих по всіх розділах *ІПР*), *не виконана*;

3) *динаміки інвалідності*:

- інвалідність не встановлена (*повна реабілітація*);
- встановлена менш важка група інвалідності (*часткова реабілітація*);
- група інвалідності залишилася без змін (*стабільна інвалідність*);
- встановлена важча група інвалідності (*обтяження інвалідності*);

4) ступені відповідності досягнутих результатів реабілітаційному потенціалу інваліда:

- реабілітаційний потенціал *реалізований повністю* (*висока ефективність* від реалізації реабілітаційних заходів);
- реабілітаційний потенціал *реалізований частково* (*задовільна ефективність* від реалізації реабілітаційних заходів);
- реабілітаційний потенціал *не реалізований* (*відсутність ефективності* від реалізації реабілітаційних заходів).

Оцінка результатів проведених реабілітаційних заходів зазначається у виписці з індивідуальної програми реабілітації інваліда.

Розділ 10

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На сьогоднішній день, незважаючи на достатньо багатий досвід реабілітації в нашій державі, не існує *стандартів*, що дозволяють об'єктивно судити про *ефективність реабілітаційних заходів*. Вирішення цієї проблеми потребує тривалого спостереження за хворим на всіх етапах реабілітації.

Враховуючи зрозумілу трудомісткість процесу стандартизації ефективності реабілітаційних програм, слід підкреслити, що для визначення ефективності того чи іншого реабілітаційного комплексу, з точки зору доказової медицини, необхідний порівняльний аспект (порівняння з ефективністю інших реабілітаційних комплексів), переконливий статистичний аналіз із визначення чітко вимірних переваг комплексу лікування, що застосовується.

Система об'єктивізації ефективності медичної реабілітації повинна враховувати чисельні фактичні дані за різними показниками і системами організму в залежності від нозологічної форми. Це викликає необхідність створення певних математичних програм.

На сьогоднішній день існує значна кількість методів математичного прогнозування ефективності лікування. Серед них можна виділити *метод табличного прогнозування* [11], який дає можливість оцінити *реабілітаційний потенціал* хворого на основі виявлення у нього сукупності найбільш важливих клінічних ознак.

Прикладом принципово нового підходу до об'єктивізації результатів відновного лікування, що базується на спеціально створеній комп'ютерній програмі, є розроблений *алгоритм оптимізації санаторної реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарду* [57].

Він здійснюється шляхом вивчення вихідного, поточного та кінцевого стану пацієнтів в процесі відновного лікування; динаміки найбільш інформативних для даної патології клініко-лабораторних та функціональних тестів під впливом реабілітаційних комплексів, що використовуються; відслідковування прогнозу подальшого перебігу захворювання.

Для вирішення питань об'єктивізації ефективності медичної реабілітації потрібний системний підхід до оцінки динаміки стану пацієнта, який потребує від

лікаря вивчення не менш ніж 6-10 найбільш ефективних оцінкових критеріїв-показників. На основі аналізу “швидкості” їх змін в процесі застосування тих або інших відновних методик, створені математично-графічна модель і відповідна комп’ютерна програма оцінки стану пацієнта в процесі реабілітації.

Перспективність впровадження даної комп’ютерної програми полягає в її універсальності, що дозволяє застосовувати цей підхід для вивчення будь-якої патології.

Використання такого алгоритму дає можливість оцінити *ефективність санаторної реабілітації*

В сучасних економічних умовах, в обстановці конкуренції на ринку надання медичних послуг із створенням подібних стандартів з’явиться можливість об’єктивного порівняння ефективності реабілітації в різних реабілітаційних закладах і контролю за ступенем відповідності тих чи інших реабілітаційних закладів прийнятим стандартам в реабілітології.

Першим кроком при створенні нових і оптимізації роботи вже існуючих відділень або центрів реабілітації є визначення потреби населення в цьому виді допомоги.

Методика визначення потреби хворих в реабілітації містить декілька етапів:

1. Визначення пріоритетних в плані реабілітації *нозологічних форм* захворювання.
2. Визначення конкретних *показів і протипоказів до відновного лікування* в умовах реабілітаційного центру для кожної з виділених нозологічних форм.
3. Визначення необхідної для проведення дослідження *медичної документації* та об’ємів виборок, що забезпечують репрезентативність результатів.
4. *Збір та обробка даних.*
5. *Розрахунок потреби в реабілітації* на основі співставлення отриманих даних з показами до направлення на відновне лікування.

При визначенні пріоритетності нозологічних форм в плані надання реабілітаційної допомоги доцільно використовувати дані по *структурі захворюваності*.

Ступінь компенсації хронічних захворювань у дорослого населення відображають *показники тимчасової та стійкої втрати працездатності* (або *інвалідності*). З них при визначенні медико-соціальної пріоритетності нозологічних форм доцільно використовувати такі, як *середня тривалість тимчасової непрацездатності для одного випадку захворювання* по кожній з нозологічних форм, та *структура стійкої втрати працездатності* (інвалідності). *Структура інвалідності* (процентне співвідношення нозологічних форм, що призвели до первинного визначення групи інвалідності) встановлюється на основі вивчення матеріалів обласних, міських та міжрайонних МСЕК.

Медико-соціальна значущість тієї чи іншої нозологічної форми визначається за наступною формулою [7]:

$$C = Z \cdot I \cdot TH, \quad \text{де}$$

C – медико-соціальна значущість;

Z – доля даної нозологічної форми в структурі захворюваності;

I – доля даної нозологічної форми в структурі інвалідності;

TH – середня тривалість тимчасової непрацездатності одного випадку захворювання.

Визначення медико-соціальної значущості захворювань носить орієнтовний характер, передуючи вирішенню основного завдання – виявленню потреби в реабілітації; тому можна спростити розрахунки, підставляючи в формулу не абсолютні значення показників, а умовно виражені в балах:

Таблиця 1.

Бальна оцінка показників захворюваності та втрати працездатності

Бали	Доля в структурі захворюваності	Доля в структурі інвалідності	Середня тривалість тимчасової непрацездатності
1	менш ніж 1%	менше 1%	менш ніж 7 днів
2	1-5%	1-5%	7-14 днів
3	6-10%	6-10%	15-30 днів
4	11-30%	11-30%	30-60 днів
5	більш ніж 30%	більш 30%	більш ніж 60 днів

Потреба в реабілітації розраховується шляхом визначення кількості хворих, що відповідають показам до направлення на відновне лікування і не мають протипоказів до нього.

Для оцінки результатів *медичної реабілітації* доцільно використовувати *клінічні критерії*, а для *комплексної оцінки ефективності* всіх проведених реабілітаційних заходів – *соціальні критерії*.

Клінічними критеріями медичної реабілітації є:

- 1) видужання;
- 2) значне поліпшення;
- 3) незначне поліпшення;
- 4) стабілізація процесу;
- 5) погіршення.

Соціальними критеріями комплексної реабілітації є:

- 1) показники тимчасової непрацездатності;
- 2) показники інвалідності.

В залежності від зворотності морфо-функціонального дефекту і ступеню вираженості психологічних і соціальних наслідків *спрямованість реабілітаційних заходів* може бути різною:

1) *оптимальним* є усунення або повна компенсація структурно-функціонального дефекту;

2) у разі неможливості виконання попереднього пункту – *організувати життєдіяльність хворого* таким чином, щоб виключити вплив на неї існуючого анатомо-фізіологічного дефекту (наприклад, шляхом захисту ураженої структурно-функціональної ланки, використання протезів, ортезів, допоміжних побутових пристроїв).

3) якщо і при цьому колишня діяльність неможлива або негативно впливає на стан здоров'я, необхідно *переключення хворого на такі види соціальної активності*, які найбільшою мірою будуть *сприяти задоволенню всіх його потреб*, попереджуючи розвиток психологічної дезадаптації.

Ефективність реабілітації доцільно оцінювати, аналізуючи в динаміці:

- 1) стан *структурно-функціонального дефекту*;
- 2) вираженість *психологічної дезадаптації*;
- 3) *ступінь порушень життєдіяльності* хворого.

В якості інструментів вимірювань *структурно-функціонального дефекту*, або *пошкодження*, використовують бальні оцінки тих чи інших симптомів та інструментальні діагностичні методи, що відповідають характеру патології: *електроміографію, реографію, методи нейровізуалізації, теплобачення* тощо.

Оскільки характерною особливістю більшості інвалідів є ті чи інші рухові порушення, вельми перспективним є застосування біомеханічного обстеження, що дозволяє кількісно характеризувати стан моторики (м'язовий тонус, амплітуду та швидкість рухів в суглобах, ходу, координацію тощо).

Сприйняття наслідків хвороби самою особистістю може відрізнятись від того, як вони оцінюються сторонньою людиною. Все більше дослідників і практиків медичної реабілітації використовують в якості *інтегрального показника рівня адаптації* хворого *суб'єктивну оцінку хворим та інвалідом якості свого життя*. Для об'єктивізації ступеню *психологічної дезадаптації* і *порушень життєдіяльності* застосовуються різноманітні опитувальники та шкали, багато з яких розраховані на хворих із різними захворюваннями. В них акцент робиться не на кількісні показники повсякденної активності хворого, а на його задоволеність основними сферами життя. При цьому реабілітаційна допомога повинна орієнтуватися не на короткотермінові критерії, а на довготермінові результати.

Серед *психологічних опитувальників* широко використовують в практиці реабілітаційних закладів опитувальники “Самопочуття, активність, настрої” (САН), шкалу самооцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна, шкалу рівня депресії Т.І.Балашової, ММРІ, особистісний опитувальник інституту ім.В.М.Бехтерева (ЛОБИ), опитувальник “Рівень невротизації та психопатизації”.

В основі методів вимірювання *порушень життєдіяльності* частіше за все лежить оцінка незалежності індивідуума від сторонньої допомоги в повсякденному житті, при цьому аналізуються не всі її види, а тільки найбільш значимі, представницькі, найбільш загальні із рутинних дій людини. Вперше термін “Активність життєдіяльності” (*Activity in Daily Living, ADL*, англ.) був введений Deaver в 1945 р., а перший індекс ADL був запропонований S. Katz et al. в 1963 р. В дійсний час в практиці реабілітаційних закладів для неврологічних хворих найбільше розповсюдження отримали такі шкали як *шкала повсякденної життєдіяльності Бартела*, або *індекс Бартела (Barthel Index)* та *шкала функціональної незалежності FIM*, розроблена Американської Академією Фізичної Медицини та Реабілітації. Найбільш вдалим інструментом для вимірювання рівня соціальних обмежень є *Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART)*.

Оскільки при оцінці *порушень життєдіяльності* або *якості життя* зазвичай вимірюються не фізичні параметри, а якісні показники і дані, отримані

при звіті хворих або персоналу (тобто *суб'єктивні дані*), тому до подібних інструментів вимірювань пред'являються вимоги, що відповідають вимогам до психологічних (суб'єктивних) тестів. При адаптації існуючих або при створенні власних опитувальників необхідно знати ці вимоги. До числа основних з них належать *надійність* і *валідність* тесту або вимірювання. Опитувальники, що стосуються оцінки життєдіяльності, а також вимоги до цих опитувальників, можна знайти в ряді посібників [1, 64].

На сьогодні оцінка валідності і надійності опитувальників і шкал здійснюється з використанням сучасних математичних методів, таких, наприклад, як Rasch-аналіз (за прізвищем датського математика, що розробив даний метод).

Показник якості життя інвалідів можна визначити за формулою:

$$\text{ЯЖ} = \frac{(A^2 + K^2) \times (1200 - T)}{32 + (ГП \times ДТ)}$$

де:

ЯЖ – якість життя

A – показник соціальної адаптованості

K – показник компенсації порушених функцій

T – вік пацієнта (в місяцях)

ГП – глибина патології

ДТ – давність травми або захворювання (в місяцях)

Оцінка ефективності реабілітації потребує не тільки констатації наявності або відсутності позитивної динаміки в сферах морфо-функціонального дефекту, психологічного стану і життєдіяльності, але і співвіднесення цієї динаміки із обраними критеріями ефективності відновного лікування. При цьому слід враховувати, що між динамікою ступеню пошкодження і зміною соціально-побутової активності може і не бути прямого зв'язку: наприклад, встановлено, що в ході мовної терапії хворих з афазіями поліпшуються їх комунікативні можливості, хоча ступінь мовних порушень може і не змінюватися. Слід пам'ятати і про те, що на обрані в якості критеріїв ефективності реабілітації показники можуть впливати різні чинники, не пов'язані безпосередньо з терапевтичним впливом. Так, значні методологічні складності представляє диференціація між ефектом лікування і поліпшенням, що виникає в результаті природного зцілення. Вирішення цієї проблеми полягає у створенні контрольної групи, а також у варіюванні частоти і тривалості лікувальних курсів с подальшим

співставленням результатів між групами. Велику роль відіграють психологічні і соціальні чинники: наприклад, при вертебро-неврологічних захворюваннях динаміка показників соціальних обмежень невеликою мірою залежить від зворотного розвитку больового синдрому, але значною мірою – від того, чи працює пацієнт, чи отримує він фінансову компенсацію в зв'язку із захворюванням тощо. На такий показник, як повернення до праці після курсу реабілітації, у багатьох інвалідів вирішальний вплив мають особистісні характеристики, вираженість мотивації, характер професії. Оцінка якості життя інвалідами часто залежить в першу чергу від повноти їх сім'ї і можливостей соціальних взаємодій, а не від обсягу і тривалості проведеного лікування.

Таким чином, критерії ефективності реабілітації необхідно індивідуалізувати в залежності від тяжкості вихідних морфо-функціональних і медико-соціальних порушень: для одних хворих критерієм успішності реабілітації повинно бути повернення до праці, в той час як для інших хворих, з тією ж патологією, але більшою вираженістю дефекту – хоча б мінімальне розширення соціальних контактів. Тому для різних клініко-реабілітаційних груп розробляються свої стандарти якості реабілітації. Ці стандарти передбачають досягнення до кінці курсу відновного лікування певного рівня показників, що відображають медико-біологічний та психо-емоційний статус пацієнта.

Крім того, хоча в закордонній реабілітології такі поняття, як *“тривалість тимчасової непрацездатності”*, *“група інвалідності”* і не прийняті, в умовах нашої держави показники *працездатності* слугують дуже важливим критерієм ефективності реабілітації, і також повинні бути включені в стандарти якості відновного лікування.

Показником ефективності реабілітації для кожного конкретного хворого чи інваліда є відповідність результатів його лікування тим стандартам якості, які передбачені для відповідної КРГ. При цьому динаміку пошкодження (ступінь парезу, афазії, атаксії тощо) оцінюють в процесі відновного лікування і до кінця реабілітаційного курсу; кратність обстеження визначається очікуваною швидкістю регресії дефекту.

Критерієм ефективності реабілітації інвалідів *КРГ-1* служить *“повна реабілітація інваліда”*, визнання його працездатним і повернення до праці.

Критеріями ефективності реабілітації хворих *KPG-2* служить зниження тяжкості інвалідності (до III групи) або повернення до праці інвалідів III групи, які припинили роботу після встановлення інвалідності.

Критерієм ефективності реабілітації хворих *KPG-3* є розширення меж соціально-побутової активності за допомогою технічних засобів і прийомів компенсації або залучення інвалідів I та II груп до праці у спеціально створених умовах.

Ступінь психологічної дезадаптації досліджують при поступленні хворого на реабілітацію і до моменту завершення реабілітаційного курсу. Ступінь порушення життєдіяльності визначається до моменту виписки з реабілітаційного закладу, а якість життя хворого та його соціальні обмеження (активність хворого в сім'ї, на роботі, економічна незалежність тощо) аналізуються через 6 місяців після виписки.

Для клінічної оцінки проведеного відновного лікування можна використовувати *шкали оцінки адаптаційного статусу хворих* з тією чи іншою нозологічною формою. За їх допомогою ефективність проведеного лікування оцінюється суб'єктивно хворим на підставі сумарного критерію (*суб'єктивна оцінка результатів лікування*) чи за сумою балів, представлених в шкалах об'єктивного обстеження (*об'єктивна оцінка результатів лікування*).

Ефективність реабілітації можна визначити за формулою Lassale B. (1985) [10]:

$$EP = \frac{\Sigma_{\text{факт2}} - \Sigma_{\text{факт1}}}{\Sigma_{\text{макс}} - \Sigma_{\text{факт1}}}, \text{ де:}$$

EP – ефективність реабілітації

$\Sigma_{\text{факт1}}$ та $\Sigma_{\text{факт2}}$ – фактична сума балів, отриманих на початку і наприкінці лікування (по шкалам)

$\Sigma_{\text{макс}}$ – максимальна сума балів

Залежно від показника ефективності реабілітації, *результати реабілітації оцінюються так:*

- *відмінні* – повне відновлення втрачених спроможностей, ефективність лікування 100%
- *добрі* – ефективність лікування перевищує 50%
- *задовільні* – 10-50%
- *незадовільні* – ефективність лікування не перевищує 10%, чи незважаючи на проведення лікування, стан хворого погіршився.

Під *значним* регресом симптомів захворювання слід розуміти зменшення їх в середньому більш ніж на дві третини від вираженості вихідних значень, під *помірним* регресом проявів – зменшення їх на одну-дві третини від вихідних значень. Наслідки реабілітації оцінюються як *добрі*, якщо 4 або всі 5 показників досягли в результаті відновного лікування того рівня, який заданий для відповідної клініко-реабілітаційної групи; як *задовільний* – якщо 3 показники до моменту виписки відповідають заданим; як *незадовільний*, якщо заданого рівня досягли менш ніж 3 показники.

Для закладу реабілітації показником ефективності його роботи служить співвідношення кількості хворих, прийнятих на реабілітацію, і тих, що досягли до кінця курсу необхідних стандартів якості реабілітації.

Результати проведених медичних реабілітаційних заходів фіксуються організацією охорони здоров'я за критеріями відновлення (повне або часткове), компенсації (повна або часткова) порушених функцій організму і обмежень життєдіяльності або відсутності результату на підставі оцінки:

- 1) ступені порушення функцій організму (зниження, підвищення, без динаміки);
- 2) перебігу захворювань, травм (стабілізація, погіршення, без динаміки, зміна частоти і тяжкості загострень);
- 3) фізичної працездатності (підвищення, зниження, без динаміки);
- 4) об'єму необхідного підтримуючого лікування (зменшення, збільшення, без зміни).

Результати проведених соціальних реабілітаційних заходів фіксуються органами соціального захисту за оцінкою відновлення навиків самообслуговування, самостійного мешкання, пересування, орієнтації, соціально-психологічного статусу (повне, часткове або без динаміки).

Результати проведених професійних реабілітаційних заходів фіксуються органами соціального захисту за оцінкою результатів навчання, придбання професії, створення робочого місця, працевлаштування.

Таким чином, стандартизація медичних послуг, уніфікація програм відновного лікування, розробка стандартів оцінки ефективності реабілітації – нагальна проблема, яка в сучасних політико-економічних умовах розвитку Української держави, прагнення до інтеграції в ЄС потребує більш швидкого вирішення, тому що від її вирішення, безумовно, залежить якість медичної допомоги інвалідам та хворим, а тому, і якість життя.

Розділ 11

ЗАКОНОДАВЧЕ ПОЛЕ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЧИННОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ З ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ З МІЖНАРОДНИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ

Інвалідам у нашій державі **Конституцією України** гарантовано рівні з усіма громадянами можливості для участі у державному будівництві, інтеграції в усі сфери суспільного життя. Але для того, щоб інваліди могли реально стати повноправними членами суспільства, в державі має бути створена цілісна взаємопов'язана система реабілітаційних заходів, орієнтованих на відновлення їхнього фізичного та соціального статусу, поліпшення життєдіяльності, досягнення матеріальної незалежності.

Законодавство України з питань реабілітації інвалідів складається із законів України **"Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні"**, **"Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії"**, **"Про соціальні послуги"**, **"Про реабілітацію інвалідів в Україні"**, інших нормативно-правових актів, що регулюють правовідносини у цій сфері, та міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Основними завданнями законодавства України з питань реабілітації інвалідів є:

- створення умов для усунення обмежень життєдіяльності інвалідів, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей для побутової, професійної, суспільної діяльності;
- визначення основних завдань системи реабілітації інвалідів, видів і форм реабілітаційних заходів;
- розмежування повноважень між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування;
- регламентування матеріально-технічного, кадрового, фінансового, наукового забезпечення системи реабілітації інвалідів;
- структурно-організаційне забезпечення державної соціальної політики по відношенню до інвалідів і дітей-інвалідів;

- сприяння залученню громадських організацій інвалідів до реалізації державної політики в цій сфері.

Медичне обслуговування та реабілітація інвалідів

За критерії оцінки українського законодавства про охорону здоров'я інвалідів взяті: *стаття 6 Декларації ООН про права інвалідів, Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів, затверджених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 року № 48/96 [66].*

1. Інваліди мають право на медичне, психічне чи функціональне лікування, включаючи протезні та ортопедичні апарати, на відновлення здоров'я та становища в суспільстві (*стаття 6 Декларації ООН про права інвалідів*).

ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні № 875-ХІІ від 21.03.1991 [16] (із змінами, внесеними згідно із Законами – N 204/94-ВР від 14.10.1994, N 481/96-ВР від 12.11.1996, N 1926-ІІІ (1926-14) від 13.07.2000, N 2606-ІІІ (2606-14) від 05.07.2001, N 232-ІV (232-15) від 21.11.2002, N 860-ІV (860-15) від 22.05.2003, N 910-ІV (910-15) від 05.06.2003, N 1773-ІV від 15.06.2004) прямо не декларує права на медичне обслуговування, але в ст. 4 зазначається, що діяльність держави по відношенню до інвалідів проявляється в створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я (тобто у реабілітації). Ст. 36 передбачає, що медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді забезпечення медикаментами та наданні послуг по медичній реабілітації.

2. Держава повинна забезпечити ефективне медичне обслуговування інвалідів, вжити заходів для розробки програм раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів, здійсненням яких будуть займатись багатодисциплінарні групи фахівців. Це дозволить попереджувати та скорочувати масштаби інвалідності або ліквідувати її наслідки. Варто забезпечити всебічну участь у таких програмах інвалідів та членів їх сімей на індивідуальній основі, а також організацій інвалідів в процесі планування та оцінки діяльності (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Відповідно до ст. 3 **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні**, інвалідність визначається органами медико-соціальної експертизи

Міністерства охорони здоров'я України. Реабілітація проводиться згідно з *індивідуальною програмою реабілітації (ІПР)*, яку складають медико-соціальні експертні комісії. Згідно із ст. 5 Закону, види й обсяги необхідного соціального захисту інваліда надаються у вигляді індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації й адаптації на основі заключення медико-соціальної експертизи. ІПР є обов'язковою для виконання державними органами та установами.

Положення про медико-соціальну експертизу, затверджене постановою КМУ № 83 від 22.02.92 [45], передбачає, що медико-соціальна експертиза визначає ступінь обмеження життєдіяльності, причину, час настання, групу інвалідності, сприяє проведенню ефективних заходів реабілітації інвалідів. У п. 3 Загальних положень визначено, що медико-соціальна експертиза виявляє компенсаторно-адаптаційні можливості осіб, реалізація яких сприятиме функціональній, психологічній, соціальній та професійній реабілітації інваліда.

Органом, який здійснює медико-соціальну експертизу, є *Медико-соціальна експертна комісія (МСЕК)*. Міські та районні МСЕК організуються з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік і складаються з трьох лікарів експертів (терапевта, хірурга, невролога), реабілітолога та психолога. Обласна МСЕК складається із чотирьох лікарів-експертів, реабілітолога, юриста та економіста. МСЕК тісно співпрацює із медико-профілактичним закладом, де перебуває інвалід чи хворий, надають консультації лікарям цих закладів щодо медичної реабілітації.

МСЕКи розробляють заходи медико-соціальної реабілітації та індивідуальні програми реабілітації та адаптації інвалідів, здійснюють контроль за їх реалізацією; разом з лікувально-профілактичними закладами вивчають результати диспансеризації переважно осіб, які часто і тривалий час хворіють, та інвалідів; вивчають наслідки продовження строків тимчасової непрацездатності на період відновного лікування, переогляду інвалідів з метою виявлення ефективності реабілітації, визначення реабілітаційного потенціалу; надають консультативну допомогу з питань медико-соціальної реабілітації; інформують місцеві Ради народних депутатів, установи, організації, профспілкові органи та органи медико-соціальної реабілітації; мають право направляти осіб, які проходять огляд, до лікувально-профілактичних закладів для відновного лікування.

Важливим розділом роботи МСЕК є формування лікувально-реабілітаційної бази регіону. Воно розпочинається з вивчення та обліку лікувально-профілактичних закладів, установлення рівня можливостей з реабілітації інвалідів у залежності від ліжкового фонду, оснащеності, спеціалізації, кваліфікації кадрів.

Спільно з головними фахівцями управлінь охорони здоров'я та завідуючими реабілітаційних відділень проводиться стандартизація лікувально-реабілітаційних послуг у залежності від рівня їхньої складності, спеціалізації.

Згідно з Положенням про медико-соціальну експертизу, до складу районних, міжрайонних та обласних МСЕК були введені посади лікарів-реабілітологів та психологів.

Посадова інструкція лікаря-реабітолога МСЕК (1997) передбачає кваліфікаційні вимоги до цього спеціаліста, його функціональні обов'язки та права. Для виконання своїх посадових функцій лікар-реабітолог повинен бути високо кваліфікованим фахівцем з клінічної спеціальності, досконало знати медико-соціальну експертизу, основи та приватні питання реабілітації. Згідно з інструкцією, *основними завданнями* лікаря-реабітолога є розробка індивідуальної програми медичної, соціальної та професійної реабілітації та адаптації інваліда; планування, організація, координація та контроль виконання роботи з реабілітації інвалідів та ІПР у районі діяльності МСЕК, систематичний контроль спільно з лікарями ЛПЗ за станом здоров'я всіх інвалідів, а особливо контингентів, виділених у групу реабілітації, участь регіональної служби реабілітації інвалідів.

Оскільки психологи в період проблем з фінансуванням служби МСЕ першими підпали під скорочення, **Національною програмою професійної реабілітації і зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями** (затверджена Указом Президента України від 13 липня 2001 р. № 519/2001) [39] знову поставлено завдання введення цих спеціалістів в усі реабілітаційні установи, які займаються реабілітацією інвалідів, а до складу МСЕК – введення спеціаліста з медичної профорієнтації інвалідів.

Був розроблений проект **Посадової інструкції спеціаліста МСЕК з медичної профорієнтації**. Згідно з ним, основними завданнями цього спеціаліста є проведення професійної експертизи та професійної орієнтації хворих і інвалідів, профілактика втрати професійної придатності хворих і інвалідів, продовження їх працездатності за допомогою підбору доступних видів робіт, умов, режиму і організації праці для раціонального працевлаштування, навчання і перенавчання; складання професійного розділу індивідуальних програм реабілітації, контроль за раціональністю працевлаштування інвалідів, підбір і атестація робочих місць на підприємствах, організаціях, установах для їх працевлаштування. Для виконання своїх функцій цей спеціаліст повинен мати спеціальні знання з основ медико-соціальної експертизи, гігієни та фізіології праці, медичної психології та соціології, тому слід налагодити базову та спеціальну підготовку таких фахівців.

Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності в Україні (на 1992-1997 роки) була схвалена постановою Кабінету Міністрів України № 31 від 27.01.92 р. На її основі з урахуванням місцевих особливостей були розроблені аналогічні програми в регіонах і галузях народного господарства.

Розділ Програми *«Профілактика інвалідності, медична, соціально-трудова реабілітація інвалідів»*, який зобов'язував організувати в кожній області спеціалізовані центри медико-соціальної реабілітації інвалідів з відділеннями для дітей-інвалідів, створити при поліклініках службу забезпечення інвалідів усіма видами медичної допомоги вдома, провести спеціальний диспансерний облік за категоріями інвалідності, ступенем втрати здоров'я, потребою в протезуванні.

Після винесення рішення про інвалідність МСЕК складає індивідуальну програму реабілітації. **Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затверджене постановою КМУ № 83 від 22.02.92**, містить визначення реабілітації та адаптації інвалідів як “комплексу заходів, спрямованих на відновлення здоров'я і здібностей інваліда та створення йому необхідних умов і рівних можливостей у всіх сферах життєдіяльності”.

Згідно з Положенням, документом, “що визначає види, форми, обсяг реабілітаційних заходів, оптимальні строки їх здійснення та конкретних виконавців, є індивідуальна програма реабілітації інваліда, що розробляється МСЕК з урахуванням місцевих можливостей, соціально-економічних, географічних і національних особливостей”. Індивідуальна програма має рекомендаційний характер.

Як зазначається в Положенні, одним із основних видів реабілітаційної допомоги є медична реабілітація, яка включає в себе відновну терапію, реконструктивну хірургію з поступовим протезуванням.

Доповнює Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда **“Методика складання індивідуальної програми реабілітації інваліда”**, затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 16.01/47 від 20.01.92 р.

Відповідно до **постанови КМУ від 22.11.95 Про встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності** МСЕК встановлює потребу потерпілого в спеціальному медичному догляді, який передбачає багаторазові життєво необхідні медичні маніпуляції (уколи, перев'язки, промивання порожнин тіла та інші).

Згідно з **Положенням про Реабілітаційну раду**, Рада по медичній реабілітації хворих та інвалідів створюється при Управлінні охорони здоров'я

обласної держадміністрації наказом начальника управління на громадських засадах з метою удосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, об'єднання і координації зусиль лікувально-профілактичних та реабілітаційно-медичних установ, спрямованих на профілактику і зниження інвалідності працездатного населення. Рада є органом, який організує, контролює діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію хворих та інвалідів, налагоджує зв'язки між різними службами з метою забезпечення комплексного підходу до проблеми реабілітації інвалідів, а саме, вирішення, в першу чергу, питань медичної, а також професійної та соціальної реабілітації.

Певні особливості має система медичного обслуговування громадян, які постраждали від Чорнобильської катастрофи. Відповідно до **ЗУ від 28.02.91 Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи**, органи влади зобов'язані проводити щорічне медичне обстеження, санаторно-курортне лікування всіх осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. В регіонах найбільшого зосередження постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи створюються спеціалізовані центри для обстеження та лікування потерпілих осіб.

Спеціалізованим закладом медичної реабілітації інвалідів є центр професійної, медичної та соціальної реабілітації, типове положення про який затверджено **Наказом від 11.06.99 Мінпраці, Міносвіти, МОЗ та Фонду України соціального захисту населення**. Центр є соціально-медичною установою, для інвалідів I-III груп для тимчасового перебування та здійснення медичної, соціальної та професійної реабілітації. Приміщення центру повинно відповідати вимогам перебування інвалідів. Центр повинен забезпечувати систему реабілітаційно-експертної діагностики, прогноз динаміки захворювання, експертні висновки щодо медичної реабілітації, організацію комплексної психотерапії, систему медичної та медико-професійної реабілітації, як сукупності відновлюваної терапії і реконструктивної хірургії. Медичні підрозділи включають кабінет долікарняного огляду, маніпуляційний кабінет, кабінет психокорекції та психотерапії, кабінет лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичний кабінет.

Відповідно до оцінок, представлених в **Національній програмі професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки**, діючі центри професійної, медичної та соціальної реабілітації не мають належного медичного, матеріально-технічного, інформаційного забезпечення з питань ерготерапії та фізіотерапії. Саме ці проблеми заплановано вирішувати заходами, передбаченими Програмою.

Указом Президента від 23.05.96 Про національний заклад — Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни та відповідною постановою КМУ від 15.11.96 про затвердження Положення про зазначений центр, створюється медико-соціальна установа, яка надає лікувальну, реабілітаційну та соціальну допомогу інвалідам війни та особам, на яких поширюється дія **Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”**. В центрі та його підрозділах створюються умови для тривалого перебування та медичного обслуговування інвалідів війни, проведення медико-соціальної експертизи хворих та оформлення ім. групи інвалідності, надання протезної допомоги інвалідам. Центр обладнується сучасною лікувальною та діагностичною апаратурою, в ньому запроваджуються новітні медичні технології. Направлення в центр здійснюють лікувально-профілактичні установи на місцях.

Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. N 14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки [44] передбачає протягом 2002-2003 років створити при управліннях охорони здоров'я обласних та міських держадміністрацій реабілітаційні ради, які б координували заходи з медичної реабілітації хворих та інвалідів та забезпечити проведення моніторингу стану здоров'я найбільш уразливих категорій інвалідів. До 2006 року передбачено також сприяти розвитку мережі центрів реабілітації дітей-інвалідів та розробити з науковим обґрунтуванням комплексну програму медичної, психопедагогічної і соціальної реабілітації та адаптації дітей-інвалідів у суспільстві. На МОЗ покладається зобов'язання протягом 2003-2005 років розробити і запровадити в практику роботи МСЕК науково обґрунтовані стандарти медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів.

3. Держава повинна забезпечити надання інвалідам, особливо малюкам та дітям, медичного обслуговування на тому ж рівні, в рамках тієї ж системи, що й іншим членам суспільства (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Постанова ВРУ від 06.07.00 Про невідкладні заходи щодо оздоровлення дітей рекомендує КМУ вжити невідкладних заходів щодо організації оздоровлення дітей-інвалідів, дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, забезпечивши їх лікування та оздоровлення протягом всього року в оздоровчих закладах, що мають можливість забезпечити навчальний процес.

Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. N 14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки зобов'язує МОЗ, Міністерство науки та освіти, Мінпраці, Мінекономіки, Мінфін,

Мін'юст розробити проект Національної державної комплексної програми "Діти-інваліди" до 2006 року. Протягом 2002-2003 років було заплановано розробити та запровадити в практику роботи дитячих лікарень (поліклінік) та центральних районних лікарень науково обґрунтовані стандарти медико-соціальної експертизи ступеня важкості інвалідизації дітей.

4. Держава повинна забезпечити лікарів та інший медичний персонал всім необхідним для медичного обслуговування інвалідів (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Типове положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації, наказом від 11.06.99 Мінпраці, Міносвіти, МОЗ та Фонду України соціального захисту населення, передбачає оснащення кабінету долікарського догляду динамометрами, спірометрами, велоергометрами, тонометрами, апаратами ЕКГ, вагами та ростоміром. Маніпуляційний кабінет оснащується медичним інструментарієм, стерилізаторами та медикаментами. Фізіотерапевтичний кабінет забезпечується апаратами для магнітотерапії, гальванізації, іонофорезу, електросну тощо.

В Національній програмі професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки дано негативну оцінку стану наукового, медичного та матеріально-технічного забезпечення реабілітаційних центрів.

5. Держава повинна забезпечити отримання лікарями та іншим медичним персоналом належної підготовки для надання необхідної кваліфікованої допомоги інвалідам. Цей процес підготовки повинен відбуватись постійно і спиратись на найсвіжішу інформацію (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. N 14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки зобов'язувало МОЗ та Міністерство науки та освіти протягом 2002-2003 років розробити рекомендації щодо створення системи підготовки спеціалістів вищої і I-IV рівнів акредитації для здійснення медико-соціальної реабілітації інвалідів.

6. Держава повинна забезпечити доступ інвалідів до будь-яких видів, методик і засобів постійного лікування та отримання лікарських препаратів, які можуть їм знадобитися для підтримання та підвищення рівня їх життєдіяльності (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

ЗУ від 22.10.93 Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту передбачає для інвалідам війни безкоштовне одержання ліків за

рецептами лікарів, безоплатне забезпечення протезами та протезно-ортопедичними виробами та санаторно-курортним лікуванням. Їм також гарантується позачергове обслуговування амбулаторно-клінічними закладами та позачергова госпіталізація.

Розпорядження президента України від 03.11.00 Про додаткові заходи щодо поліпшення соціального захисту та медичного обслуговування інвалідів зобов'язувало КМУ забезпечувати у повному обсязі фінансування програм забезпечення інвалідів протезно-ортопедичними виробами, засобами пересування та реабілітації. Обласні державні адміністрації зобов'язувались організувати разом з підприємствами промислового об'єднання “Укрпротез” пункти прокату засобів пересування та реабілітації інвалідів. Налагодити транспортне обслуговування інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату за їх викликом для відвідування медичних закладів та протезно-ортопедичних підприємств.

Питання забезпечення інвалідів лікарськими засобами вирішується **постановою КМУ від 17.08.98 Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань.** Безоплатне забезпечення ліками у разі амбулаторного лікування призначається інвалідам війни, відповідно до ЗУ “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”, інвалідам, які отримали інвалідність внаслідок Чорнобильської катастрофи, діти-інваліди віком до 16 років. Ліки за рецептом лікарів відпускаються із 50%-вою знижкою інвалідам I та II групи.

Доступ інвалідів до санаторно-курортного лікування визначається як пріоритетний напрямок державної політики в сфері курортної справи в **ЗУ від 5.10.00 Про курорти.**

Порядок забезпечення інвалідів путівками на санаторно-курортне лікування визначається **Інструкцією про порядок облік, зберігання, розподілу та видачі путівок до санаторно-курортних та інших курортно-лікувальних установ в органах соціального захисту населення, затвердженої наказом Мінпраці від 25.12.97.**

ЗУ Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” N 1773-IV від 15.06.2004 гарантує інвалідам та дітям-інвалідам безоплатне санаторно-курортне лікування за наявності медичних показань. Передбачене безоплатне забезпечення ліками підчас амбулаторного лікування інвалідів, які отримують пенсію нижче розміру мінімальної пенсії, а

також діти-інваліди. Інші інваліди отримують ліки із 50%-вою знижкою їх вартості.

Постанова КМУ від 10 січня 2002 р. N 14 Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки зобов'язує регіональні органи державної влади створювати при сільських амбулаторіях, дільничних лікарнях, поліклініках пункти прокату основних засобів догляду за важкими і хронічно хворими та інвалідами літнього віку.

ЗУ Про внесення змін до Закону України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей" N 1768-IV від 15.06.2004 надає право дітям загиблих військовослужбовців, що є інвалідами з дитинства, на санаторно-курортне лікування у санаторіях Міноборони, СБУ, Прикордонної служби та інших військових формувань.

7. Слід організувати підготовку працівників місцевих громад для участі в такій діяльності, як раннє виявлення дефектів, надання першої допомоги та направлення у відповідні установи сфери соціального обслуговування (*Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

В українському законодавстві такі заходи не передбачені.

ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ІНВАЛІДІВ

Згідно з **Положенням про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затверджене постановою КМУ № 83 від 22.02.92**, одним із видів реабілітаційної допомоги є *професійна реабілітація*, яка включає професійний відбір, професійну орієнтації, професійне навчання або перекваліфікацію, раціональне працевлаштування.

Критеріями оцінки українського законодавства з питань зайнятості інвалідів вибрані положення міжнародних норм, відображені в **Декларації ООН про права інвалідів, Європейській соціальній хартії, Правилі 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів та Конвенції № 159 Міжнародної організації праці "Професійна реабілітація та зайнятість інвалідів"**:

1. Принцип рівності можливостей інвалідів і працівників в цілому (ст. 4. Конвенції МОП №159) забезпечується ст.1 **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні (1991, із доповненнями та змінами – 1994, 2001, 2004)** де вказується, що інваліди володіють усією повнотою соціально-

економічних, політичних, особистих прав і свобод. Дискримінація інвалідів забороняється та переслідується законом.

Заходи забезпечення рівності не повинні бути дискримінаційними щодо інших працівників (там же). Прикладом цієї тези може бути **“Положення про порядок реєстрації, перереєстрації та ведення обліку громадян, які шукають роботу, і безробітних, виплати допомоги по безробіттю, а також умови надання матеріальної допомоги в період професійної підготовки та перепідготовки”**, затвердженому постановою КМУ від 27.04.98. Згідно з цим Положенням, інваліди, як і інші незайняті громадяни, звертаються і реєструються як такі, що шукають роботу.

Дотримується рівність можливостей та ставлення до працюючих чоловіків і жінок, котрі працюють і є інвалідами.

Принцип охоплення заходами з професійної реабілітації всіх категорій інвалідів (ст. 3. Конвенції МОП №159) не проголошується в українському законодавстві, проте визначені переваги для інвалідів війни та осіб, на яких поширюється чинність **ЗУ “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”** стосовно переважного права на залишення на роботі при вивільненні працівників у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці (ст.42 **Кодексу законів про працю України**). Громадянам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи і при черговому переогляді не підтвердили будь-яку групу інвалідності, гарантується працевлаштування та перекваліфікація (ст.17 **ЗУ від 28.02.91 Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи**). Можна говорити, що принцип охоплення всіх категорій інвалідів не дотримується.

2. Активна підтримка державою включення інвалідів у вільний ринок праці за допомогою наступних заходів: 1) професійної підготовки; 2) встановлення стимулюючих квот; 3) зарезервованого, або цільового працевлаштування; 4) надання позик або субсидій малим підприємствам, які наймають робітників-інвалідів; 5) укладення спеціальних контрактів і надання переважних прав на виробництво цим підприємства; 6) надання їм інших видів технічної та фінансової допомоги. Державне стимулювання роботодавців здійснювати розумні заходи для створення інвалідам відповідних умов (шляхом заохочувальних або штрафних санкцій) (*п. 2 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки, затвердженої Указом Президента України № 519/2001 від 13.07.01, передбачено низку заходів професійної орієнтації, професійного навчання та зайнятості інвалідів.

Основні положення Програми:

- органам державної влади, місцевого самоврядування та громадських об'єднань інвалідів подати КМУ пропозиції щодо вдосконалення механізму заохочення роботодавців до працевлаштування інвалідів;
- досягнення інвалідами реальної рівноправності у повсякденній життєдіяльності;
- відновлення працездатності;
- сприяння інвалідам в отриманні освіти, фаху, вільному обранню місця роботи;
- збільшення кількості працюючих інвалідів до 400 тис. осіб;
- забезпечення інвалідам достатнього рівня доходів;
- створення сприятливих умов для співпраці громадських організацій інвалідів з роботодавцями, профспілками та органами влади у сфері зайнятості;
- розвиток служб соціальної реабілітації та зайнятості інвалідів в сільській місцевості;
- доповнення протягом 2001-2002 років Державного класифікатору професій новими професіями та спеціальностями, пов'язаних з професійною, соціальною та медичною реабілітацією інвалідів;
- розробка нормативів чисельності реабілітологів для спеціальних шкіл-інтернатів, центрів раннього втручання і соціальної реабілітації дітей-інвалідів, центрів медичної, професійної та соціальної реабілітації інвалідів та навчально-виробничих підприємств. У навчальних закладах, центрах професійної реабілітації заплановано запровадити посади вчителів-реабітологів;
- введення до складу МСЕК спеціалістів з професійної орієнтації для створення індивідуальних програм реабілітації та адаптації інвалідів, а до складу Служби зайнятості – фахівця з реабілітації інвалідів.

Відповідальною установою за розробку і реалізацію технологій професійної реабілітації в Україні Міністерством праці та соціальної політики призначений Всеукраїнський Центр професійної реабілітації, створений 2002 р., який виконує

навчально-методичні і організаційні функції підпорядкованих Мінпраці закладів: центрів зайнятості, управлінь соціального захисту населення.

ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні визначає в ст. 12 та ст. 20 *квоти обов'язкового працевлаштування інвалідів* у розмірі 4% від загального числа працюючих. Пізніше **ЗУ Про внесення змін до Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" (щодо створення робочих місць) 1771-IV від 15.06.2004** вносить зміни у *квотну систему працевлаштування інвалідів*. Закон зобов'язує підприємства та організації з чисельністю працівників від 8 до 15 осіб створювати одне робоче місце для інваліда. За невиконання цієї норми передбачено *штраф* у розмірі половини середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві.

Зарезервоване або цільове працевлаштування забезпечується **ЗУ "Про зайнятість населення"** від 01.03.91, де в ст. 5 передбачено *бронювання* на підприємствах, в установах та організаціях 5% загальної кількості робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту.

Постанова КМУ від 28 грудня 2001 р. Про затвердження Порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів запроваджує заохочувальний захід для підприємств створювати робочі місця для інвалідів. Передбачається надання *безвідсоткової позики* (з терміном повернення до трьох років) для створення робочих місць для інвалідів. Позики надаються за рахунок коштів, отриманих у формі штрафів за недотримання підприємствами квоти у розмірі 4% робочих місць для працевлаштування інвалідів. Позики надаються на договірних умовах тільки підприємствам, які забезпечують норматив робочих місць, у разі їх звернення до відділень Фонду в межах коштів, виділених на зазначені потреби в поточному році. Громадським організаціям інвалідів, їх підприємствам та організаціям зазначені позики надаються лише за наявності відповідного рішення Комісії з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів.

Постанова чітко визначає використання Фондом коштів, які надходять у формі штрафів. Крім надання цільової позики на створення робочих місць, ці кошти використовуються для фінансування заходів щодо соціальної, трудової, фізкультурно-спортивної (за поданням Національного комітету спорту інвалідів) та професійної реабілітації інвалідів. Таким чином, запроваджено дієвий механізм

заохочення, а не примусу підприємств у працевлаштуванні інвалідів. Обмеження, які накладаються на підприємства інвалідів, свідчать про зміщення акценту на переважне працевлаштування інвалідів на вільному ринку праці.

Положення цієї постанови були внесені у вигляді змін до іншої **постанови КМУ від 03.05.95 “Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів” постановою від 10.01.01 № 19 “Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 №314”**

Активізація державної підтримки підприємств інвалідів значною мірою пов’язувалась із проведенням у 2003 році *Року людей з інвалідністю*. Указом Президента N 1112/2002 від 02.12.2002 **Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю** КМУ зобов’язувався:

- забезпечити надання державної підтримки (в тому числі з питань оподаткування) підприємствам інвалідів та інвалідам, які займаються підприємницькою діяльністю;

- забезпечити удосконалення порядку використання коштів Фонду соціального захисту інвалідів для створення робочих місць для інвалідів. Мова йшла в тому числі про *кредитування створення робочих місць для інвалідів*. Указом також передбачено такий захід *стимулювання підприємців*, як в включення до умов конкурсу на звання “Кращий роботодавець року” результативність роботи із створення робочих місць для інвалідів;

Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 29 грудня 2004 р. № 338 Про затвердження форми № 10-ПІ поштова-річна “Звіт про зайнятість та працевлаштування інвалідів” та Інструкції щодо її заповнення поширюється на всі юридичні особи та їх відокремлені підрозділи незалежно від форми власності і організаційно-правових форм господарювання, на яких працює від 15 і більше осіб, а за 2005 рік і наступні роки – від 8 і більше осіб. У разі, коли підприємство, що має філії, відділення та/або інші відокремлені підрозділи, подає централізований звіт та централізовано сплачує штрафні санкції за нестворені робочі місця для інвалідів, то воно разом зі звітом надає до відповідного відділення Фонду супроводжувальний звіт та перелік філій, які входять до складу підприємства згідно з додатком до звіту. Філії також надають за своїм місцезнаходженням до відповідних відділень Фонду звіт та лист-повідомлення про подання підприємством централізованого звіту та сплату штрафних санкцій.

В Постанові Кабінету Міністрів України Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2004 р. № 1686 зазначається, що на підприємствах, де працює більше 15 осіб, суми штрафних санкцій визначаються в розмірі середньорічної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом, а на підприємствах, де працює від 8 до 25 осіб, – у розмірі половини середньорічної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом. Постанова набрала чинності з 1 січня 2005 року.

Наказ Міністерства праці та соціальної політики України Про внесення змін до Порядку видачі довідки про кількість працюючих інвалідів та загальну кількість працюючих на підприємстві та в організації громадської організації інвалідів від 3 листопада 2004 р. № 273 передбачає, що підприємство, щоб отримати довідку про кількість працюючих на підприємстві, у його філії (відповідно до територіального місцезнаходження) та в організації громадської організації інвалідів, має подати до відділення Фонду соціального захисту інвалідів такі документи: заяву, копію довідки з єдиного державного реєстру підприємств та організації України (ЄДРПОУ), звіт про кількість працюючих інвалідів за попередній рік, список інвалідів, які працюють на підприємстві та в організації громадських організацій інвалідів. Якщо підприємство працює менше року, відповідний звіт подається за весь період діяльності підприємства, але не менш ніж за один звітний квартал. Наказ набрав чинності з 24 грудня 2004 року.

3. Розробка заходів по проектуванню та пристосуванню робочих місць та робочих приміщень таким чином, щоб вони були доступні для осіб з різними формами інвалідності (*п. 3 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Заходи по проектуванню та пристосуванню робочих місць для інвалідів покладаються на підприємства. Згідно з ст. 18 **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні**, підприємства, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них *умови праці* з урахуванням індивідуальних програм реабілітації. Крім того, зазначається, що підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність.

Відповідно до **Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затверджене Постановою КМУ № 314 від 03.05.95 “Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів”**,

підприємства та установи повинні в разі потреби забезпечити *спеціальне робоче місце інваліда*, обладнане спеціальним технічним оснащенням для праці інваліда залежно від дефектів чи нозологічних форм захворювання з урахуванням рекомендацій МСЕК. Крім того, робоче місце для інваліда повинне бути *атестоване* спеціальною комісією.

В цій же постанові представлена *Модель державної системи професійної реабілітації інвалідів в Україні*.

ЗУ Про внесення змін до ЗУ “Про охорону праці” N 229-IV від 21.11.2002 зобов’язує підприємства, які використовують працю інвалідів, створювати умови праці, що відповідають вимогам МСЕК та індивідуальним програмам реабілітації інвалідів, а також створювати додаткові умови безпеки праці інвалідів.

4. Підтримка державою використання нових технологій в розробці та виробництві засобів, пристроїв та обладнання для інвалідів (*там же*).

1) Цьому відповідає **Національна програма**, введена в дію **Постановою КМУ від 07.05.97 “Про розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів в 1997–2005 роках”**, яка передбачала заходи підтримки у використанні нових технологій в розробці та виробництві засобів, пристроїв та обладнання і заходи по полегшенню доступу інвалідів до таких засобів та обладнання, для того щоб вони могли отримати та зберегти за собою робоче місце.

2) **Постанова КМУ від 07.12.00 Про подальший розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів** передбачала фінансування та порядок проведення наукових досліджень стосовно матеріалів для засобів реабілітації інвалідів, а також фінансування виробництва протезно-ортопедичних засобів та засобів пересування для інвалідів.

3) **Розпорядженням КМУ від 15.03.02 Про затвердження заходів щодо забезпечення економічного та соціального розвитку України у 2002 році** передбачалось до листопада 2002 року запровадити державні стандарти реабілітаційної техніки для інвалідів відповідно до світових та європейських стандартів.

4) **Постанова КМУ від 26.04.02 Про внесення змін до постанови КМУ від 7 грудня 2000 року № 1788** встановлювала новий порядок фінансування наукових досліджень, встановлює перелік та обсяги фінансування підприємств, які виробляють протези та засоби пересування до 2005 року.

5. Забезпечення необхідного навчання та працевлаштування інвалідів, а також соціальних послуг, що надаються інвалідам (*там же*).

1. ЗУ Про Загальнодержавну програму підтримки молоді на 2004-2008 роки N 1281-IV від 18.11.2003 передбачає фінансування заходів щодо навчання та професійної підготовки молоді із особливими потребами. В ході реалізації програми передбачається створення системи фахової підготовки інвалідів у середніх та вищих навчальних закладах, а також системи дистанційного навчання через мережу Інтернет. Крім того, заплановано навчання навичкам підприємницької діяльності та сприяння підприємницькій діяльності молодих інвалідів.

2. Постановою КМУ № 916 від 16.06.2003 Про затвердження Порядку надання цільових пільгових державних кредитів для здобуття вищої освіти передбачено, що інваліди I та II групи мають переваги за однакових результатів вступних іспитів серед абітурієнтів, які претендують на навчання за рахунок кредитів. Дана пільга за суттю є інструментом сприяння у навчанні для здобуття освіти та подальшого працевлаштування на вільному ринку праці, оскільки навчання за кредитом не передбачає обов'язкове працевлаштування на державних підприємствах, як у випадку із навчанням за державним замовленням.

3. ЗУ Про внесення змін до ЗУ "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" N 1773-IV від 15.06.2004 передбачається, що державою визнається дактильно-жестова мова як засіб навчання інвалідів. Правовий статус та застосування цієї мови повинен визначатись спеціальним законодавством. Відповідно, законодавством враховується специфіка навчання інвалідів по слуху. Крім того, держава здійснює підтримку ЗМІ, видавництв, підприємств та організацій, які випускають спеціальну літературу, звукову та відеопродукцію для інвалідів. Інвалідам по слуху послуги із сурдоперекладу та сурдотехніка надаються відповідно до Закону України "Про соціальні послуги".

4. ЗУ Про соціальні послуги N 966-IV від 19.06.2003 інваліди мають право на освітні соціальні послуги та послуги із працевлаштування, які надаються як державними так і недержавними суб'єктами. Безоплатні соціальні послуги отримують одинокі інваліди, не здатні до самообслуговування. Інваліди, забезпечені доглядом і мають близьких отримують соціальні послуги на платній основі.

5. Постановою КМУ №12 від 14.01.2004 Про порядок надання платних соціальних послуг та затвердження їх переліку до платних віднесені освітні послуги та послуги із працевлаштування.

6. Як варіант працевлаштування інвалідів, які не можуть знайти роботу в умовах вільного ринку праці, можуть бути створені **господарські одиниці**, які забезпечують гарантоване та забезпечене відповідними засобами працевлаштування (*п. 7 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Підтримка підприємств інвалідів як господарських одиниць із гарантованим працевлаштуванням інвалідів, переважає порівняно із стимулюванням працевлаштування на вільному ринку. Ст. 14 **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні** передбачає державне замовлення на продукцію підприємств інвалідів, а ст. 14 (1) гарантує право підприємств та організацій інвалідів на податкові пільги.

Були внесені зміни у законодавство щодо підтримки підприємств організацій інвалідів під час *закупівлі державних товарів та послуг за державні кошти*.

Затверджений **постановою КМУ від 29.02.96 Порядок формування та розміщення державних замовлень на поставку продукції для державних потреб і контролю за їх виконанням** передбачає надання переваг підприємствам УТОС, УТОГ та Союзу організацій інвалідів під час конкурсу на поставку продукції та застосування, так званої, *преференційної поправки* у розмірі 15% ціни на продукцію цих підприємств.

Постанова від 13 грудня 2001 Про внесення змін до постанови від 29 лютого 1996 р. № 266 в новій редакції цієї постанови зберігає положення про преференційну поправку у розмірі 15% і підтверджує пріоритетність і формуванні державного замовлення поставок продукції, що виробляються підприємствами УТОГ, УТОС та Союзу організацій інвалідів.

ЗУ “Про внесення змін до ЗУ “Про закупівлю товарів, робіт та послуг за державні кошти” № 434-IV від 16.01.2003 передбачає застосування 15%-вої преференційної поправки для підприємств інвалідів незалежно від очікуваної вартості закупівлі за умови, що ці підприємства є виробниками товарів та послуг, що закуповуються. Для інших вітчизняних підприємств преференційна оправка розміром 10% застосовується до ціни товарів вартістю 200 тис. євро, послуг – 300 тис. євро, робіт – 4 млн. євро.

Додаткові пільги для підприємств інвалідів щодо закупівлі державою товарів та послуг передбачені **Постановою КМУ № 1435 від 10.09.2003 Про закупівлю продукції підприємств громадських організацій інвалідів та пенітенціарної системи**. За цим документом до тендеру на отримання державного замовлення залучаються виключно підприємства інвалідів та пенітенціарної системи, якщо закупаються товари, що виробляються цими підприємствами і ці товари включені до списку, затвердженого Мінекономіки за погодженням Мінпраці. Цією ж Постановою були внесені **зміни до Постанови КМУ № 266 від 29.02.96**, якою передбачались застосування преференційної поправки на продукцію підприємств УТОГ, УТОС та Союзу організацій інвалідів. Відтепер застосування цієї пільги стосується будь-яких підприємств громадських організацій інвалідів.

Фінансова допомога підприємствам інвалідів здійснювалась, наприклад:

1) Розпорядженням КМУ "Про надання безповоротної фінансової допомоги УТОГ" для створення робочих місць для інвалідів;

2) Розпорядженням Президента України від 13.11.01 Про заходи щодо посилення соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями, яке зобов'язало Кабінет Міністрів України розглянути можливість надання безповоротної фінансової допомоги УТОС та УТОГ на створення, збереження та технічне переоснащення робочих місць для інвалідів;

3) Комплексною програмою забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності, затвердженою постановою КМУ від 21.12.01, яка зобов'язала Мінпраці, Мінфін, Міністерство економіки та з питань європейської інтеграції, Державну податкову адміністрація, Фонд соціального захисту інвалідів, Комісію з питань діяльності підприємств та громадських організацій інвалідів надавати громадським організаціям інвалідів, їх підприємствам та організаціям державну допомогу у вигляді фінансової допомоги, кредитування, розміщення державного замовлення;

4) Постановою КМУ від 19.04.02 Про затвердження переліку об'єктів, що фінансуються за рахунок державних централізованих капітальних вкладень у 2002 році, яка передбачала фінансування об'єктів УТОС та УТОГ в обсязі 1 млн. 100 тис. грн. на кожне товариство, що складало майже половину обсягів фінансування Міністерства праці та соціальної політики.

В питанні державної підтримки підприємств інвалідів найбільш характерними були постанови КМУ, спрямовані на підтримку ТОВ *“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів”*.

1) Розпорядження від 5 вересня 2001 р. N 406-р Про надання ТОВ **“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів”** товарного кредиту зобов’язувало Фонд України соціального захисту інвалідів надати Товариству товарний кредит у сумі 500 тис. гривень терміном на шість місяців із застосуванням нульової ставки за користування ним.

2) Розпорядження КМУ від 27 жовтня 2001 р. N 1448 Про відвантаження нафти товариству з обмеженою відповідальністю **“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів”** (м. Херсон) зобов’язувало ВАТ «Укрнафта» відвантажити Товариству на пільгових умовах 2 тис. тонн нафти для надання благодійної допомоги інвалідам війни та праці, дітям-інвалідам та дитячим будинкам міста Херсон. Нафта продавалась Товариству по ціні в два рази нижче ринкової, тобто по 80 дол/т.

3) Розпорядження КМУ від 26 квітня 2002 р. N 225-р Про надання ТОВ **“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів”** відстрочки на умовах податкового кредиту у сплаті податку на додану вартість, акцизного збору та податку на прибуток із застосуванням нульової ставки за користування цим кредитом надавало підприємству вказаний у назві розпорядження кредит до 25.12.02.

4) Розпорядженням КМУ № 172-р від 26.03.2003 Про деякі заходи щодо забезпечення створення ТОВ **“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів”** (м. Херсон) нових робочих місць для працевлаштування інвалідів до березня 2005 року ВАТ “Укрнафта” зобов’язувалось надавати цьому підприємству щомісяця 50 тис. куб. метрів природного газу за цінами поставки у бюджетні організації з врахуванням ПДВ. Кошти, отримані від реалізації цього газу за ринковими цінами, повинні спрямовуватись на створення нових виробничих площ із працевлаштуванням інвалідів, а також для благодійної допомоги закладам для дітей-інвалідів Херсонської та Київської областей.

5) Розпорядженням КМУ № 778-р від 18.12.2003 Про надання цільової позики підприємству **“Співдружність ініціативних працездатних інвалідів – К”** на створення нових робочих місць, призначених для працевлаштування

інвалідів вказане підприємство отримало від Фонду соціального захисту інвалідів 5 млн. грн. для створення не менше 50 робочих місць для інвалідів.

б) Урядом також була підтримана ініціатива ТОВ “Співдружність ініціативних працездатних інвалідів” та Всеукраїнської асоціації працездатних інвалідів щодо використання для працевлаштування конверсійного майна для працевлаштування інвалідів. **Розпорядженням КМУ № 652-р від 20.10.2003 Про створення підприємства для будівництва житлово-виробничого комплексу "Містечко інвалідів"** передбачено створення підприємства для будівництва у м. Києві на базі військового містечка зазначеного житлово-виробничого комплексу. Основне призначення комплексу – соціальна, медична та трудова реабілітація інвалідів.

В законодавстві також були закріплені “земельні” пільги для підприємств організацій інвалідів.

ЗУ Про внесення змін до статті 92 Земельного кодексу України стосовно визначення права на постійне користування земельними ділянками громадських організацій інвалідів № 1709-IV від 12.05.2004 передбачає набуття громадськими організаціями інвалідів та їх підприємствами права постійного користування земельними ділянками комунальної та державної власності. Це означає, що вони не повинні сплачувати орендної плати і зберігають право володіння ділянкою на безстроковій основі до ліквідації підприємства чи організації.

Відповідно до ст. 19 Закону “**Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні**”, діють однакові правила працевлаштування як в державному секторі, так і в недержавному.

7. Державним органам влади, організаціям робітників та роботодавців слід співпрацювати між собою та з організаціями інвалідів у реалізації рівноправної політики в сфері найму та просування по службі, покращення умов праці, рівня заробітної платні, недопущення травм та ушкоджень, які ведуть до втрат працездатності, та заходів по реабілітації робітників, які зазнали травмування на виробництві; в створенні можливостей для підготовки кадрів та в сфері зайнятості, включаючи встановлення гнучкого робочого графіку, неповного робочого дня, розділення посад, самостійну зайнятість інвалідів та відповідний догляд за ними; а також – координувати дії державних і приватних органів, що займаються професійною реабілітацією інвалідів (п.п. 6, 9 Правила 7

Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів; ст. 5. Конвенції МОП №159).

Взаємодія держави, організацій робітників та роботодавців з організаціями інвалідів відображена у **Положенні про Раду у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України, затвердженому постановою КМУ від 12.12.94**. Рада як громадський консультативний орган взаємодіє з центральними та місцевими органами влади, підприємствами, установами та організаціями, громадськими організаціями інвалідів. Рада сприяє органам державної влади та громадським організаціям у вирішенні правових, економічних питань соціально-трудової реабілітації інвалідів.

Положення про державну інспекцію праці Міністерства праці та соціальної політики України, затверджене Постановою КМУ від 02.08.96 передбачає взаємодію державної інспекції праці, яка здійснює контроль за додержанням законодавства про працю, з профспілковими об'єднаннями, представниками сторін, які підписали галузеві, регіональні угоди та колективні договори (пункт 6). Щодо безпеки праці, слід відмітити **Національну програму поліпшення стану безпеки праці, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–2005 роки, затверджену Постановою ВРУ від 20.04.00**.

Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки як одне із завдань визначає створення сприятливих умов для співпраці громадських організацій інвалідів з роботодавцями, профспілками та органами влади у сфері зайнятості.

Планом заходів щодо реалізації положень Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Конфедерацією роботодавців України та всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями на 2002-2003 роки, (затвердженим Розпорядженням КМУ №242-р від 29.04.02) передбачено щороку на засіданні КМУ за участі представників профспілок та організацій роботодавців розглядати питання про стан охорони праці, виробничого травматизму та професійних захворювань та розробляти заходи його покращення. КМУ за участі профспілок розглядає питання щодо ратифікації Європейської соціальної хартії. За погодженням із сторонами Генеральної угоди КМУ бере на себе зобов'язання вжити заходи по розширенню центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації, розробити у першому півріччі 2002 року Програму державного забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації на період до 2005 року.

Генеральна угода між Кабінетом Міністрів України, всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців і підприємців та всеукраїнськими профспілками і профоб'єднаннями на 2004-2005 роки порівняно із попередньою угодою не передбачає активних заходів щодо працевлаштування та соціального захисту інвалідів. Тим не менше, сторони домовились розробити і внести на розгляд ВРУ пропозиції щодо стимулювання роботодавців до працевлаштування інвалідів. Щодо покращення трудового оточення та недопущення трав, які ведуть до втрати працездатності сторони домовились розглянути стан умов безпеки праці, виробничого травматизму і прийняти відповідні рішення щодо покращення ситуації у цій сфері. Передбачено здійснювати постійний контроль та аналіз стану охорони праці, аварійності та травматизму, одночасно розробляючи заходи покращення умов праці.

Щодо консультацій з громадськими організаціями інвалідів варто зазначити, що **ЗУ Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” N 1773-IV від 15.06.2004** передбачає участь громадських організацій інвалідів у розробці нормативно-правових актів, які стосуються матеріального, соціально-побутового та медичного забезпечення інвалідів. Даний перелік не включає питання працевлаштування інвалідів, а тому зазначений закон не передбачає залучення організацій інвалідів до вирішення питань зайнятості.

Положення про Фонд соціального захисту інвалідів, затверджене Постановою №1434 від 26.09.2002, передбачає колегіальну участь представників “Національної асамблеї інвалідів України. Крім того, Фонд зобов'язаний співпрацювати з підприємствами інвалідів. Враховуючи, що створення робочих місць для інвалідів є пріоритетною функцією Фонду, можна говорити, що підзаконними актами участь організацій інвалідів у формуванні політики працевлаштування частково забезпечена.

Указом Президента N 1112/2002 від 02.12.2002 Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю КМУ зобов'язувався залучати громадські організації інвалідів до прийняття рішень, які стосуються інтересів інвалідів. Про програми зайнятості мова не йде, проте можна припустити, що програми зайнятості також мають на увазі.

8. Державі потрібно організовувати та підтримувати компанії по поширенню обізнаності громадськості та подоланню негативного та

упередженого ставлення до робітників-інвалідів (п. 4 *Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*).

Такі компанії були започатковані у зв'язку із проведенням в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю. **Указом Президента N 1112/2002 від 02.12.2002 Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю Державний комітет інформаційної політики**, телебачення та радіомовлення зобов'язувався забезпечити широке висвітлення проведення Року людей з інвалідністю, збільшити кількість програм із сурдоперекладом та розглянути можливість створення щотижневої тематичної програми з проблем інвалідності.

9. Компетентні органи влади вживають заходи з метою забезпечення і оцінки служб професійної орієнтації, професійного навчання, працевлаштування, зайнятості, а також інших пов'язаних з ними служб, щоб інваліди мали можливість отримувати, зберігати роботу та просуватися по службі; наявні служби для трудящих в цілому використовуються, де це можливо та доцільно, з потрібною адаптацією (ст. 7. *Конвенції МОП №159*).

Головним компетентним органом з питань працевлаштування інвалідів є **Міністерство праці та соціальної політики України** (ст.18 **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні**). Міністерство сприяє розвитку системи професійної та соціальної реабілітації інвалідів, їх працевлаштуванню, організовує роботу, пов'язану з професійним навчанням та перекваліфікацією інвалідів.

Обласні та районні **Управління праці та соціального захисту населення** є також важливими службами в сфері працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів. Вони зобов'язані сприяти розвитку системи професійної реабілітації інвалідів, їх працевлаштуванню, створенню для них виробництв, цехів, ділянок та робочих місць. Управління здійснюють направлення інвалідів до навчальних закладів системи соціального захисту для професійно-технічного навчання та перекваліфікації (**Типове положення про головне управління праці та соціального захисту населення обласної, Київської міської державної адміністрації і управління праці та соціального захисту населення Севастопольської міської державної адміністрації, затверджене постановою КМУ від 29.09.00**).

Однією з перших служб професійної реабілітації інвалідів стала **медико-соціальна експертна комісія (МСЕК)**, яка працює в складі обласного відділу

охорони здоров'я. МСЕК разом із лікувальними закладами, підприємствами, організаціями та профспілками визначає умови та види праці, роботи та професії для хворих та інвалідів (**Положення про медико-соціальну експертизу, затверджене постановою КМУ від 22.02.92**). МСЕК орієнтується переважно на медичну реабілітацію і тільки в обласних комісіях передбачені посади юриста та економіста. При цьому саме МСЕК розробляє індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, яка включає професійну реабілітацію, яка складається з професійної орієнтації, професійного навчання або перекваліфікації та раціонального працевлаштування (**Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затверджене постановою КМУ від 22.02.92**). За таких обставин якість професійної реабілітації не гарантується. Саме тому **Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки** передбачено введення до складу МСЕК спеціалістів з медичної професійної орієнтації, а також вивчення питання доцільності передачі МСЕК до системи Міністерства праці та соціальної політики України.

Постановою КМУ №738 від 01.06.2002 “Про внесення змін до постанови КМУ № 83 від 22 лютого 1992 року” розширено перелік функцій міських та районних МСЕК. Відтепер вони надають трудові рекомендації інвалідам та розробляють заходи медико-соціальної реабілітації під час складання програм реабілітації та адаптації.

Однією з найпотужніших інституцій, які здійснюють працевлаштування інвалідів, є **Фонд України соціального захисту інвалідів**, створений відповідно до **ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів та Положення, затвердженого постановою КМУ від 18.07.91**. Фонд фінансує заходи соціально-трудової реабілітації інвалідів, контролює додержання нормативів створення робочих місць для інвалідів, сприяє створенню підприємств для забезпечення інвалідів робочими місцями, здобуття ними освіти та перекваліфікації.

Постановою КМУ № 954 від 11.07.2002 “Питання Фонду соціального захисту інвалідів” була запланована реорганізація Фонду в урядовий орган державного управління у складі Міністерства праці та соціальної політики.

На виконання **Постанови № 954 Постановою № 1434 від 26.09.2002** було затверджено нове **Положення про Фонд соціального захисту інвалідів**. До *основних функцій* Фонду віднесено:

- здійснення заходів соціальної, трудової та професійної реабілітації інвалідів;
- реєстрація та отримання звітності від підприємств щодо працевлаштування інвалідів за квотою;
- здійснення контролю за своєчасною сплатою підприємствами штрафних санкцій за недотримання нормативів працевлаштування інвалідів;
- сприяння створенню робочих місць для працевлаштування інвалідів;
- організація збору благодійних внесків підприємств для соціального захисту інвалідів;
- контроль цільового використання наданих підприємствам коштів для соціального захисту інвалідів;
- співпраця із Всеукраїнським громадським соціально-політичним об'єднанням *"Національна Асамблея інвалідів України"*, громадськими організаціями інвалідів та заснованими ними підприємствами і організаціями;
- надання інвалідам інформаційних та-консультативних послуг.

Відповідно, для виконання цих завдань Фонд має право:

- залучати спеціалістів органів влади, підприємств та організацій;
- отримувати від органів влади необхідні документи та інформацію;
- здійснювати перевірки підприємств та організацій щодо виконання ними норм працевлаштування інвалідів.

Структурно Фонд входить до складу Мінпраці, директор Фонду входить до складу колегії Мінпраці. За погодженням з Мінпраці створюються територіальні відділення Фонду та призначаються їх керівники. Рішення Фонду повинні погоджуватись на засіданнях колегії Фонду, до якої входять директор та його заступники, керівники територіальних відділень, представники "Національної асамблеї інвалідів України", Комісії з питань діяльності підприємств та громадських організацій інвалідів. Склад колегії затверджується Міністром праці та соціальної політики. Діяльність фонду фінансується в межах бюджетних коштів, передбачених для Мінпраці.

Положення про Фонд передбачає колегіальну участь представників "Національної асамблеї інвалідів України". Крім того, Фонд зобов'язаний співпрацювати з підприємствами інвалідів. Враховуючи, що створення робочих місць для інвалідів є пріоритетною функцією Фонду, можна говорити, що

підзаконними актами участь організацій інвалідів у формуванні політики працевлаштування частково забезпечена.

Іншою службою професійної орієнтації та реабілітації є **центри професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів**, які діють відповідно до **Типового положення**, затвердженого **Наказом Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства освіти України, Міністерства охорони здоров'я України, Фонду України соціального захисту інвалідів від 11.06.99**.

Центр засновується на обласному та місцевому рівні як медико-соціальна установа для інвалідів I-III групи для тимчасового перебування і підпорядковується обласним управлінням соціального захисту та органам місцевого самоврядування. Центри можуть створюватись благодійними фондами та комерційними структурами, але контроль за якістю послуг та роботи центрів здійснюють державні органи. На відміну від МСЕК, які провадять професійну реабілітацію на підприємствах та в установах, центри проводять такі заходи на власній базі. При центрі можуть створюватись промислові міні-підприємства, лікувально-виробничі майстерні, цехи. Центр забезпечує вибір та застосування методів професійної реабілітації (професійна орієнтація / переорієнтація, професійна підготовка / перепідготовка, підвищення кваліфікації, ефективне працевлаштування. Залежність від індивідуальних програм реабілітації та адаптації інваліда, розроблених МСЕК, Положенням не передбачається. Разом із службою зайнятості центри сприяють працевлаштуванню інвалідів. В структурі центрів вказана робота виконується кабінетом профорієнтації та вибору професій, оснащений комп'ютером з програмою тестування.

Відповідно до **Указу Президента від 23 травня 2001 року та Розпорядження КМУ від 06.03.02 Про створення мережі центрів професійної реабілітації та деякі питання діяльності Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів** був затверджений проект будівництва *Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів* потужністю 136 місць і запланована задача в експлуатацію до кінця 2002 року. На Центр покладаються функції координатора здійснення заходів щодо створення мережі центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів. Порядок направлення до центру повинен бути затверджений Міністерством праці та соціальної політики та іншими компетентними установами. Отже, розпорядження передбачає заходи по розширенню та централізації служби професійної реабілітації.

Цим же розпорядженням Кабмін зобов'язав Міністерство охорони здоров'я подати пропозиції щодо внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого постановою КМУ від 22.02.92, стосовно трудових рекомендацій інвалідам працездатного віку під час складення індивідуальних програм реабілітації. Отже, розпорядження передбачало якісні зміни у змісті індивідуальних програм професійної реабілітації інвалідів.

Комплексною програмою забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності, затвержені постановою КМУ від 21.12.01 на 2002 рік заплановано розширити мережу центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів і заснувати їх в усіх містах з населенням понад 50 тис. чоловік.

Розпорядження Президента України від 13.11.01 Про заходи щодо посилення соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями зобов'язує Кабінет Міністрів України забезпечити фінансування матеріально-технічного забезпечення Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів за рахунок коштів Фонду України соціального захисту інвалідів. На базі Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів організовується підготовка і перепідготовка інвалідів, навчального персоналу центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів та підвищення кваліфікації фахівців з професійної реабілітації.

Постановою КМУ № 698 від 26.05.2004 Про затвердження Порядку використання у 2004 році коштів Фонду соціального захисту інвалідів на функціонування центрів реабілітації інвалідів визначено, що Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, міжрегіональні центри професійної реабілітації фінансуються Фондом у повному обсязі відповідно до кошторисів із коштів спеціального фонду Держбюджету, що формується за рахунок спеціальних надходжень від штрафних санкцій за не створення робочих місць для інвалідів.

Оцінка ефективності діяльності центрів була дана в *Національній програмі професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки*. Тільки половина з існуючих центрів займаються професійною реабілітацією. Вони не мають належного наукового, матеріально-технічного, навчально-методичного та інформаційного забезпечення. Незадовільне кадрове забезпечення фахівцями з професійної реабілітації. Для подолання цих недоліків Програма передбачає розширення мережі центрів. На міністерства та наукові заклади покладається постійно здійснювати наукове та навчально-методичне забезпечення центрів. Також на органи виконавчої влади

покладається придбання комп'ютерної техніки, професійно-діагностичної апаратури та літератури для кабінетів профорієнтації центрів.

До неспеціалізованих служб працевлаштування інвалідів відноситься **Державна служба зайнятості**, підпорядкована Мінпраці та місцевим органам державної влади. Відповідно до **Положення про державну службу зайнятості, затвердженого постановою КМУ від 24.06.91**, вони сприяють створенню додаткових робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту.

Положення про порядок бронювання на підприємствах, в організаціях і установах робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту (постанова КМУ від 27.04.98) зобов'язує центри зайнятості у разі потреби організувати професійну підготовку, перепідготовку або підвищення кваліфікації громадян, які потребують соціального захисту за кошти фонду сприяння зайнятості населення.

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ТА СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ

Критеріями оцінки української законодавчої та нормативної бази щодо соціального захисту інвалідів є **Декларація ООН про права інвалідів** та **Правило 8 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів**.

1. Інваліди мають право на соціальне забезпечення та задовільний рівень життя.

Вказане право в українському законодавстві прямо не задеклароване. Право на соціальний захист громадян затверджено Конституцією України, а в **ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”** вказується, що інваліди користуються всіма громадянськими правами.

2. Якщо перебування інваліда у спеціальному закладі є необхідним, то середовище та умови життя в ньому повинні як найбільше відповідати середовищу та умовам нормального життя осіб його або її віку.

Дане положення не знаходить відображення в правилах утримання та опіки інвалідів в інтернатних установах. **Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний будинок-інтернат, пансіонат для ветеранів війни та праці**, затверджене наказом Міністерства соціального захисту України від 01.04.97, встановлює, що особи, які приймаються до будинку-інтернату, проходять санітарну обробку, перевдягаються в одяг будинку-інтернату і проходять карантин в ізольованому приміщенні протягом 14

днів. Користуватись особистими речами мешканці будинку-інтернату можуть за погодженням з адміністрацією. Тимчасове вибуття за власним бажанням дозволяється за погодженням із адміністрацією на термін не більше одного місяця.

Майже такі самі правила, що й для будинку-інтернату для громадян похилого віку, встановлюються **Типовим положенням про дитячий будинок-інтернат**, затвердженим наказом Міністерства соціального захисту України від 01.04.97. Ця установа призначена спеціально для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку.

Постанова КМУ від 12 жовтня 2000 р. N 1545 Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів запроваджує новий підхід до соціальної реабілітації дітей-інвалідів. На відміну від інтернатних установ, мережа центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів забезпечує проведення реабілітаційних заходів без відриву від сім'ї та дому, оскільки центр розміщується поруч із помешканням сім'ї з дитиною-інвалідом. Метою центру є поступова інтеграція дітей-інвалідів до звичайних дитячих дошкільних закладів. Концепція передбачає розробку регіональних концепцій реабілітації дітей-інвалідів та розробку Типових положень про районний, міський та обласний центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

На виконання Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів було прийнято **Типове положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, затверджене Наказом Мінпраці, МОН, МОЗ, Фонду соціального захисту інвалідів N 313/395/248/92 від 10.07.2002**. Цей документ деталізує порядок діяльності зазначених центрів, як установ, що здійснюють реабілітацію без відриву від сім'ї із залученням до реабілітаційного процесу батьків та інших членів сім'ї дитини.

3. Держава несе відповідальність за надання соціального забезпечення інвалідам та підтримки їх доходів.

Відповідно до **ЗУ “Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”** від 23.09.99, Фонд соціального страхування від нещасних випадків виплачує допомогу у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності до відновлення працездатності або встановлення інвалідності в обсязі середньомісячного заробітку до втрати працездатності.

Фонд соціального страхування від нещасного випадку має істотну заборгованість з вказаних виплат, тому **Планом заходів щодо реалізації**

положень Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Конфедерацією роботодавців України та всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями на 2002-2003 роки (розпорядження КМУ від 29.04.02) заплановано погашення заборгованості Фонду до кінця 2003 року. Іншими словами, підтримання доходів в період відновлення працездатності в Україні не має належного забезпечення.

Одним із засобів покращення діяльності Фонду соціального страхування від нещасних випадків передбачений Постановою КМУ від 21.12.01 **Про затвердження комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності**. З метою скорочення адміністративних витрат Фонду та підвищення рівня збору внесків заплановано розробити проект ЗУ **“Про єдиний страховий внесок на загальнообов'язкове державне страхування”**, який би покладав функції збору єдиного внеску та реєстрації страхувальників на Пенсійний фонд.

4. Довготривалі грошові виплати для компенсації втрати доходу в результаті інвалідності.

Основним законом, який визначає соціальне забезпечення та підтримку доходів інвалідів є ЗУ від **5.11.91 Про пенсійне забезпечення**. Інвалід може обрати певний вид пенсії (за віком, по інвалідності, соціальну). Розмір пенсії за віком складає 55% заробітку, але не може бути меншим за мінімальну пенсію за віком, яка відповідає мінімальному споживчому бюджету. Пенсія по інвалідності внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання складає для інвалідів I групи — 70%, II — 60%, III — 40% заробітку. Передбачені надбавки до пенсії по інвалідності для інвалідів, які утримують непрацездатних членів сімей, або погребують сторонньої допомоги передбачена надбавка у розмірі соціальної пенсії. Остання складає для інвалідів I групи — 200% мінімальної пенсії за віком, II групи — 100%, 3 групи та дітей-інвалідів до 16 років — 50%.

Довготривала грошова допомога передбачається ЗУ від **16.11.00 Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам**. Право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства I і II групи, непрацюючі інваліди з дитинства III групи, а також діти-інваліди віком до 16 років. Інвалідам з дитинства, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу і пенсію, призначається державна соціальна допомога або пенсія за їх вибором. Державна соціальна допомога призначається у таких розмірах:

- інвалідам з дитинства I групи –100 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- інвалідам з дитинства II групи – 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- непрацюючим інвалідам з дитинства III групи – 50 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- на дітей-інвалідів віком до 16 років – 70 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Державна соціальна допомога встановлюється на строк інвалідності, визначений МСЕК. Діти, які перебувають в інтернатних закладах, отримують 20% розміру.

Існують особливості пенсійного забезпечення інвалідів війни. **Положенням про порядок призначення та виплати в Міністерстві оборони України державних пенсій та допомог військовослужбовцям та членам їх сімей (наказ міністерства оборони України від 08.08.94)** інваліди війни I групи отримують пенсію за вислугу років збільшену на 400% мінімальної пенсії за віком, II групи – на 350%, III групи – на 150%. Військовослужбовці в особливому порядку отримують пенсії по інвалідності. Особи офіцерського складу I групи інвалідності отримують пенсію не нижче 520% мінімальної пенсії за віком, II групи – 455%, III групи – 260%. Інші військовослужбовці I групи – 480%, II групи – 420%, III групи – 240%.

Особливий порядок пенсійного забезпечення передбачений для громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. **ЗУ від 28.02.91 Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи** встановлює мінімальний розмір державних пенсій для інвалідів I групи – 10 мінімальних пенсій за віком, II групи – 8 мінімальних пенсій за віком, III групи – 6 мінімальних пенсій за віком, дітям-інвалідам – 3 мінімальні пенсії за віком.

Постанова КМУ від 21.12.01 Про затвердження комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності передбачає підвищення забезпечення прожиткового мінімуму для призначення допомоги відповідно до ЗУ "Про державну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" і встановити його не нижче 23,4% прожиткового мінімуму, встановленого на 2002 рік.

Постановою КМУ від 3 січня 2002 р. Про підвищення розмірів пенсій та інших соціальних виплат окремим категоріям пенсіонерів, фінансування яких здійснюється за рахунок коштів державного бюджету на 10% збільшуються пенсії військовослужбовців. Розрахунок пенсій, передбачених ЗУ

від 28.02.91 Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, проводиться відповідно до мінімальної пенсії за віком у розмірі 19 грн. 91 коп., тобто пенсія інваліда-чорнобильця I групи складатиме 199 грн.10 коп. Вказаний рівень мінімальної пенсії за віком також стосується розрахунків надбавок на непрацездатних членів сім'ї, що перебувають на утриманні непрацюючих пенсіонерів та надбавок по догляду за самотніми пенсіонерами та інвалідами.

Постанова КМУ від 28.12.01 Про затвердження бюджету Пенсійного фонду на 2002 рік встановлює загальний обсяг виплат пенсій інвалідам I групи по зору 338 тис. грн., на виплату пенсій багатодітним матерям та матерям дітей-інвалідів 46 млн.228 тис.

Сімейний кодекс від 10.01.02 передбачає, що забезпечення повнолітніх непрацездатних осіб в першу чергу є обов'язком членів сімей, які мають можливість утримувати. Так, ст. 75 визначає право на утримання члена подружжя, який є непрацездатний, тобто інвалід I-III групи, іншим членом подружжя, за умови, що він може надавати матеріальну допомогу. Ст. 202 передбачає, що повнолітні дочка, син зобов'язані утримувати батьків, які є непрацездатними і потребують матеріальної допомоги. Дочка, син крім сплати аліментів зобов'язані брати участь у додаткових витратах на батьків, викликаних тяжкою хворобою, інвалідністю або немічністю (ст.203). Суд визначає розмір аліментів на батьків у твердій грошовій сумі і (або) у частці від заробітку (доходу) із врахуванням матеріального та сімейного стану сторін (ст.205).

ЗУ Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування N 1058-IV від 09.07.2003 передбачає новий порядок надання пенсій по інвалідності для застрахованих осіб. Право на пенсію по інвалідності набувається за умови наявності стажу від 2 до 5 років (залежно від віку працівника) на момент настання інвалідності. Передбачені такі розміри пенсії по інвалідності: інвалідам I групи – 100% пенсії за віком, II групи – 90%, III групи – 50%. Пенсія призначається на строк інвалідності, а інвалідам, які досягли пенсійного віку – довічно.

ЗУ Про державну соціальну допомогу непрацездатним особам та інвалідам №1727-IV від 18.05.2004 визначає такі розміри допомог: інваліди I групи – 100% прожиткового мінімуму для непрацездатних, II групи – 80%, III групи – 60%.

ЗУ Про внесення змін до ЗУ “Про охорону праці” N 229-IV від 21.11.2002 передбачає зарахування часу інвалідності від нещасного випадку на

виробництві до стажу роботи для призначення пенсії за віком та стажу роботи в шкідливих умовах, що забезпечує право на пільгове пенсійне забезпечення.

5. Додаткова фінансові допомога в разі низького доходу в результаті інвалідності.

Постанова КМУ від 10.12.98 Про державну грошову допомогу деяким категоріям пенсіонерів встановлює з 1 грудня 1998 року інвалідам I та II групи та їх сім'ям, якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї на кожного члена не досягає 53 грн.50 коп., державну грошову допомогу у розмірі до 16 грн. 70 коп. З травня 2000 року середньомісячний сукупний дохід сім'ї обчислюється з урахуванням індексу споживчих цін.

Порядок призначення та виплати державної грошової допомоги деяким категоріям пенсіонерів, затверджений Наказом від 06.04.99 Мінпраці, Мінфіном та Пенсійним фондом визначає категорії громадян, яким призначається державна допомога та порядок визначення сукупного доходу сім'ї. Державна допомога призначається самотнім непрацюючим громадянам, які визнані інвалідами I або II групи і не мають працездатних родичів, зобов'язаних їх утримувати. Допомогу також отримують сім'ї, які складаються з непрацюючих громадян, визнані інвалідами I або II групи та не мають працездатних родичів. До сукупного доходу сім'ї відносять пенсію, допомогу, довічне грошове утримання, виплати передбачені ЗУ від 28.02.91 **Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи**, та одержувані аліменти. Державна грошова допомога визначається як різниця між сукупним доходом на кожного члена сім'ї та межею у сумі 53,50 грн. В будь-якому разі державна допомога не може перевищувати 16,70 грн.

Додаткова фінансова допомога інвалідам також передбачає відшкодування частини вартості житлово-комунальних послуг та затрат на користування побутовими послугами. ЗУ від 22.10.93 **Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту** передбачає для інвалідів війни 100-відсоткову знижку плати за користування житлом, комунальними послугами (газом, електроенергією) та придбання палива.

Постанова КМУ від 27.07.98 Про новий розмір витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива у разі наданні житлової субсидії встановлює розмір сплати житлово-комунальних послуг сім'ями з непрацездатними громадянами та інвалідами I та II групи, сукупний дохід яких на

кожного члена не перевищує мінімального рівня малозабезпеченості, в обсязі 15% середньомісячного сукупного доходу.

ЗУ Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" N 1045-IV від 09.07.2003 та Постанова КМУ №250 від 24.02.2003 Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям передбачає додаткові гарантії в отриманні соціальної допомоги сім'ям інвалідів. Зокрема, на сім'ї інвалідів I та II групи не поширюється обмеження права на соціальну допомогу у разі наявності у власності земельної ділянки. Крім того, на кожную дитину в сім'ї інвалідів I та II групи рівень забезпечення прожиткового мінімуму збільшується на 20%.

ЗУ Про податок з доходів фізичних осіб N 889-IV від 22.05.2003 передбачає надання податкової соціальної пільги для інвалідів I та II групи у розмірі 1,5 мінімальної заробітної плати. Надання цієї пільги передбачає зменшення податку за рахунок зменшення оподаткованого доходу на зазначений розмір мінімальної зарплати.

ЗУ Про поліпшення матеріального становища інвалідів війни 1603-IV від 16.03.2004 передбачає з 1 травня 2004 року надання інвалідам війни I групи 50 грн./міс. цільової грошової допомоги на прожиття. Інвалідам війни II та III груп, щомісячний розмір пенсій яких не перевищує прожиткового мінімуму для непрацездатних (268 грн.) допомога надається у розмірі до 50 грн./міс.

6. Додаткова соціальна допомога готівкою або натурою для компенсації додаткових витрат в результаті інвалідності.

ЗУ від 22.10.93 Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту інваліди війни безкоштовно забезпечуються автомобілем з ручним керуванням.

Постанова КМУ від 8.08.97 Про порядок забезпечення інвалідів автомобілями надає право безоплатного одержання автомобіля інвалідам війни, інвалідам з числа військовослужбовців, інваліди I групи та особи, які стали інвалідами внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. Інваліди внаслідок трудового каліцтва за наявності відповідного медичного висновку забезпечуються автомобілями за рахунок підприємства, на якому трапилось каліцтво. Іншим категоріям інвалідів автомобілі продаються із 30%-вою знижкою.

Фінансування протезування інвалідів здійснюється Фондом України соціального захисту інвалідів, обсяги якого узгоджуються з громадськими

організаціями інвалідів, згідно Положення про Фонд України соціального захисту інвалідів, затвердженого постановою КМУ від 18.07.91.

Постанова КМУ від 03.04.95 Про порядок надання і розміри грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян встановлює відповідну компенсацію вартості путівок інвалідам I та II групи – 100%, III групи – 75%.

ЗУ Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” N 1773-IV від 15.06.2004 встановлює, що протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття, засоби пересування, у тому числі крісла-коляски з електроприводом, автомобілі, індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові і голосоутворювальні апарати, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони та факси для письмового спілкування, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо надаються інвалідам та дітям-інвалідам безплатно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку.

Наказом Мінпраці № 331 від 08.12.2003 Про затвердження Інструкції про порядок забезпечення населення України технічними засобами реабілітації визначено новий порядок забезпечення інвалідів засобами реабілітації за рахунок коштів Державного бюджету.

ЗУ Про внесення зміни до статті 13 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" N 1109-IV від 10.07.2003 закріплює право інвалідів війни на компенсацію невикористаних путівок на санаторно-курортне лікування у розмірах: інвалідам I та II групи – середня вартість путівки, інвалідам III групи – 75% середньої вартості.

7. Різні види грошової допомоги (періодична грошова допомога, одноразова допомога, поєднання обох видів) і обставини, при яких передбачається ця допомога

Положення про порядок та умови надання разової матеріальної допомоги окремим категоріям дітей, молоді, жінок, сімей, затверджене наказом від 22.07.97 Міністерства України у справах сім'ї та молоді передбачає надання разової речової або грошової допомоги (один раз на рік одній особі) інвалідам, які потребують платного лікування або оздоровлення у розмірі 12 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Соціальне страхування передбачає різні види грошової допомоги. Згідно з **ЗУ від 23.09.99 Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які**

спричинили втрату працездатності Фонд соціального страхування від нещасного випадку відшкодовує:

- 1) допомогу у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності до відновлення працездатності або встановлення інвалідності;
- 2) одноразову допомогу в разі стійкої втрати працездатності або смерті;
- 3) щомісячну виплату грошової суми в разі часткової або повної втрати працездатності, що компенсує частку втраченого заробітку;
- 4) пенсію по інвалідності внаслідок нещасного випадку на виробництві.

8. Фінансова допомога для підтримки сімей, в яких є діти з важкою формою інвалідності.

ЗУ від 21.11.92 Про державну допомогу сім'ям з дітьми, визначає, що право на допомогу по догляду за дитиною-інвалідом має один з непрацюючих працездатних батьків дитини-інваліда або особа, яка їх замінює, що здійснює постійний догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку. Допомога надається у розмірі 100% мінімальної заробітної плати.

Положення про умови та порядок надання адресної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям, затверджене постановою КМУ від 22.02.99 передбачає надання у грошовій формі соціальної допомоги сім'ям, що доглядають за інвалідом I групи або дитиною-інвалідом до 16 років і середньомісячний сукупний дохід якої є нижчим за дохід, який дає право на призначення соціальної допомоги. Сукупний дохід сім'ї, що дає право на отримання соціальної допомоги визначається на основі мінімального доходу, який встановлюється КМУ.

Сімейний кодекс від 10 січня 2002 року визначає обов'язки батьків по утриманню дитини-інваліда. Ст.7 пункт 8 передбачає, що регулювання сімейних відносин має відбуватись з максимально можливим урахуванням інтересів дитини та непрацездатних членів сімей. Згідно з ст. 86, якщо дитина має вади фізичного або психічного розвитку, чоловік, з яким проживає дитина, має право на утримання від дружини до досягнення дитиною шести років. Ст.88 передбачає, що в тому разі якщо один із подружжя, в тому числі і працездатний, проживає з дитиною-інвалідом, яка не може обходитися без постійного стороннього догляду, і опікується нею, він має право на утримання за умови, що другий з подружжя може надавати матеріальну допомогу. Право на утримання триває протягом всього часу проживання з дитиною-інвалідом та опікування нею і не залежить від матеріального становища того з батьків, з ким вона проживає.

9. Системи соціального забезпечення, соціального страхування або інші подібні системи допомоги для всього населення не повинні ігнорувати інтереси інвалідів і не були дискримінаційними по відношенню до них.

Щодо системи соціального страхування, **ЗУ від 23.09.99 Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності** максимально враховує інтереси інвалідів у відновленні працездатності, медичної та соціальної реабілітації та матеріального забезпечення.

10. Забезпечення матеріальної підтримки та соціального захисту осіб, які взяли на себе піклування інвалідом.

ЗУ від 05.11.91 Про пенсійне забезпечення передбачає надбавку до пенсії інваліда, який потребує стороннього догляду, у розмірі соціальної пенсії.

ЗУ від 16.11.02 Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам призначає надбавку на догляд за інвалідам з дитинства I групи у розмірі 50 відсотків прожиткового мінімуму. Надбавка на догляд, що призначається одинокій матері (батьку), встановлюється у розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 30 відсотків прожиткового мінімуму, на дитину-інваліда віком від 6 до 16 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму.

Порядок надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду та догляд за ним, затверджений постановою КМУ від 02.08.00, передбачає надання допомоги на догляд у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

ЗУ Про внесення змін до ЗУ Про податок з доходів фізичних осіб № 1781-IV від 15.06.2004 передбачає надання податкової соціальної пільги для осіб, які утримують дітей-інвалідів I та II групи у розмірі 1,5 мінімальної заробітної плати. Надання цієї пільги передбачає зменшення податку за рахунок зменшення оподаткованого доходу на зазначений розмір мінімальної зарплати.

ЗУ Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства" N 1579-IV від 04.03.2004 встановлює надбавку на догляд за інвалідами з дитинства I групи у розмірі 50% прожиткового мінімуму для непрацездатних громадян, за дітьми-інвалідами до 6 років – 30% прожиткового мінімуму для цієї категорії, від 6 до 16 – 50%. Надбавка надається одинокій матері (батьку), незалежно від факту роботи та

доходу сім'ї. Надбавки на догляд для повних сімей надаються у таких же розмірах за умови, що доходи сім'ї нижче прожиткового мінімуму і один з батьків не працює.

Постанова КМУ №558 від 29.04.2004 Про затвердження Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги визначає такі обсяги компенсації особам, які здійснюють нагляд за інвалідами: 15% прожиткового мінімуму для працездатних осіб, які надають послуги інвалідам I групи, 10% – інвалідам II групи та дітям інвалідам, 7% – інвалідам III групи. Пенсіонерам, які надають послуги виплата компенсації здійснюється з врахуванням прожиткового мінімуму для непрацездатних. Особа, яка надає соціальні послуги має право тільки на одну компенсацію, незалежно від кількості осіб, яким надаються послуги та обсягу цих послуг.

Постановою КМУ № 373 від 24.03.2004 Про внесення змін до деяких постанов КМУ збільшено допомогу малозабезпеченим особам, які поживають з інвалідами I та II групи внаслідок психічного розладу з розміру неоподаткованого мінімуму до 10% прожиткового мінімуму для працездатних осіб.

11. Матеріальну допомогу інвалідам слід надавати до того часу, поки зберігається стан інвалідності, причому таким чином, щоб інваліди прагнули знайти роботу. Таку допомогу слід скорочувати або припиняти тільки після того, як інвалід починає отримувати адекватний та гарантований дохід.

ЗУ від 23.09.99 Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності забезпечує те положення, що матеріальну допомогу інвалідам слід надавати до того часу, поки зберігається стан інвалідності, причому таким чином, щоб інваліди прагнули знайти роботу. Таку допомогу слід скорочувати або припиняти тільки після того, як інвалід починає отримувати адекватний та гарантований дохід.

12. Заохочення місцевих громад, благодійних організацій та сімей до розробки власних заходів та стимулів для забезпечення зайнятості та пов'язаної з нею діяльності для інвалідів.

ЗУ Про соціальні послуги N 966-IV від 19.06.2003 передбачає залучення до надання соціальних послуг інвалідам приватних та інших недержавних організацій. Окремим стимулом є залучення недержавних підприємств та організацій до надання послуг за державні кошти на конкурсній основі. Безоплатні соціальні послуги отримують одинокі інваліди, не здатні до

самообслуговування. Інваліди, забезпечені доглядом і мають близьких отримують соціальні послуги на платній основі.

Програма діяльності кабінету Міністрів України «Відкритість, дієвість, результативність» (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 344 від 15.03.2003 р.) передбачала заходи щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення, проведення в Україні у 2003 р. Року людей з інвалідністю.

У відповідності з **Положенням про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда, затверджене постановою КМУ № 83 від 22.02.92**, одним із видів реабілітаційної допомоги є *соціально-побутова реабілітація*, яка включає *соціально-побутове влаштування та обслуговування*.

Згідно з **Програмою забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення**, затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 року N 863 (863-2003-п), усі житлові та суспільні будівлі мають прийматися в експлуатацію лише за умов їх доступності людям з фізичними вадами. Контроль здійснюватиметься представниками органів праці та соціального захисту населення та громадських організацій інвалідів, які є членами прийомних комісій. Безбар'єрне середовище визнано головним засобом прискорення інтеграції інвалідів у суспільство. Є випадки, коли інваліди вигравали позови до суду в зв'язку з відсутністю спеціальних пристосувань для спінальних інвалідів.

Постановою КМУ № 559 від 29.04.2004 Про затвердження Правил організації та проведення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг визначений порядок проведення конкурсу місцевими органами державної влади та органами місцевого самоврядування.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ УКРАЇНСЬКОГО ЗАКОНОДАВСТВА В ПОРІВНЯННІ З МІЖНАРОДНИМ (станом на 01.01.2005)

1. По медичному обслуговуванню та реабілітації інвалідів

Право інвалідів на медичне обслуговування прямо не декларується в українському законодавстві, проте *Конституцією України* інвалідам у нашій державі гарантовано рівні з усіма громадянами можливості для участі у державному будівництві, інтеграції в усі сфери суспільного життя.

Вперше в Україні питання реабілітації інвалідів вирішувались на законодавчому рівні Законом **"Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні"** (1991) та підзаконними актами. Закон визначив права інваліда на медичну та професійну реабілітацію. Було передбачено створення спеціалізованих реабілітаційних установ – *Центрів медико-соціальної реабілітації інвалідів* з можливостями комплексного проведення усіх видів та етапів реабілітації; впровадження індивідуальних програм реабілітації; визначені відповідальні, організуючі та контролюючі органи, а також джерела фінансування. Проте, на практиці достатнє фінансування як для створення обласних Центрів реабілітації інвалідів, так і для реалізації індивідуальних програм їх реабілітації та адаптації забезпечено не було.

У відповідності з положенням Правила 2 *Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів* про розробку програм раннього виявлення та лікування інвалідності та участі інвалідів у розробці цих програм в законодавстві та нормативній базі передбачено те, що програми розробляються МСЕК за участю інвалідів. Станом на 1 січня 2005 року не розроблено і не запроваджено в роботу МСЕК наукових стандартів медико-соціальної експертизи, що було передбачено програмою *"Здоров'я нації"*. Положення про участь міждисциплінарних команд фахівців у створенні програм реабілітації можна вважати виконаними щодо діяльності МСЕК та центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації. Розробка більш масштабних програм, передбачена Положенням про створення Реабілітаційних рад при обласних управліннях охорони здоров'я (Програма *"Здоров'я нації"*) не знайшла відображення у нормативних актах. Відповідно, залишається не вирішеним питання нормативного забезпечення участі організацій інвалідів та сімей інвалідів у розробці програм медичної реабілітації.

Не знайшла відображення у законодавчих та нормативних актах норма про підготовку працівників місцевих громад для виявлення інвалідності. Не відмічено нормативних змін щодо надання медичних послуг інвалідам в межах загальної системи охорони здоров'я. Не відбулося змін у законодавстві щодо положень про забезпечення лікарів необхідними засобами для медичного обслуговування інвалідів та забезпечення професійної підготовки медичного персоналу з питань медичної реабілітації інвалідів.

Законодавчі та нормативні зміни відбулись у законодавстві щодо положення про доступ інвалідів до постійного лікування та забезпечення ліками. Зокрема, у законодавстві закріплено гарантії щодо безоплатного санаторно-курортного лікування інвалідів та пільгового забезпечення ліками під час амбулаторного лікування.

Таким чином, станом на 01.01.2005 р. у законодавчій та нормативній базі України стосовно наближення медичної реабілітації інвалідів до міжнародних норм залишаються невирішеними питання участі організацій інвалідів, сімей інвалідів у розробці програм медичної реабілітації, постійної підготовки медичного персоналу в сфері реабілітації інвалідів та забезпечення лікарів сучасними медичними засобами реабілітації. Всі діючі на цей момент документи не передбачають прав і обов'язків як держави, так і інваліда у реабілітаційному процесі, порядок реалізації ІПР, фінансування її заходів, тому рішення цих питань в умовах обмеженого фінансування не забезпечує необхідний рівень і відповідність завданням повноцінної інтеграції інвалідів у всі сфери життя суспільства.

2. По професійній реабілітації та працевлаштуванню інвалідів

Право інвалідів на працевлаштування та зайнятість інвалідів в українському законодавстві не декларується, хоча заходи держави у наданні таких послуг зазначені.

Норми щодо стимулювання підприємств для забезпечення включення інвалідів у вільний ринок праці є найбільш проблемними для українського законодавства та політики зайнятості загалом. Навпаки, квотна система створення робочих місць для інвалідів, яка все більше викликає невдоволення роботодавців, стала більш жорсткою. Норми працевлаштування інвалідів та відповідні штрафні санкції за їх невиконання поширені і на малі підприємства чисельністю від 8 працівників. Проблему заохочення підприємств заплановано вирішувати в рамках Генеральної угоди між соціальними партнерами. Проте, невідомо, які інструменти заохочення із передбачених міжнародними нормами будуть застосовуватись.

Прийняті підзаконні акти підтверджують спрямованість виконавчої влади на створення робочих місць для інвалідів шляхом підтримки організацій інвалідів та їх підприємств. Саме вони отримують переваги при розміщенні державного замовлення, кредити, фінансову допомогу, державну власність для створення робочих місць. При цьому міжнародні норми наголошують саме на необхідності працевлаштування інвалідів на вільному ринку праці і тільки як варіант створення спеціальних господарських одиниць для гарантованого працевлаштування інвалідів. Очевидно, що українська нормативна база не відповідає таким вимогам.

Набули розвитку положення українського законодавства щодо забезпечення послуг з навчання та працевлаштування інвалідів. В законодавстві закріплено положення щодо застосування дактильно-жестової мови, підтримки видавців просвітницьких матеріалів для інвалідів, створення системи дистанційного

навчання для інвалідів, надання недержавних соціальних послуг із працевлаштування та навчання.

Більшої уваги набула проблема здійснення державою просвітницьких компаній щодо проблем інвалідів і такі компанії мали місце у зв'язку із проведенням в Україні Року людей з інвалідністю. Як і раніше, проблеми безпеки праці та підтримки інвалідів знайшли відображення в Генеральній угоді між соціальними партнерами на 2004-2005 роки. На жаль, не повною мірою було вирішено питання правового забезпечення участі інвалідів у розробці програм зайнятості. Таке положення знайшло відображення тільки у нормативних актах Президента. Зміни до базового ЗУ "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" передбачили тільки участь організацій інвалідів у розробці нормативних актів, які стосуються соціальних проблем.

Щодо положень Конвенції МОП № 159, то українське законодавство зазнало змін тільки стосовно діяльності служб працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів.

Було прийнято нове положення про Фонд соціального захисту інвалідів, за яким Фонд віднесено до підпорядкування Мінпраці, а до його роботи залучено представників представницьких громадських організацій інвалідів. Ці заходи повинні забезпечити ефективність його діяльності у сфері працевлаштування інвалідів.

Щодо центрів професійної реабілітації інвалідів, то відповідними актами було вирішено питання забезпечення їх постійного фінансування за державний кошт.

Таким чином, здійснено чимало позитивних змін у законодавчій та нормативній базі щодо працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів. Проте, для наближення українського законодавства до міжнародних норм варто зосередити увагу на проблемі забезпечення працевлаштування інвалідів на вільному ринку праці, зосередившись на заходах заохочення роботодавців у працевлаштуванні інвалідів.

3. По соціальному захисту та соціально-побутовій реабілітації інвалідів

Протягом останніх двох років у українському законодавстві відбулися досить суттєві зміни щодо соціальної та фінансової допомоги інвалідам у зв'язку із запровадженням нової системи пенсійного забезпечення. Пенсія по інвалідності розраховується у відсотках не до суми попереднього заробітку, а до суми пенсії за віком, що не покращує матеріальне становище інвалідів, оскільки їх доходи від

пенсії значно зменшуються відносно прожиткового мінімуму. Тільки інвалідам I групи, які мають право на державну соціальну допомогу гарантується дохід на рівні прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб. Відповідно міжнародні норми щодо належної компенсації втрачених в результаті інвалідності доходів не забезпечуються.

Більш позитивні зміни передбачені щодо додаткової фінансової допомоги інвалідам. Це стосується збільшення соціальної допомоги сім'ям інвалідів на дітей до 20% прожиткового мінімуму та запровадження механізму податкової соціальної пільги для інвалідів, яка суттєво мінімізує податкові зобов'язання. Для інвалідів війни запроваджено новий вид грошової допомоги – допомога на прожиття.

Законодавчого удосконалення зазнала система компенсації матеріальних витрат, пов'язаних із інвалідністю. Законодавством закріплене право інвалідів на забезпечення засобами реабілітації та пересування на пільгових умовах, а підзаконними актами визначено порядок такого забезпечення.

Незначного покращення зазнала система матеріального забезпечення осіб, які здійснюють нагляд за інвалідами. Істотно, до 50% прожиткового мінімуму підвищилась допомога самотнім батькам, які доглядають дітей-інвалідів. Для всіх інших осіб, які здійснюють нагляд за інвалідами допомога подвоїлась і складає 10% прожиткового мінімуму. Такий рівень матеріальної підтримки є мізерним, а тому вимоги міжнародних норм щодо соціального захисту осіб, які здійснюють нагляд не виконуються.

Досить суттєвим наближенням до міжнародних норм стало законодавче та нормативне забезпечення залучення недержавного сектору до діяльності у сфері соціального захисту інвалідів. Законодавство про соціальні послуги забезпечує діяльність приватних постачальників соціальних послуг за державні кошти на конкурсній основі.

Щодо положення українського законодавства відносно забезпечення умов перебування інвалідів в інтернатних установах істотних змін не зазнало, варто відзначити закріплення позитивної тенденції розвитку центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів, умови перебування в яких максимально відповідають нормальним. Відповідно, виконання цієї вимоги Декларації прав інвалідів є частковим.

Таким чином, не зважаючи на чисельні позитивні зрушення в системі соціального захисту інвалідів, соціальні гарантії, особливо у сфері забезпечення доходів, залишаються досить низькими. Найбільшою проблемою залишається

забезпечення рівня доходів всіх категорій непрацюючих інвалідів на рівні прожиткового мінімуму.

Суттєвими недоліками та проблемами Державної реабілітаційної служби України є такі:

1) Існують окремі установи та відділення медичної реабілітації на різних адміністративно-територіальних рівнях, проте вони функціонально не пов'язані між собою, не розроблені форми їх співпраці, а також організаційні механізми взаємодії закладів МСЕ і реабілітації.

2) Реабілітаційні установи вирішують окремі питання або етапи медичної реабілітації переважно хворих і значно у меншій мірі – інвалідів;

3) В регіонах відсутні нормативні акти щодо служби реабілітації інвалідів. До останнього часу питання адміністративної, організаційної, матеріально-технічної та фінансової основи цієї політики регулювались переважно *підзаконними актами*, масив яких характеризувався у першу чергу безсистемністю та неузгодженістю.

4) Розвитку державної служби реабілітації інвалідів перешкоджає недостатнє фінансування.

Тому медична реабілітація інвалідів як єдина комплексна система не функціонує, ефективність її недостатня, про що свідчать низькі показники реабілітації, що призводить до накопичення інвалідів з тяжкою патологією та загострює проблеми їх медичного, соціального та комунально-побутового обслуговування [20].

Для розвитку Державної служби реабілітації інвалідів *необхідно*:

- забезпечити прийняття і неухильне виконання органами державної влади **державної і регіональної базових програм**, що встановлюють гарантований перелік реабілітаційних виробів та послуг, які надаються інвалідам безкоштовно за рахунок коштів відповідних бюджетів;

- встановити **державні і регіональні державні реабілітаційні стандарти**, що являються основою об'єктивної оцінки якості і ефективності реабілітації інвалідів;

- забезпечити розвиток мережі реабілітаційних закладів різного типу і виду, підсилити їх кадровий і матеріально-технічний потенціал; впровадити нові реабілітаційні технології і забезпечити методичними матеріалами;

- вдосконалити механізми фінансування Державної служби реабілітації інвалідів, передбачивши кошти бюджетів всіх рівнів, кошти державних позабюджетних фондів та інших позабюджетних джерел, врегулювати порядок грошових чи інших інвестицій в сферу реабілітації з метою її стимулювання;

- забезпечити підготовку кадрів в учбових закладах різних відомств, регламентувати реабілітацію як сферу наукової і практичної діяльності і ввести її в державний реєстр професій і спеціальностей;
- розробити *Державну програму розвитку системи реабілітації інвалідів* та порядок розміщення державного замовлення на надання реабілітаційних послуг інвалідам та дітям-інвалідам;
- удосконалити систему заходів по реалізації медичної, професійної і соціальної реабілітації;

Значною мірою сприятиме вирішенню зазначених проблем **Закон Про реабілітацію інвалідів в Україні № 2961-IV від 06.10.2005**, який набув чинності з 1 січня 2006 року (окремі статті – з 1 січня 2007 р.). Він визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. В Законі:

- формулюються базові принципи державної політики у сфері реабілітації інвалідів, правові і фінансові гарантії для організації і розвитку державної системи реабілітації інвалідів;
- визначаються види і форми реабілітаційних заходів, типи реабілітаційних установ, їх повноваження і відповідальність за якість реабілітації інвалідів;
- врегульовується інформаційне, наукове, методичне, матеріально-технічне, кадрове і фінансове забезпечення реабілітаційної структури.

З метою забезпечення системного підходу при організації реабілітації, послідовності і наступності в проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, а також запровадження державних реабілітаційних стандартів і контролю за якістю реабілітаційних послуг в Законі передбачено:

- затвердити Державну типову програму реабілітації інвалідів, у якій визначити гарантований перелік реабілітаційних заходів у складі послуг з реабілітації, технічних, допоміжних та інших засобів реабілітації, що надаватимуться інваліду безкоштовно з урахуванням фактичних потреб інвалідів та дітей-інвалідів в залежності від віку, статі, виду захворювання (каліцтва);
- затвердити державні соціальні нормативи у сфері реабілітації, що застосовуватимуться для оцінки здатності інваліда або дитини-інваліда, яка пройшла реабілітацію, до самообслуговування, самостійного пересування,

спілкування, контролювання своєї поведінки, навчання і зайняття трудовою діяльністю;

- виплачувати грошові компенсації у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів, засіб або послуга реабілітації, які повинні бути надані інваліду безплатно, не можуть бути надані інваліду чи якщо інвалід придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок.

Таким чином, прийняття **Закону Про реабілітацію інвалідів в Україні** має принципове значення для забезпечення системності, послідовності та ефективності державної політики щодо соціальної інтеграції осіб з обмеженими можливостями. Цей документ надзвичайно важливий, довгоочікуваний організаціями інвалідів України. В контексті забезпечення системності політики реабілітації Законом визначена структура системи реабілітації, в яку входять органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, спеціалізовані освітні та реабілітаційні заклади різних типів. Тут варто відзначити, що концентрація системи реабілітації виключно на спеціалізованих закладах не відповідає міжнародним стандартам, відповідно до яких успіх реабілітації інвалідів залежить від здійснення заходів реабілітації у загальних закладах (освіти, охорони здоров'я тощо). Набуття чинності цим Законом сприятиме запровадженню комплексного підходу до реабілітації осіб, які втратили певні функції, їх самореалізації, утвердженню самостійності та адаптації в суспільстві, забезпеченню на цій основі повнішого соціального захисту інвалідів.

У відповідності з прикінцевими положеннями Закону, **Указом Президента Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів** (від 27.12.2005 № 1845/2005), Дорученням Кабінету Міністрів України від 08.11.05 р. № 5807/1/1-05 до Закону України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” ряд профільних міністерств та установ сьогодні працюють над пропозиціями щодо приведення законів України у відповідність із цим Законом, та над прийняттям нормативно-правових актів, спрямованих на його реалізацію.

Враховуючи вимоги *Конвенції 159 про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів* Міжнародної організації праці та *Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів*, затверджених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 року № 48/96, Верховною Радою України 16.06.2005 р. був ухвалений в цілому законопроект **Про внесення змін до деяких законодавчих актів України стосовно вирішення проблем професійної і трудової реабілітації інвалідів № 4595** [14]. Ним пропонується

закони України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, „Про податок на додану вартість”, “Про оподаткування прибутку підприємств”, „Про плату за землю”, „Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” доповнити положеннями, які дозволять визначити нові напрями використання коштів, що надходять до державного бюджету у вигляді штрафних санкцій за порушення нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів, надати підприємствам (об’єднанням), установам і організаціям, суб’єктам підприємницької діяльності – фізичним особам, які використовують найману працю, – можливість вибору форми виконання своїх обов’язків щодо забезпечення зайнятості інвалідів. Водночас у Законі України „Про державну податкову службу в Україні” пропонується визначити повноваження органів Державної податкової адміністрації України щодо контролю за виконанням нормативів робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів, квот робочих місць для працевлаштування громадян, які потребують соціального захисту і не здатні на рівних конкурувати на ринку праці, та за цільовим використанням дотацій на виробництво засобів реабілітації інвалідів, отриманих за рішенням Фонду соціального захисту інвалідів.

З метою забезпечення безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до об’єктів соціальної інфраструктури, а також враховуючи *Стандартні правила забезпечення однакових можливостей для інвалідів* (995_306) (Резолюція Генеральної Асамблеї Організації Об’єднаних Націй від 20 грудня 1993 року N 48/96), Президентом України був виданий **Указ Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями № 900/2005 від 01.06.2005** [58]. В ньому акцентується увага Кабінету Міністрів України на незадовільному виконанні центральними та місцевими органами виконавчої влади вимог законодавства щодо створення належних умов для доступу людей з інвалідністю до об’єктів соціальної інфраструктури. Цим Указом Кабмін зобов’язується:

- вжити до 1 листопада 2005 року заходів до забезпечення безумовного додержання центральними та місцевими органами виконавчої влади законодавства щодо створення належних умов для доступу людей з інвалідністю до об’єктів соціальної інфраструктури;

- проаналізувати стан виконання *Програми забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об’єктів житлового та громадського призначення*, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 4 червня 2003 року N 863 (863-2003-п), та за результатами такого

аналізу вжити до 1 листопада 2005 року невідкладних заходів до її належного виконання;

- розробити за участю Національної Асамблеї інвалідів України, інших громадських організацій інвалідів та затвердити до 1 липня 2005 року додаткові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями.

ЗУ Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам" N 2457-IV від 03.03.2005 передбачає:

- Інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на пенсію та на державну соціальну допомогу згідно із Законом України *"Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам"* (1727-15), призначається за вибором інвалідів з дитинства (законних представників інвалідів з дитинства, визнаних недієздатними, та дітей-інвалідів) державна соціальна допомога відповідно до цього Закону або пенсія чи державна соціальна допомога згідно із Законом України *"Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам"* (1727-15). При цьому якщо інвалід з дитинства або дитина-інвалід має право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника і державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, ці виплати призначаються одночасно.

- Інвалідам з дитинства I групи встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 50 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

- Одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком медико-соціальної експертної комісії потребують постійного стороннього догляду, встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 15 відсотків прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

- Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом установлюється в розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50 відсотків прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років.

- Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Одинокій матері

(одинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи.

- При визначенні розмірів надбавок на догляд за інвалідами з дитинства та дітьми-інвалідами з важкими формами інвалідності, які потребують постійного стороннього догляду або допомоги (прикуті до ліжка, сліпоглухонімі, з психічними вадами тощо) внаслідок захворювань за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України, не може застосовуватися рівень забезпечення прожиткового мінімуму.

- Виплата державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам віком до 18 років, які перебувають на повному державному утриманні

- Інвалідам з дитинства, які перебувають на повному державному утриманні у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонатах для ветеранів війни та праці, стаціонарних відділеннях територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян тощо, виплачується 25 відсотків призначеного розміру державної соціальної допомоги.

- Різниця між розміром призначеної державної соціальної допомоги інваліду з дитинства, який перебуває у відповідній установі (закладі), і розміром державної соціальної допомоги, яка виплачується інваліду з дитинства відповідно до частини першої цієї статті, перераховується установі (закладу), де перебуває інвалід з дитинства, за його особистою письмовою заявою або заявою його законного представника. Зазначені кошти зараховуються на рахунки таких установ (закладів) понад бюджетні асигнування і спрямовуються виключно на поліпшення умов проживання в них інвалідів у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

- Дітям-інвалідам із числа сиріт за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їх особисті рахунки у банку.

- Іншим дітям-інвалідам, які перебувають у будинках-інтернатах, інших стаціонарних установах (закладах) на повному державному утриманні, призначена державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50 відсотків та перераховується на їх особисті рахунки у банку. При цьому частина державної соціальної допомоги, що залишилася після виплати суми державної соціальної допомоги, перераховується на банківський рахунок установи (закладу) за місцем перебування дитини і спрямовується виключно на поліпшення умов проживання дітей.

ЗУ Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів № 2772-IV від 7 липня 2005 року [13] передбачає внесення змін до таких законів: ЗУ Про податок на додану вартість, ЗУ Про оподаткування прибутку підприємств, ЗУ Про гуманітарну допомогу, а саме:

- звільнити від оподаткування операції з поставки послуг з охорони здоров'я згідно з переліком, встановленим Кабінетом Міністрів України, закладами охорони здоров'я, які мають спеціальний дозвіл (ліцензію) на поставку таких послуг, а також поставки послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на поставку таких послуг;

- суми коштів, вивільнених у зв'язку з наданням податкових пільг, реінвестувати на розвиток матеріально-технічної та науково-дослідної бази цих установ;

- визнати гуманітарною допомогою, із звільненням від оподаткування та обов'язкових платежів до бюджету, такі підакцизні товари медико-соціальне обладнання та оснащення, що передається виключно реабілітаційним установам для інвалідів та дітей-інвалідів, які мають відповідну ліцензію на здійснення реабілітаційних послуг, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форм власності, за обов'язкової умови заборони його подальшого продажу.

Таким чином, на законодавчому рівні основні питання, що забезпечують організацію проведення реабілітації інвалідів, частково вирішені. Робота над ключовими законодавчо-нормативними актами, які наближають українське законодавство до міжнародного, продовжується.

**МЕРЕЖА ЗАКЛАДІВ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
УКРАЇНИ**

Вінницька область

▪ **Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів** (м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 104; тел.: 51-12-66; директор – Шевчук В.І.). Клініка – на **250** ліжок. Клініко-діагностичне відділення, клінічна, біохімічна та імунологічна лабораторія, відділення відновного лікування. Реабілітаційні відділення:

- реабілітації інвалідів з *церебро-васкулярною патологією* (на **40** ліжок);
- реабілітації інвалідів з *наслідками травм кінцівок* (на **60** ліжок);
- реабілітації інвалідів з *патологією сполучної тканини* (на **40** ліжок);
- реабілітації інвалідів з *вертебро-неврологічною патологією*.

▪ **Хмельницька обласна фізіотерапевтична лікарня** (м. Хмельник, вул. Ш.Алейхема, 8; тел.: 2-32-19; головний лікар – Калениченко В.) – на **200** відвідувань в зміну. Лікувально-діагностичне відділення, клінічна, біохімічна та імунологічна лабораторія, відділення функціональних досліджень, ванне відділення, басейн підводної вертикальної витяжки, кабінети підводного масажу, павільйон для занять ЛФК. Профіль: *захворювання опорно-рухового апарату, серцево-судинної, нервової системи, шкіри, порушення обміну речовин, ендокринні, гінекологічні та інші хвороби*.

▪ **Липовецька обласна лікарня відновного лікування** (м. Липовець, вул. Пирогова, 9; тел.: 2-14-85; головний лікар – Стецюк Л.М., завідувач дитячого відділення – Поліщук Р.В.) – на **60** ліжок, в т.ч. **50** – дитячих (серед них **40** – для дітей з патологією ЦНС, **10** – з хворобами ОРА). *Нозології*: органічні ураження ЦНС, порушення психіки та ОРА. *Озокеритолікування, грязелікування; ванни* (соляні, хвойні, хлорідно-натрієві, скипидарні, йодобромні, сірководневі, бішофітні, радонові, пиниментолові, валеріанові, розмаринові); *масаж* (точковий, класичний, вібромасаж, електромасаж); *апаратна фізіотерапія; механотерапія, місцева баротерапія, тракції хребта, пунктура, рефлексодіагностика, фармакотерапія, ЛФК* (індивідуальна, групова, тренажерний зал, апарат Євмінова, „Горбунок”), *фітотерапія, аромотерапія, іпотерапія, логопедична корекція*.

▪ **Печерська лікарня відновного лікування** – на **200** ліжок (сmt. Печора Немирівського р-ну).

▪ **Відділення реабілітації з бальнеотерапевтичним лікуванням** на базі поліклініки міської клінічної лікарні № 2 (м. Вінниця, вул. Київська, 68; завідувача відділенням – Вітавська Т.В.). *Водолікування з ванними та душевими; кабінети електросвітлолікування, лазеротерапії, парафінолікування, ентєральної оксигенотерапії, масажу, інгаляцій, інгаляторій, ЛФК, масаж, кабінети голкорєфлексотерапії, гомеотерапії, психотерапії, мануальної терапії, фітобар, "Стежина здоров'я".* Всього у складі відділення функціонує понад 15 кабінетів.

▪ **Реабілітаційний центр лікування хворих бронхо-легеневими захворюваннями** на базі міської клінічної лікарні № 2 (м. Вінниця, вул. Київська, 68; керівник центру – Нечипорук С.В.). Унікальна апаратура: засіб індивідуальної аеротерапії гірським повітрям (гіпоксі-терапія), акустичний вібромасажер органів дихання, працює спелеокамера, застосовується аерозоль- та ароматерапія.

▪ **Центр корекції розвитку та ранньої медико-соціальної реабілітації дітей високого перинатального ризику “СТАР-Т”** при Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні (м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 108; тел.: керівник центру – Бондаренко Т.В.).

▪ **Відділення реабілітації для дітей з органічним ураження ЦНС** на базі Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини (м. Вінниця, вул. Мечникова, 34; тел. 44-66-98; завідувач – Поліщук Ю.В.). Вікова категорія – діти від народження до 7 років. За рік обслуговуються більше **270** дітей. Режим роботи: денний, цілодобовий. Форма реабілітаційного обслуговування – стаціонарна.

▪ **Реабілітаційні ліжка для дітей з патологією нервової системи** на базі Обласної психоневрологічної лікарні ім. Ющенко (м. Вінниця, вул. Пирогова, 109; завідувач відділенням – Кириченко Д.О.) – на **50** ліжок. Щорічно тут лікується більше **1 тис.** дітей.

▪ **Центр розвитку особливої дитини “Шанс”** (м. Хмільник). Лікування хвороб опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, хвороб шкіри, післяопікових рубців.

▪ **Медичний центр реабілітації залізничників Південно-Західної залізниці** (головний лікар – Пікуш В.).

▪ **Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни** (м. Вінниця, вул. Пирогова, 109а; тел.: 32-36-39; начальник госпіталю – Бабійчук В.В.) є базовим закладом для надання медичної допомоги ветеранам війни.

▪ **Тульчинський будинок-інтернат для дітей з ураженням ЦНС (МОЗ)** – на **60** місць;

▪ **Реабілітаційні ліжка** на базі **цілодобового стаціонару Вінницького протезного заводу** (Вінницького Казенного експериментального протезно-ортопедичного підприємства) (м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 126; тел.: 51-11-63, 51-12-48, 51-11-59; директор – Бабюк Ф.К.) – **24** ліжка (для складного протезування первинних хворих з ампутаціями кінцівок); відділення амбулаторного протезування медичного відділу заводу. Щорічно тут обслуговується в середньому **400** інвалідів. Зона обслуговування – Вінницька та Чернівецька область.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Дитячий кардіо-ревматологічний санаторій** (МОЗ; м. Вінниця, вул. Нагірна, 17. Тел.: 21-72-10; 21-70-94). Лікування *серцево-судинної та ревматологічної* патології у дітей.

▪ **Підлітковий протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Кашперівка, Козятинський р-н).

▪ **Протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Северинівка, Жмеринський р-н).

▪ **Протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Тиманівка, Тульчинський р-н).

▪ **Клінічний санаторій "Хмільник"** (Укрпрофоздоровниця; м. Хмільник, вул. Курортна, 2; тел.: 2-21-62; головний лікар – Думін П.В.). *Застосовуються:* радонотерапія, кліматолікування, ЛФК, механотерапія, лікувальний масаж, мануальна терапія, електросвітлолікування (діадинамічний струм, мікрохвильова і магнітотерапія, електросон, електроаналгезія, лазерна терапія – в т.ч. внутрішньо-судинне опромінювання крові лазером, озокерито-парафінові аплікації, гінекологічні зрошення, біоенерготерапія, сухе витяжіння хребта, гідромасаж, лікувальна сауна з басейном, остеорефлексотерапія – нова методика лікування захворювань суглобів і хребта, інгаляторій, кисневі коктейлі, лікування в галокамері, яка змонтована із соляних блоків за типом Солотвинських копалень, бювет мінеральної води – аналога трускавецької "Нафтусі". Функціонують клініко-біохімічна лабораторія, кабінет нейрофункціональної діагностики з комп'ютером, кабінети термографії і ультразвукового обстеження, функціональної діагностики серцево-судинних і захворювань периферійних судин, рентгенкабінет. *Нозології:* ОРА, НС, ІМ, ГПМК. До складу санаторію входять такі реабілітаційні відділення:

- *постінсультне* відділення;
- *постінфарктне* відділення;
- *відділення реабілітації хворих з хронічними ускладненнями*

цукрового діабету.

▪ **Санаторій "Авангард"** (Укрпрофоздоровниця; м. Немирів, вул. Шевченка, 16; тел.: 2-17-62; 2-17-13). Санаторій має власні рекреаційні ресурси: радонові свердловини, кліматичні лікувальні фактори, бювет з привізними мінеральними водами, сучасне діагностичне та лікувальне обладнання з використанням комп'ютерних технологій. Функціонують такі профільні *реабілітаційні відділення:*

- відділення для опікових реконвалесцентів;
- відділення для хворих з неспецифічними захворюваннями легень;
- відділення для жінок з патологією вагітності;
- відділення для дітей, що постраждали від наслідків Чорнобильської катастрофи із захворюваннями органів дихання;
- багатопрофільний центр для дітей, що постраждали від наслідків Чорнобильської катастрофи.
- відділення для лікування хворих з патологією ССС, ОРА, матері та дитини.

▪ **Санаторій "Гірський"** (Укрпрофоздоровниця; Могилів-Подільський р-н, с. Бронниця). Органи травлення, органи дихання.

▪ **Санаторій "Поділля"** (Укрпрофоздоровниця; м. Хмільник, вул. Курортна, 1; тел.: 2-21-51). ОРА, ССС, НС, шкірні хвороби.

▪ **Санаторій ім. Коцюбинського** (Укрпрофоздоровниця; м. Вінниця, вул. Маяковського, 243; тел.: 35-15-00; 35-35-18). ССС (діти).

▪ **Санаторій "Сокілець"** (Укрпрофоздоровниця; Немирівський р-н, с. Сокілець). ОРА, органи дихання.

▪ **Санаторій "Радон"** (Укоопспілка; м. Хмільник, вул. 1 Травня, 1; тел.: 2-21-91; 2-24-23; 2-22-47). ССС, ОРА, шкірні хвороби, гінекологія.

▪ **Вінницька філія санаторію "Радон"** (Укоопспілка; м. Вінниця, вул. Нагірна, 37; тел.: 27-78-92). ОРА, ССС, ендокринна патологія, матері та дитини.

▪ **Пансіонат "Ластівка"** (Укрпрофоздоровниця; смт. Стрижавка; тел.: 32-29-06). Загальний профіль.

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Вінницький військовий медичний центр ВПС України (Міноборони)	м. Вінниця, вул. Свердлова, 185	ССС, органи травлення, нирки
Центральний військовий клінічний санаторій "Хмільник" (Міноборони)	м. Хмільник, вул. 1 Травня, 39. Тел.: 2-24-05; 2-27-38	ЦД, НС, ОРА, хвороби судин
Медичний реабілітаційний центр "Південний Буг" (МВС України)	м. Хмільник, вул. Шевченка, 25	ОРА, НС, ССС, гінекологія

Волинська область

▪ **Обласний Центр реабілітації дітей-інвалідів з органічним ураженням ЦНС та дітей-інвалідів** (м. Луцьк, пр-т Відродження, 30; тел.: 2-21-18; 3-60-67; директор – Ващилін Г.В.). *Вікова категорія* – діти від 2 до 18 років. *Нозології*: ураження ЦНС, порушення психічного розвитку. *Форма реабілітаційного обслуговування* – стаціонарна. *Тривалість реабілітаційних програм* – 18-21 день. *Чисельність* дітей, на яку розрахований Центр: **100**. Комплексна система медико-соціальної реабілітації, Монтесорі-терапія, працетерапія, ігротерапія, казкотерапія, музикотерапія, іпотерапія, психотерапія. Фізіотерапія: електролікування, парафінотерапія, гідротерапія, масаж, бальнеотерапія, ерго- та кінезітерапія (терапевтичні гімнастичні м'ячі, ходунці, сходи для корекції ходьби, масажні доріжки), бальнеотерапія.

▪ **Центр реабілітації дітей-інвалідів з органічним ураженням нервової системи та дітей-інвалідів “Дачний”** при Обласному дитячому територіальному медичному об'єднанні (с. Жабка Ківерцівського району; тел.: 3-60-67; директор – Рожко Л.М.). Розрахований на реабілітацію **100** дітей-інвалідів. Основні напрямки діяльності: *медико-соціальна і психолого-медико-педагогічна реабілітація*.

▪ **Центр психічної реабілітації** при Волинській обласній психіатричній лікарні № 1 (м. Луцьк, вул. Теремнівська, 98; директор – Кравчук Ю.К.). Щорічно проходять *медичну* реабілітацію близько **40** хворих.

▪ **Волинський обласний спеціалізований будинок дитини** (м. Луцьк, вул. Короленка, 1; тел.: 23-51-37; головний лікар – Алейников В.М.). *Вікова категорія* – діти від 2 до 7 років. *Нозології*: ураження ЦНС, порушення опорно-рухового апарату, порушення психічного розвитку, дитячий церебральний параліч. *Форми реабілітаційного обслуговування* – стаціонарна, амбулаторна.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій “Лісова пісня”** (Мінпраці; с. Гаївка, Шацький р-н) – на **350** ліжок. Тут проводиться медична реабілітація дорослим хворим та інвалідам, в тому числі:

- *кардіологічна група захворювань* – **20** ліжок;
- *пульмонологічна патологія* – **40** ліжок;
- *хвороби кістково-м'язової системи* – **100** ліжок;
- *хвороби нервової системи* – **100** ліжок;
- *гастроентерологічна група захворювань* – **50** ліжок;
- *хвороби сечовидільної системи* – **40** ліжок.

▪ **Санаторій матері і дитини "Турія"** (Мінпраці; м. Ковель) – на **250** ліжок. Надає реабілітаційну допомогу дітям з різними соматичними захворюваннями (хвороби кістково-м'язової системи, органів дихання тощо, крім психічних).

▪ **Дитячий санаторій "Пролісок"** (МОЗ) – на **200** ліжок. Проводить оздоровлення дітей старших вікових категорій.

▪ **Протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Колки, Маневицький р-н, вул. Романівська).

Дніпропетровська область

▪ **Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності** (м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-а; тел.: 744-86-26; директор – Іпатов А.В.).

▪ **Фізіотерапевтична лікарня "Солоний лиман"** (Новомосковський р-н; тел.: 4-58-24; головний лікар – Гаркуша В.В.) – на **300** ліжок: **240** дорослих та **60** дитячих. Профіль: *опорно-руховий апарат, неврологічні хвороби, хвороби шлунково-кишкового тракту*. Фізіотерапевтичні процедури.

▪ **Реабілітаційне відділення МКЛ № 20** (м. Дніпропетровськ; тел.: 45-55-21; головний лікар – Рудяк О.О.). Профіль: *кардіологія*.

▪ **Реабілітаційне відділення МКЛ № 5** (м. Дніпропетровськ; тел.: 45-55-21; головний лікар – Рудяк О.О.). Профіль: *неврологічні хвороби*.

▪ **Реабілітаційне відділення МКЛ № 11** (м. Кривий Ріг; тел.: 29-48-18; головний лікар – Степкіна Л.П.). Профіль: *реабілітація потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, травматологія*. Родонові ванни.

▪ **Реабілітаційне відділення МКЛ № 9** (м. Кривий Ріг; тел.: 36-53-03; головний лікар – Кукоба В.П.). Профіль: *кардіологія*.

▪ **Реабілітаційне відділення Первомайської ЦРЛ** (м. Первомайськ; тел.: 8-233-4-42-35; головний лікар – Дегтярьов О.М.). Профіль: *кардіологія, травматологія*.

▪ **Підгороднянська МЛ** (м. Підгороднянськ Дніпропетровського р-ну; тел.: 12-22-40; головний лікар – Моцаренко Ю.М.). Профіль: *неврологічні хвороби*.

▪ **Покровська центральна районна лікарня** (сmt. Покровськ Нікопольського р-ну. Тел.: 1-14-70. Головний лікар – Ракуцький В.М.) – на **25**

ліжок. Профіль: загальний.

- **Кабінети відновного лікування інвалідів у 8 медичних закладах:**
 - самостійні поліклініки № 1, 2, 3 міської лікарні № 10 (м. Дніпропетровськ);
 - 3 територіально-медичних об'єднання (м. Дніпродзержинськ);
 - міська лікарня (м. Новомосковськ);
 - міська лікарня № 1 (м. Павлоград).

- **Центр медико-соціальної реабілітації** при МКЛ №8 (м. Кривий Ріг, вул. 23-го лютого, 172; тел.: 6-67-43; директор – Котлова Н.В.).

- **Центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з перинатальною патологією та дітей-інвалідів** при Дніпропетровській ДМКЛ № 3 (м. Дніпропетровськ, вул. Пушкіна, 26) – на 30 ліжок.

- **Центр медико-соціальної реабілітації дитячої поліклініки ДМКЛ №5** з денним стаціонаром (м. Дніпропетровськ, вул. Шевченка, 6-а).

- **Центр медико-соціальної реабілітації ДМЛ** (м. Дніпродзержинськ, вул. Комунарна, 24).

- **Центр медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки** Дніпропетровського регіону при дитячій стоматологічній поліклініці № 3 (м. Дніпропетровськ, вул. Комсомольська, 68; головний лікар – Книш А.В.).

- **Український центр психотерапевтичної реабілітації** на базі спеціалізованого будинку дитини (м. Дніпропетровськ, вул. Бехтерева, 1; тел. 26-89-31, 26-87-37; головний лікар – Рахманов В.М.)

- **Будинок дитини №1** (м. Дніпропетровськ, вул. 20 років Перемоги, 34; тел. 28-23-23; головний лікар – Патук С.Г.). *Реабілітаційні методики* – Монтесорі, “Тандем”. Форма реабілітаційного обслуговування – стаціонарна.

- **Центр реабілітації для дітей з перинатальним ушкодженням ЦНС та ВІЛ-інфікованих при Будинку дитини № 2** (м. Дніпропетровськ, вул. Петрозаводська, 287; тел. 729-30-12; головний лікар – Слатвіцький В.Г.).

- **Спеціалізований міський будинок дитини** (м. Кривий Ріг, вул. Маршала Василевського, 11-а; тел. 65-90-99; 65-40-32; головний лікар – Матвієнко Е.Е.).

- **Будинок дитини** (м. Дніпродзержинськ, вул. Спортивна, 33; тел. 3-26-72).

- **Будинок дитини** (м. Нікополь, вул. Кириченко, 20).
Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:
- **Протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Христофорівка, Криворізький р-н).
- **Протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. В'язок, Павлоградський р-н).
- **Підлітковий протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; с. Вільні Хутори, Верхньодніпровський р-н).
- **Санаторій „Дніпровський”** (Укрпрофоздоровниця; м. Дніпродзержинськ, вул. Гастелло, 2; тел.: 55-15-70; 55-14-72; 55-14-55). ССС, НС.
- **Санаторій „Славутич”** (Укрпрофоздоровниця; м. Верхньодніпровськ). ССС, НС.

Донецька область

- **Донецький обласний дитячий клінічний науково-практичний центр нейрореабілітації** (м. Донецьк, пр. Ілліча, 80а; тел. 92-32-64, 94-01-73; директор – Євтушенко О.С.). Здійснює реабілітацію дітей з ДЦП, наслідками менінгоенцефаліту, декортикаційного синдрому, гіперкінезами тощо. Імуногенетична діагностика ДЦП, моніторний відеоелектроенцефалографічний запис біотоків мозку та визначення рівня концентрації антиконвульсантів в крові у дітей з епілептичним синдромом. Центр розміщений в 2 двоповерхових будівлях. Є консультативна поліклініка, діагностичне і фізіотерапевтичне відділення, стаціонар на 40 ліжок і 40 – для матерів, стаціонар для денного перебування на 20 ліжок, 3 зали ЛФК, гідрозал, літній ігровий майданчик, мікропідром для проведення іпотерапії. Вікова категорія – від народження до 25 років. Види реабілітації – медична, медико-соціальна.
- **Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання** (м. Донецьк, пр. Ілліча, 14; керівник — Малєєв О.В.). Вид діяльності: діагностика, лікування та реабілітація. Бази діяльності:
 - Донецький діагностичний центр;
 - Донецька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Калініна;
 - Донецький обласний лікувально-оздоровчий центр.
- **Обласна травматологічна лікарня** (м. Донецьк, вул. Артема, 106; тел.: 55-35-41; головний лікар – Клімовицький В.Г.). Заснована в 1953 р. Один з

найбільших лікувальних закладів Донбасу, який займається лікуванням травматологічних та ортопедичних хворих. *Патології*, що лікуються в лікарні: травми верхніх та нижніх кінцівок, хребта; пошкодження черепа та спинного мозку; травми грудної клітки, живота, тазу, очей; судинні пошкодження.

▪ **Маріупольська міська лікарня відновного лікування № 8** (м. Маріуполь, вул. Левченка, 4; головний лікар – Андріянова Н.В.). Виконує функції Центру медико-соціальної реабілітації.

▪ **Центр реабілітації хворих зі спинномозковою травмою та дитячим церебральним паралічем** при міській лікарні № 15 (м. Макіївка, пров. Горняцький, 1; тел. 6-11-04; директор – Степанов В.К.).

▪ **Обласний спеціалізований будинок дитини** (м. Донецьк, вул. Краснофлотська, 68; тел. 95-76-25; головний лікар – Левада М.Є.). Виконує функції Центру медико-соціальної реабілітації.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Підлітковий протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; м. Торез, вул. Пані Бірлевої, 76).

▪ **Курасівський протитуберкульозний санаторій** (МОЗ; смт. Гостре, вул. Спортивна, 8).

▪ **Санаторій „Святі гори”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'яногірськ-1). ССС, НС.

▪ **Санаторій „Донбас”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'яногірськ, вул. Костюрина, 1). ОРА, НС, гінекологія.

▪ **Санаторій „Слов'янський”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'янськ, вул. 10-річчя, 1). ОРА, НС.

▪ **Санаторій „Сонячний”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'яногірськ-2, вул. Островського, 8). ССС, НС.

▪ **Санаторій „Шахтар”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'яногірськ-2). *Органи дихання.*

▪ **Санаторій „Ювілейний”** (Укрпрофоздоровниця; м. Слов'янськ, вул. Павлова, 1). ССС, ОРА, НС.

▪ **Санаторій „Донбас”** (ОДА; м. Соледар, вул. Маяковського, 7). *Органи дихання.*

Житомирська область

▪ **Обласний Центр вертебродології та реабілітації** (м. Житомир, вул. Петровського, 5; тел.: 37-29-72; головний лікар – Гуз М.В.). Стаціонарно обслуговує щорічно в середньому **2200** хворих, амбулаторно – близько **400** хворих. Профіль: *ортопедія-травматологія, неврологія*. Застосовуються бальнеотерапія, грязе-, парафіно-, озокерито-, електролікування, ЛФК, голкорексфлексотерапія, Су-Джок-терапія.

▪ **Спеціалізоване відділення по реабілітації недоношених і маловагових дітей, новонароджених із жовтяничним синдромом** при Обласній дитячій лікарні (с. Станишівка Житомирського р-ну, Сквирське шосе, 6; тел.: 34-08-87; керівник – Ярмолюк Д.Д.). Застосовуються ЛФК, масаж, водолікування, фізіотерапія, фітотерапія, медикаментозна корекція.

▪ **Обласний медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та порушенням психіки** при Обласній дитячій лікарні (с. Станишівка Житомирського р-ну; тел.: 34-55-87; директор – Баннікова А.Д.). Застосовуються ЛФК, масаж, парафіноозокеритотерапія, електролікування, бальнеотерапія, нейрохірургічна та нейроортопедична корекція, медикаментозне лікування, відбір на санаторне лікування за межами області, експертиза інвалідності.

▪ **Обласний медичний центр медико-соціальної реабілітації дітей з малозабезпечених сімей** при Обласному будинку дитини (м. Житомир, вул. Корабельна, 8; тел.: 26-83-90; 26-81-19; директор – Урсуленко С.В.). Застосовуються ЛФК, масаж, голкорексфлексотерапія, медикаментозне лікування, психологічна корекція, логопедична корекція.

▪ **Житомирський дитячий міський центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Поклик»** при дитячому територіально-медичному об'єднанні (м. Житомир, вул. 1 Травня, 23; тел.: 22-05-52; 22-17-40; директор – Шатило Л.Ф.). Застосовуються ЛФК, масаж, голкорексфлексотерапія, медикаментозне лікування, психологічна корекція, логопедична корекція, парафіно-озокеритотерапія, електролікування, фізіотерапія.

▪ **Дитячо-підлітковий Центр порушень психічного розвитку** при Обласній психіатричній лікарні № 1 (с. Зарічани Житомирського р-ну; тел.: 34-14-19; директор – Колесников В.М.). Застосовуються медикаментозне лікування, психологічна корекція, логопедична корекція.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Обласний лікувальний санаторій радіаційного захисту дитячого та дорослого населення "Дениші"** (МОЗ; с. Дениші Житомирського р-ну; тел.: 37-31-66; головний лікар – Толстанов О.К.). Обслуговує щорічно в середньому **2000** дорослих, **600** дітей. Профіль: *післяінфарктні та післяопераційні* хворі. Застосовуються бальнеотерапія, електролікування, ЛФК, баротерапія, лазеротерапія, голкорексфлексотерапія, фітотерапія.

▪ **Обласний санаторій радіаційного захисту "Кам'яний Брід"** (МОЗ; смт. Кам'яний Брід Баранівського р-ну; тел.: 4-22-78; головний лікар – Чернишевич В.Л.). Обслуговує щорічно в середньому **2000** дітей. Застосовуються бальнеотерапія, фізіотерапія, ЛФК, масаж, фітотерапія, водолікування.

▪ **Обласний санаторій радіаційного захисту "Богунія"** (МОЗ; м. Житомир, вул. Корабельна, 21; тел.: 26-80-66; головний лікар – Кириєнко Л.Г.). Обслуговує щорічно в середньому **8,5 тис.** дітей. Застосовуються фізіотерапія, ЛФК, фітотерапія, аромотерапія, водолікування, лікувальне харчування.

▪ **Обласний лікувально-оздоровчий реабілітаційний центр "Полісся"** (МОЗ; м. Житомир, пров. Оздоровчий, 7; тел.: 24-19-98; головний лікар – Чернишевич А.Л.). Обслуговує щорічно в середньому **200** дітей. Застосовуються фізіотерапія, ЛФК, масаж, фітотерапія, кліматотерапія.

▪ **Обласний дитячий протитуберкульозний санаторій "Лісовий берег"** (МОЗ; м. Житомир, Чуднівське шосе; тел.: 24-28-93; головний лікар – Юхимович М.М.). Обслуговує щорічно в середньому **2000** дітей. Застосовуються фізіотерапія, ЛФК, масаж, фітотерапія, бальнеотерапія, медикаментозне лікування.

▪ **Обласний протитуберкульозний санаторій для дорослих "Лісова казка"** (МОЗ; смт. Коростишів, Лісовий масив, 7; 36-68-86; головний лікар – Гречко В.А.). Обслуговує щорічно в середньому **150** хворих. Застосовуються фізіотерапія, ЛФК, масаж, фітотерапія, медикаментозне лікування.

▪ **Санаторій "Тетерів"** (Укрпрофоздоровниця; Коростишевський р-н).

Закарпатська область

▪ **Лікарня науково-практичного об'єднання "Реабілітація"** (м. Ужгород, вул. Великокам'яна, 10; тел.: 3-23-32; головний лікар – Лемко С.І.). Розрахована на **200** ліжок, де безкоштовно проводиться реабілітаційне лікування інвалідам із захворюваннями органів дихання, ШКТ, патологією шкіри. Внутрішнє та зовнішнє застосування мінеральних вод Закарпаття та їх преформованих аналогів при захворюваннях внутрішніх органів на різних етапах реабілітації хворих. Лікування хворих з ХНЗЛ та іншими алергічними захворюваннями із використанням мікроклімату Солотвінських соляних шахт та їх штучних аналогів

– клімато-оздоровчих камер. Комплекс бальнеологічних процедур з використанням лікувальної грязі та ропи при захворюваннях шкіри (псоріаз, atopічний дерматит, іхтіоз тощо).

▪ **Обласна та республіканська алергологічна лікарня для реабілітаційного лікування хворих на бронхіальну астму** (Закарпатська обл., с. Солотвино). Спеціалізована установа для комплексного лікування хворих на бронхіальну астму та інші неспецифічні захворювання органів дихання з використанням унікального природного методу – спелеотерапії. Розрахована на **240** ліжок. Щомісячно реалізуються по 1-2 путівки інвалідам у кожному районі.

▪ **Обласний Центр професійної, медичної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями** при будинку інвалідів (м. Ужгород, вул. Тургенєва, 8; тел.: 6-49-13; директор – Мендель С.Т.). Профіль: інваліди з патологією ЦНС та периферійної нервової системи, судинної патології мозку з ускладненнями, кардіологічною патологією, ЧМТ. Застосовуються: масаж, ЛФК, фізіотерапія, медикаментозне лікування.

▪ **Центр медичної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи "Росинка"** (м. Мукачеве; вул. І. Франка, 4; 2-33-20; 2-10-14; директор – Кохан Ю.М.) – на **20** ліжок. Тривалість реабілітаційних програм – 24 дні. Клініко-діагностичне відділення, медична реабілітація (ЛФК, Войта-терапія, Боббат-терапія, динамічна гімнастика, гідрокінезітерапія, грязелікування, теплові процедури, голкорексфлексотерапія, ортезування, лазеротерапія, соціально-педагогічна та соціально-психологічна реабілітація. *Реабілітаційні методиками:* "Тандем", модель Українського медичного центру реабілітації.

▪ **Реабілітаційна лікарня** для лікування шлунково-кишкових захворювань (с. Поляна Свалявського району) – на **25** ліжок.

▪ **Реабілітаційне відділення Будинку інвалідів** (м. Виноградів) – на **25** ліжок. Реабілітаційне лікування інвалідів із судинно-церебральними ускладненнями при гіпертонічній хворобі.

▪ **Обласний клінічний гастроентерологічний диспансер**, де проводиться реабілітаційне лікування інвалідів війни (на **25** ліжках).

▪ **Закарпатський обласний госпіталь для інвалідів війни і учасників ліквідації аварії на ЧАЕС** (м. Ужгород).

▪ **Обласний Центр професійної та медичної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями** при санаторії "Гірська Тиса" (с. Кваси Рахівського р-ну)

▪ **Реабілітаційні відділення – 10**, всього на **150** ліжок (в основному це ортопедо-травматологічні, неврологічні, пульмонологічні, кардіологічні, психоневрологічні, терапевтичні, педіатричні), в т.ч.:

- **ортопедичне відділення** районної лікарні м. Берегового (м. Берегове, вул. Ліннера, 2; тел.: 2-33-45; зав. відділенням – Свереняк Ю.Ю.). Виконує функції Центру. Нозології: порушення ОРА, ДЦП. Вікова категорія: діти від 2 до 16 років. Форма стаціонарного обслуговування: стаціонарна. Комплексне консервативне лікування. Реабілітаційне обладнання: фізіотерапевтична апаратура, тренажеру кабінету реабілітації.

▪ **Фіксовані реабілітаційні ліжка в обласній, міських, районних лікарнях, диспансерах** практично по кожній нозологічній формі захворювань (усього – **225** ліжок), в т.ч. в диспансерах:

- обласному територіальному медичному об'єднанні "Фтизіатрія" – **48**;

- обласному клінічному онкологічному диспансері – **24**;

- психоневрологічному – **40**;

- шкірно-венерологічному – **5**;

- обласному клінічному гастроентерологічному диспансері – **20** (для інвалідів війни).

▪ **Реабілітаційні ліжка у денних стаціонарах** (по **1-2** ліжка, всього – **28**), де проводиться медична реабілітація (в середньому за рік проліковується близько **600** інвалідів, у поліклінічних денних стаціонарах – близько **800** інвалідів).

▪ **Денні стаціонари дільничних лікарень – 8**, всього **48** ліжок.

▪ **Стаціонари на дому.**

▪ **Реабілітаційні ліжка у дільничних амбулаторіях** – у кожній по **1** ліжку, всього – **126**, в середньому за рік проліковується близько **700** інвалідів.

▪ **Реабілітаційні кабінети** в кожній міській і центральній районній лікарнях (по **1-4** кабінети) щоденно обслуговують по **5** інвалідів. Це кабінети ЛФК, масажу, голкорексфлексотерапії, парафіно-озокеритолікування, психотерапії та інших нетрадиційних методів (усього **16**).

▪ **Реабілітаційне відділення в міській дитячій лікарні** (м. Ужгород) – на **20** відвідувань.

▪ **Геріатричні відділення** (здійснюється реабілітаційне лікування інвалідів похилого віку):

- у м. Ужгороді – на **25** ліжок;
- у м. Мукачеве – на **25** ліжок.

▪ **Геріатрична лікарня** (смт. Іршава). В середньому за рік проліковується близько **400** людей похилого віку, серед них і інваліди.

▪ **Медико-соціальний центр** – на **20** ліжок. В середньому за рік проліковується близько **200** хворих.

▪ **Медико-соціальна лікарня** – на **25** ліжок.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій "Карпати"** (Укрпрофоздоровниця; с. Чинадієве, Мукачівського р-ну) – **25** реабілітаційних ліжок. *ССС, НС.*

▪ **Санаторій "Синяк"** (Укрпрофоздоровниця; с. Синяк Мукачівського р-ну) – **10** реабілітаційних ліжок. *ОРА, НС.*

▪ **Санаторій "Квітка Полонини"** (Укрпрофоздоровниця; с. Голубине Свалявського р-ну) – **10** реабілітаційних ліжок. *Органи травлення, ОРА, НС.*

▪ **Санаторій "Поляна"** (Укрпрофоздоровниця; с. Поляна Свалявського р-ну) – **10** реабілітаційних ліжок. *Цукровий діабет, органи травлення.*

▪ **Санаторій "Верховина"** (Укрпрофоздоровниця; с. Сойми Межигірського р-ну) – **20** реабілітаційних ліжок. *Органи травлення, кровотворення.*

▪ **Санаторій "Гірська Тиса"** (Укрпрофоздоровниця; с. Кваси, Рахівський р-н) – **20** реабілітаційних ліжок. *ОРА, НС.*

▪ **Санаторій "Шаян"** (Укрпрофоздоровниця; с. Шаян Хустського р-ну). *Органи травлення.*

▪ **Санаторій "Сонячне Закарпаття"** (Укрпрофоздоровниця; с. Поляна Свалявського р-ну). *Органи травлення.*

▪ **Санаторій "Кришталеве джерело"**.

▪ **Санаторій "Перлина Карпат"** (Мінпраці; с. Карпати Мукачівського р-ну). *ССС, органи травлення.*

- *Санаторій "Мінерал"* (Мінпраці; с. Діброва, Тячівський р-н). *Органи дихання.*
- *Санаторій "Теплиця"* (Мінпраці; м. Виноградів). *Органи дихання, ССС, НС.*
- *Санаторій "Косино"* (Мінпраці; с. Косине, Берегівський р-н). *Органи дихання, НС.*
- *Санаторій "Кооператор"* (Укоопспілка; с. Нижня Солотвина, Ужгородський р-н). *Органи дихання, ССС, НС.*
- *Обласний дитячий спеціалізований пульмонологічний санаторій "Малятко".*
- *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; с. Вільні Хутори, Іршавський р-н, вул. Перемоги, 3).
- *Обласний дитячий протитуберкульозний санаторій "Човен".*

Запорізька область

- *Обласний центр реабілітації дітей раннього віку з органічним ураженням нервової системи* на базі міської дитячої лікарні № 2 (м. Запоріжжя, вул. Правди, 32; головний лікар – Федько В.Г.). *Вікова категорія:* діти до 7 років. *Нозології:* ДЦП. *Форма обслуговування:* стаціонарна.
- *Запорізький обласний центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та дітей-інвалідів* на базі обласної клінічної лікарні (м. Запоріжжя, пр. Леніна, 70; тел.: 64-57-81; директор – Белаш В.І.).
- *Денний стаціонар для терапевтичної і неврологічної групи хворих* на базі міської поліклініки (м. Бердянськ) – на **60** ліжок. Лікування інвалідів із захворюваннями *ОРА*.
- *Реабілітаційний кабінет хворих* на базі міської поліклініки (м. Бердянськ). Лікування інвалідів із захворюваннями *ОРА*.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- *Санаторій "Великий Луг"* (Укрпрофоздоровниця; м. Запоріжжя, с. Великий Луг) – на **192** ліжка. Розгорнуті спеціалізовані реабілітаційні відділення:

- відділення для реабілітації осіб, що брали участь в ліквідації наслідків ліквідації аварії на ЧАЕС (на **60** ліжок);
- відділення для реабілітації хворих, перенесли інфаркт міокарду, нестабільну стенокардію і операції на серці (на **30** ліжок);
- відділення для реабілітації хворих, перенесли гостру мозкову атаку (на **40** ліжок);
- відділення оздоровлення вагітних з акушерською патологією (на **62** ліжка).

▪ **Санаторій "Бердянськ"** (Укрпрофоздоровниця; м. Бердянськ, вул. Курортна, 79). Тут функціонують **3** відділення на **110** ліжок:

- відділення відновного лікування для хворих, що перенесли інфаркт міокарду (на **30** ліжок);
- відділення відновного лікування для опікових хворих (на **30** ліжок);
- відділення відновного лікування для травматологічних хворих (на **50** ліжок);
- *НС.*

▪ **Санаторій "Лазурний"**(Укрпрофоздоровниця; м. Бердянськ, вул. Курортна, 79). Тут розгорнуті **2** відділення на **60** ліжок:

- відділення відновного лікування для хворих ревматологічного профілю (на **30** ліжок);
- відділення відновного лікування для хворих з цереброваскулярною патологією (на **30** ліжок);
- *ОРА, органи травлення, НС.*

▪ **Санаторій "Приазов'я"** (Укрпрофоздоровниця; м. Бердянськ, вул. Курортна, 79). Функціонує відділення відновного лікування для дітей і хворих на цукровий діабет – на **30** ліжок. *ОРА, НС, гінекологія.*

▪ **Санаторій "Азов"** (Укрпрофоздоровниця; м. Бердянськ, вул. Шмідта, 18). *ОРА, органи дихання.*

▪ **Санаторій "Кирилівка"** (Укрпрофоздоровниця; с. Кирилівка, Акимівський р-н). *ОРА, периф. НС, гінекологія.*

▪ **Санаторій "Глорія"** (МОЗ) – водогрязелікарня.

Загальний ліжковий фонд санаторіїв складає **392** ліжка.

Івано-Франківська область

- **Обласний лікувально-діагностичний центр соціальної адаптації дітей «Надія»** на базі Івано-Франківської Обласної ПНЛ № 3 (м. Івано-Франківськ, вул. Медична, 15; тел.: 2-70-47; 2-26-45; керівник – Нечесна Я.М.). *Вікова категорія:* діти до 18 років. *Нозології:* ДЦП, порушення психічного розвитку. *Форма реабілітаційного обслуговування:* стаціонарна.
- **Відділення реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи та опорно-рухового апарату** на базі Івано-Франківської державної обласної дитячої клінічної лікарні (м. Івано-Франківськ, вул. Коновальця, 132; тел.: 52-77-57; 52-78-70; 52-77-40; зав. відділенням – Криштофович Я. Л.).
- **Центр “Ортодос” для реабілітації хворих із патологією опорно-рухового апарату** (м. Івано-Франківськ).
- **Обласний лікарсько-фізкультурний центр здоров’я** (м. Івано-Франківськ; тел.: 2-31-64; головний лікар – Івасів В.Я.).
- **Центр екстремальної медичної допомоги і відділення малоінвазивної хірургії** при обласній клінічній лікарні (м. Івано-Франківськ).
- **Центр ендovasкулярної і серцево-судинної хірургії** при центральній міській клінічній лікарні (м. Івано-Франківськ).
- **Центр профілактики СНІДу** при обласній інфекційній лікарні (м. Івано-Франківськ).
- **Реабілітаційне відділення** при міській поліклініці №1 (м. Івано-Франківськ).
- **Базовий обласний центр реабілітації інвалідів** – на базі сільської лікарської амбулаторії (с. Нижнів Тлумацького району).
- **Реабілітаційний центр для дітей** при дитячій лікарні – на **30** ліжок.
- **Кабінет нетрадиційної і народної медицини** при обласному шкірвендиспансері (м. Івано-Франківськ).
- **Денний стаціонар** (м. Коломия) – на **20** ліжок.
- **Денний стаціонар** (м. Болехів) – на **20** ліжок.
- **Стаціонарне відділення** (сmt. Делятин) – на **10** ліжок.

▪ **Медико-соціальні центри – 5** (м. Косів, Коломия, Калуш, Болехів, Івано-Франківськ).

▪ **Обласна лікарня „Хоспіс”** (м. Івано-Франківськ, тел. 2-48-08; головний лікар – Андріішин Л.І.).

Для інвалідів з *патологією очей*:

- **очне відділення** Обласної клінічної лікарні (на **40** ліжок);
- **очне відділення** Центральної міської лікарні (на **40** ліжок);
- **стаціонарні ліжка** для лікування хворих з очною патологією в 12 районах (**170** ліжок).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Косів"** (МОЗ; с. Сподне, Косівський р-н).

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Гірське повітря"** (МОЗ; смт. Ворохта, Галицького, 5).

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Кремінці"** (МОЗ; с. Татарів, Яремчанський р-н).

▪ **Дитячий санаторій** (МОЗ; с. Коршів Коломийського р-ну).
Патологія органів дихання.

▪ **Дитячий санаторій** (МОЗ; с. Коршів Коломийського р-ну).
Патологія ОРА.

▪ **Дитячий санаторій** (МОЗ; с. Коршів Коломийського р-ну).
Патологія ОРА.

▪ **Дитячий санаторій** (МОЗ; с. Коршів Коломийського р-ну).
Патологія ОРА.

▪ **Дитячий санаторій** (МОЗ; смт. Єзупіль Галицького р-ну).
Психоневрологічна патологія.

▪ **Санаторій-профілакторій "Джерело Прикарпаття"**
(Укрпрофоздоровниця).

Кіровоградська область

▪ **Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни** (Адреса: м. Кіровоград, вул. Короленка, 58; тел.: 27-04-62; 24-06-79; головний лікар – Мельник Б.С.). Розрахований на **210** ліжок.

▪ **Медичний діагностичний центр "Добруджа"** (м. Кіровоград, пр-т Правди, 68а; тел. 55-34-20; директор – Хорошак В.Д.) – неврологічне відділення для дітей з органічним ураженням ЦНС. Рання соціальна реабілітація. Вікова категорія: діти від 2 до 7 років. Режим роботи: 8.00-16.00. Застосовується модель Українського медичного центру реабілітації з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України (м. Київ) «Тандем».

▪ **Будинок дитини** (м. Кіровоград, вул. Глінки, 46; тел.: 23-51-37; директор – Дикуша Л.М.). Виконує функції Центру. Рання соціальна реабілітація. Вікова категорія: діти до 4 років. Нозології: діти з ураженням ЦНС, порушенням ОРА, порушенням психічного розвитку. Амбулаторна, стаціонарна форми обслуговування, консультації батьків. Режим роботи: цілодобово. Застосовується методика Українського медичного центру реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України (м. Київ).

▪ **Обласний протитуберкульозний санаторій для дорослих** (м. Знам'янка, вул. Санаторна, 1; тел.: 2-36-93; головний лікар – Прохода П.С.). Потужність стаціонару – **100** ліжок для дорослих. У складі закладу функціонують фізіотерапевтичний кабінет, кабінет ЛФК, інгаляторій, клініко-діагностична лабораторія, кабінет масажу.

▪ **Староосотський протитуберкульозний дитячий санаторій** (с. Поселянівка, Олександрівський район; тел.: 91-3-30; головний лікар – Баглюк Є.Ю.). Потужність стаціонару – **110** ліжок для дітей. У складі закладу функціонують аеросолярій, фізіотерапевтичний кабінет, кабінет ЛФК, клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічний та стоматологічний кабінети.

▪ **Обласна бальнеологічна лікарня** (м. Знам'янка, вул. Г.Сталінграда, 6; тел.: 5-20-68; 5-23-49; 7-11-04; головний лікар – Шандра Г.В.). Потужність стаціонару – **150** ліжок для дорослих. Багатопрофільний лікувальний заклад. Нозології: захворювання ОРА, ЦНС, серцево-судинної системи, ШКТ, жіночої статевої сфери, ендокринної системи та порушення обміну речовин, захворювання шкіри. Використовуються всі методи бальнео- та гідротерапії (радонові, перлинні, хвойні, морські, йодобромні, сірководневі, кисневі, контрастні, 4-х камерні, хвильові ванни; підводне витягування хребта, кишкові промивання та гінекологічні зрошення, лікувальні душі, ручний, механічний та підводний масаж, механотерапія, інгаляції ліків та бальзамів; електромагнітно-лазеротерапія, світлоультразвукові процедури, барокамера, парафін- та озокеритотерапія; лікувальні грязі Сакського озера для мікроаплікацій та

внутрішньопорожнинного застосування). Мінеральна вода Знам'янського родовища використовується як лікувальна питна вода (сульфатно-гідрокарбонатна).

▪ **Лікувально-реабілітаційний центр "АПРИКА"** (м. Кіровоград, вул. Карла Маркса, 286; тел.: 36-11-27). *Водолікування* (радонові, жемчужні, хвойні, морські, йодобромні, кисневі ванни); підводне витягнення хребта, підводний душ-масаж, грязелікування, гідроколонтерапія, кишкові та гінекологічні зрошення, лікувальні душі (душ Шарко), інгаляції, лазерне опромінення крові, масаж, електро-, магніто-, тепло-, лазеротерапія, ультразвукові процедури, мануальна терапія, ручний масаж. *Нозології*: хвороби ОРА, ССС, ШКТ, жіночої статевої системи, ендокринної системи та обміну речовин.

▪ **Медико-соціальна частина ВТО "Червона зірка"** (головний лікар – Ауліна Л.О., тел. 27-84-36).

▪ **Спеціалізована медико-санітарна частина № 6 (рудоуправління)** (начальник МСЧ – Семеняк О.І., тел.: 24-28-48).

▪ **КПНК "Здоров'я"** (м. Кіровоград, вул. Калініна, 32/2, тел.: 22-82-29, 29-98-77). *Послуги*: невропатолог (лікування головного та хребетного болю), мануальна терапія, масаж. *Години роботи*: 16.00-19.00.

Київська область та м. Київ

▪ **Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС МОЗ України** на базі дитячої лікарні № 1 (м. Київ, вул. Богатирська, 30; тел.: 412-00-02; директор – Мартинюк В.Ю.). Використовується методика «Тандем», затверджена ВООЗ, яка полягає в гармонійному поєднанні медичного та соціально-педіатричного аспектів реабілітації. Дитина постійно перебуває під наглядом невролога та психолога. Курс реабілітаційного лікування забезпечується ортопедом, спеціалістами Войт-терапії, Монтессорі-терапії, мануальної терапії, ЛФК та масажу, логопедом, рефлексотерапевтом тощо.

▪ **Київський міський ортопедичний центр ендопротезування, хірургії і реабілітації** на базі міської клінічної лікарні № 12 (м. Київ, вул. Підвисоцького, 4А; тел.: 501-12-82, 528-35-14). Ендопротезування кульшових суглобів сучасними імплантатами механічної та цементної фіксації: первинне – тотальне, ревізійне (повторне), однополосне; ендопротезування колінного суглоба; можливість реінфузії крові під час операцій; остеосинтез кісток скелета всіма відомими способами (накісткові пластинки з шурупами, внутрішньокісткові стрижні, і стрижньових апарати спиць зовнішньої фіксації); лікування несправжніх суглобів; артроскопія – малоінвазивна діагностика і хірургія пошкоджень суглобів (видалення менісків, пластика зв'язок, видалення вільних тіл); коригуючі операції при різних ступенях деформації стоп (індивідуальний підбір методики,

відсутність гіпсових пов'язок, рання функція); корекція осі і довжини кінцівки; видалення доброякісних пухлин опорно-рухової системи; консервативне лікування неускладнених захворювань хребта і суглобів; реабілітація після важких травм і операцій; допомога в організації лікування за рубежом.

▪ **Клініка вертеброневрології професора В. Гонгальського** на базі Центральної міської клінічної лікарні (м. Київ, вул. Шовковична 39/1; вул. Мечникова, 1; тел.: 255-15-19, 255-14-00). Функціонує з 1978 р. Спеціалізація клініки — неврологія, нехірургічна травматологія-ортопедія, вертеброневрологія. Лікування патологічних станів: болі в хребті, крижах, кінцівках, оніміння рук; грижі дисків; біль в суглобах, грудній клітці, міжлопатковій області; головні болі, запаморочення; болі в серці при незмінній ЕКГ; сколіози, порушення постави; реабілітація після операцій на хребті і суглобах. Послуги масажистів, методистів, фізіотерапія. Всі доступні сучасні методи клінічної діагностики. Лікування – платне.

▪ **Міський будинок дитини "Берізка"** (м. Київ, вул. Маршала Жукова, 4; тел.: 544-76-28; головний лікар – Таволжан О.О.).

▪ **Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови "СУВАГ-Київ"** (м. Київ, вул. Володимирська, 43а; тел.: 221-13-20; 235-32-49; директор – Кулакова Т.Б.).

▪ **Реабілітаційний центр для ліквідаторів аварії на ЧАЕС 1 та 2 категорій та вдів померлих ліквідаторів** (м. Біла Церква, вул. Щорса, 65а).

▪ **Республіканський госпіталь для інвалідів та учасників воєн** (Переяслав-Хмельницький р-н, с. Циблі).

▪ **Центр реабілітації** при Будинку дитини ім. М. Городецького (сmt. Ворзель, вул. Леніна, 35; тел.: 4-62-57; головний лікар – Мартичев В.Х.). Вікова категорія – діти до 4 років.

▪ **Дитячий оздоровчий центр "Шанс"** (м. Біла Церква, вул. Східна, 34; тел.: 9-63-89, 7-26-10; директор – Крижанівський В.Є.). *Нозології:* ураження ЦНС, наслідки поліомієліту, порушення опорно-рухового апарату, порушення психічного розвитку. В Центрі використовується комплексна медико-соціальна, педагогічна, професійна допомога дітям з особливими потребами з народження до дорослого віку. Реабілітаційні методики: Пето, С.Д. Забрамної, Т.М. Ілляшенко, А.Т. Обухівської, "Тандем". Реабілітаційне обладнання: обладнання "Альма", тренажери "Кетлер", фізіотерапевтичне обладнання, масажний кабінет, обладнання для ігрової та реабілітаційної терапії.

▪ **Обласна лікарня відновного лікування** (Київська область, м. Миронівка) – на 50 ліжок. Лікування патології хребта та суглобів (консервативне та оперативне, радонолікування).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- **Санаторій "Перемога"** (Мінпраці; м. Київ, вул. Бударіна, 3). ССС.
- **Санаторій "Ірпінь"** (МОЗ; м. Ірпінь, Київська обл., вул. Пушкінська, 31). ССС, туберкульоз очей.
- **Київський обласний санаторний комплекс** (розміщений в Ірпінській зоні). Має потужні відділення, що займаються оздоровленням дитячого населення за наступними профілями: *ендокринологічний, протитуберкульозний, психоневрологічний, ортопедичний*. Щорічно оздоровлюється близько **7 тис.** осіб.
- **Протитуберкульозний санаторій** (УОЗ ОДА; смт. Димер, Вишгородський р-н).
- **Санаторій "Жовтень"** (Укрпрофоздоровниця; м. Київ, смт. Конча-Заспа). ССС, патологія вагітності.
- **Санаторій "Зірка"** (Укрпрофоздоровниця; Київська обл., смт. Ворзель, вул. Великого Жовтня, 54). ССС.
- **Санаторій "Труд"** (Укрпрофоздоровниця; Київська обл., смт. Пуща-Водиця, вул. Червонофлотська, 9). ССС, НС.
- **Санаторій "Україна"** (Укрпрофоздоровниця; смт. Ворзель). ССС.
- **Санаторій ім. 1 Травня** (Укрпрофоздоровниця; м. Київ, смт. Пуща-Водиця, вул. Гамарника, 28). ССС, НС.
- **Загальнопрофільний санаторій "Поляна"** (Баришівський р-н). Оздоровлення дітей з хворобами серцево-судинної, дихальної системи, та захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Щорічно оздоровлюється близько **3 тис.** осіб.

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Військовий санаторій "Пуща-Водиця" (Міноборони)	смт. Пуща-Водиця, вул. Гамарника, 60	ССС, НС, органи дихання
Санаторій "Хутір Вільний" (МВС)	м. Київ-161	ССС, НС
Санаторій "Ворзель" (санцентр) (СБУ)	смт. Ворзель, вул. Держинська, 5	ССС
Санаторій "Ворзель" (НАН)	смт. Ворзель, вул. Леніна, 1	ССС
Санаторій "Славутич" (НАН)	смт. Пуща-Водиця, вул. Юнкерова, 38	Багатопрофільний
Санаторій "Пуща Озерна" (Адміністрація Президента)	смт. Пуща-Водиця, 14 лінія	ССС
Санаторій "Конча-Заспа" (Кабмін)	с. Конча-Заспа	ССС, НС

Луганська область

▪ *Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС* при Луганській обласній дитячій лікарні (м. Луганськ, вул. Радянська, 68; головний лікар – Ткаченко В.І.). Виконує функції Центру. Вікова категорія – діти до 7 років.

▪ *Регіональний медико-реабілітаційний центр* (Мінпаливенерго; м. Красний Луч; вул. Бочневського, 4а; тел.: 4-73-42; директор – Борейко І.І.).

▪ *Кабінет реабілітації “СЕЮ”* (м. Луганськ, вул. 30-років Перемоги, 43; тел.: 47-82-70, 49-81-22; директор – Симонова О.Ю.). *Нозології:* остеохондроз, артрози, сколіоз, ДЦП, розробка суглобів після переломів, після операцій на хребті, в післянсультному періоді, при варикозному розширенні вен; епілепсія. Застосовуються різні види масажу, гірудотерапія. Лікування платне.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ *Санаторій-профілакторій “Шахтарські зорі” ДП “Ровеньки-антрацит”* (Мінпаливенерго). Для реабілітації шахтарів-інвалідів, які в результаті виробничих травм втратили здатність самостійно пересуватися. Має унікальний медичний пристрій – *динамічний пароподіум*.

▪ *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; м. Брянка-3, вул. Комінтерна).

▪ *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; м. Краснодон, парк Молодої Гвардії).

▪ *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; м. Стаханов, с. Теплогорськ, вул. Вишнева, 1).

▪ *Протитуберкульозний санаторій “Кримське”* (МОЗ; с. Кримське, Слов'яносербський р-н).

▪ *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; м. Ровеньки, с. Держинське, вул. Суботіна, 85).

▪ *Санаторій “Озерний”* (Укрпрофоздоровниця; м. Кременна). *ССС, НС*.

▪ *Санаторій “Перлина”* (Мінпраці; м. Новопсковськ, вул. Леніна, 218). *НС, органи травлення*.

▪ *Санаторій “Сосновий”* (Мінпраці; п/в Лиман-1, Старобільський р-н). *ССС, НС*.

Львівська область

▪ **Інститут проблем медичної реабілітації** (директор – Козявкін В.І.). Здійснюється лікування пацієнтів з дитячим церебральним паралічем, остеохондрозом та наслідками травм і органічного ураження нервової системи. Основним компонентом лікування є система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, яка включає біомеханічну корекцію хребта та великих суглобів, у поєднанні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією, апітерапією та застосуванням костюму „Спіраль”. До складу інституту *входять*:

- **Реабілітаційний центр "Еліта"** (м. Львів, просп. Чорновола, 45а; тел. 72-50-30).

- **Міжнародна клініка відновного лікування** (м. Трускавець, вул. Помірецька, 37; тел.: 6-52-20, 6-52-00). Загальна площа приміщень становить 14 тис м². Стаціонарне відділення клініки включає 100 палат.

▪ **Медико-оздоровчий центр "Метрополь"**.

▪ **Центр вертебродіагностики та сколіозу.**

▪ **Львівська обласна комунальна лікарня відновного лікування** (с/мт. Брюховичі) (головний лікар – Шевчук Я.).

▪ **Фізіотерапевтичне відділення на базі 5-тої комунальної клінічної лікарні** (м. Львів, вул. Чупринки, 45; зав. відділенням – Ретвінська К.). Реабілітація хворих різного профілю. *Застосовуються*: електролікування (гальванізація та електрофорез лікарських речовин, дарсонвалізація, СМС-терапія, УЗ-терапія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія); світлолікування (кварцеве опромінення, лазеротерапія); магнітолікування; ЛФК, масаж.

▪ **Відділення відновного лікування** на базі Львівської обласної дитячої клінічної лікарні (м. Львів, вул. Лисенка, 31; тел.: 75-94-67, 72-27-70; 75-93-76; головний лікар – Микитчак І.В.).

▪ **Обласний перинатальний центр** (м. Львів, вул. Дж. Вашингтона, 6; тел.: 70-16-90; 70-00-86; головний лікар – Янів Л.Б.). Здійснює корекцію розвитку та ранню медико-соціальну реабілітацію дітей високого перинатального ризику.

▪ **Обласний госпіталь для інвалідів та репресованих** (м. Винники, вул. В. Івасюка, 31; тел.: 296-11-45, 296-11-83; начальник госпіталю – Рафалюк І.Я.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій "Пролісок"** (Укрпрофозоровниця; смт. Моршин, вул. Проліскова, 10). *Органи травлення, батьки з дітьми.*

▪ **Санаторій "Батьківщина"** (Мінпраці; м. Трускавець, вул. Городище, 6). *Органи травлення.*

▪ **Оздоровчий центр "Говерла"** (м. Моршин). Санаторно-курортна реабілітація ветеранів ОУН-УПА.

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Санаторій "Кришталевий палац" (Кабмін)	м. Трускавець, вул. Суховоля, 35	Органи травлення, хв. нирок
Санаторій "Перлина Прикарпаття" (МВС)	м. Трускавець, вул. С. Бендери, 71	Органи травлення, хв. нирок
Санаторій "Трускавець" (СБУ)	м. Трускавець, вул. Шевченка, 23	Органи травлення, хв. нирок
Санаторій "Прикарпаття" (Атоменерго)	м. Трускавець, вул. Городище, 8	Органи травлення
Трускавецький центральний військовий санаторій (Міноборони)	м. Трускавець, вул. Сонячна, 18	Органи травлення, хв. сечостатевих органів
Військовий санаторій "Шкло" (Міноборони)	Яворівський р-н, с. Шкло	Органи травлення, хв. сечостатевих органів
Моршинський центральний військовий санаторій (Міноборони)	смт. Моршин	Органи травлення, хв. обміну речовин

Миколаївська область

▪ **Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів** (м. Миколаїв, вул. Дзержинського, 55; тел.: 35-80-57; 35-22-85; директор – Ляшенко В.І.). Головні структурні підрозділи:

- **Центр дитячої ортопедії і реабілітації**, який здійснює: дієву і якісну ортопедичну допомогу дітям-інвалідам, адаптацію дитини-інваліда до виготовленого ортезу; соціальну та фізичну реабілітацію; залучення можливостей нетрадиційних супутніх методів реабілітації (тренажерні зали, комплекс водних процедур у реабілітаційному басейні, бальнеологічні методики, фітотерапія, апітерапія); спеціалізовані корекційно-відновлювальні заняття в групі дітей. Щоденно Центр приймає до **80** дітей-інвалідів, **20** дітей проживають в пансіонаті зі своїми батьками.

- **Центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів «Надія».**

- **Навчально-методичний Центр.**

▪ **Відділення відновного лікування** при міській лікарні № 2 (м. Миколаїв, вул. В. Морська, 54/56; тел.: 35-63-14; головний лікар – Радулов О.В.). *Нозології: патологія ЦНС, ОРА, порушення психічного розвитку. Вікова категорія: діти до 16 років. Форми обслуговування: амбулаторна, стаціонарна.*

▪ **Відділення медико-соціальної реабілітації "санаторного типу" для дітей-інвалідів** при Інгульській дільничній лікарні (с. Інгулка, вул. Садова, 21; 9-72-33; головний лікар – Цикало В.П.). *Форми обслуговування: стаціонарна, домашній патронаж, консультації батьків. Реабілітаційне обладнання: тренажери для ходіння та для розвитку вестибулярного апарату, стендер спінальний та з опорою на живіт, ходунки, терапевтичні клини, шведська стінка.*

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій „Золотий колос”** (Мінпраці; м. Очаків). *Органи дихання, ССС.*

▪ **Санаторій "Очаків"** (Укрпрофоздоровниця; м. Очаків, вул. Курортна, 29). *Органи дихання, НС.*

Одеська область

▪ **Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології** (м. Одеса, Лермонтовський пров., 6; тел.: 24-23-08; директор – Бабов К.Д.).

▪ **Реабілітаційна палата для спінальних хворих** в неврологічному відділенні міської клінічної лікарні № 10 (м. Одеса).

▪ **Реабілітаційна база** міської клінічної лікарні № 3 (м. Одеса; Лидерсовський бульвар, 11; тел.: 25-73-33; головний лікар – Мустяца О.А.).

▪ **Реабілітаційна база** Одеського обласного психоневрологічного диспансеру (4-те відділення) (м. Одеса, вул. Канатна, 27; тел.: 25-82-44; головний лікар – Муратова Т.М.).

▪ **Медичний центр реабілітації дітей з соматичними захворюваннями** МОЗ України (м. Одеса, вул. Маріїнська, 3; 22-41-60; директор – Аванесов Ю.М.).

▪ **Відділення відновного лікування міської дитячої лікарні** (м. Ізмаїл, пров. Суворова, 69; тел.: 2-11-19; головний лікар – Кулікова Т.А.).

▪ **Благодійний фонд реабілітації інвалідів по зору «Фріз»** (м. Одеса, вул. Варненська, 21; тел.: 65-01-53; директор – Качановський Ю.А.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

За останні 10 років в санаторіях МОЗ України м. Одеси було відкрито 7 спеціалізованих реабілітаційних відділень на 300 ліжок (виконують функції центрів):

▪ **Санаторій "Лермонтовський"** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, пров. Лермонтовський, 2). Тут організовано 4 відділення (загальною кількістю 180 ліжок):

- **Спеціалізоване відділення** для долікування хворих, що перенесли гострий інфаркт міокарда (90 ліжок);

- **Спеціалізоване відділення** ранньої реабілітації травматологічних хворих та хворих з захворюваннями кістково-м'язової системи (30 ліжок);

- **Спеціалізоване відділення** ранньої реабілітації хворих із цереброваскулярними захворюваннями (30 ліжок);

- **Спеціалізоване відділення** для реабілітації вагітних (30 ліжок).

▪ **Клінічний санаторій ім. Горького** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, Фонтанська дорога, 165, 1-й корпус; тел.: 63-03-81; головний лікар – Полулях А.Д.). Реабілітаційно-лікувальний заклад республіканського типу. Бальнеологічний центр (тут є 3 джерела мінеральної води). В складі санаторію функціонує:

- **Спеціалізоване очне відділення** – для реабілітації хворих на глаукому (єдиний бальнеологічний санаторій даного профілю в Україні) (на 60 ліжок).

- **Спеціалізоване гастроентерологічне відділення** – для відновного лікування хворих, які перенесли оперативне втручання на органах травлення (30 ліжок).

▪ **Санаторій ім. М.І. Пирогова** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, курорт «Куяльник»; тел.: 55-90-77; головний лікар – Шаповалов А.Л.). В його складі функціонує:

- **Реабілітаційне відділення** для хворих з захворюваннями кістково-м'язової системи (30 ліжок).

▪ **Санаторне об'єднання "Хаджибей"** (МОЗ України) – на його базі створено:

- **Український Центр санаторно-курортної реабілітації та соціальної адаптації дітей з органічним ураженням центральної нервової системи** (2 відділення по 250 ліжок);

- *Реабілітаційне відділення для дітей з захворюваннями очей (105 ліжок).*

▪ *Санаторій "Зелена гірка" – тут відкрито реабілітаційне відділення для дітей з неспецифічними захворюваннями органів дихання (60 ліжок).*

▪ *Санаторій "Люстдорф". Тут організовані:*

- *Реабілітаційне відділення для дітей і підлітків з захворюваннями опорно-рухової системи та сполучної тканини;*

- *Реабілітаційне відділення для потерпілих від аварії на ЧАЕС (50 ліжок).*

▪ *Санаторій "Аркадія" (МОЗ; м. Одеса, Французький бульвар, 40). Туберкульоз очей, хвороби нирок, гінекологія.*

▪ *Санаторій "Приморський" (МОЗ; Білгород-Дністровський р-н, с. Курортне). Туберкульоз.*

▪ *Санаторій ім. Чкалова (МОЗ; м. Одеса, Французький бульвар, 80). Багатопрофільний.*

▪ *Санаторій "Сонячний" (МОЗ; м. Одеса, Фонтанська дорога, 159; тел.: 63-20-15; головний лікар – Вівдич В.Є.). Багатопрофільний.*

▪ *Санаторій "Зелений мис" (Укрпрофоздоровниця; Одеська обл., с. Чорноморка, вул. Леніна, 101). Органи зору.*

▪ *Санаторій "Україна" (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, Французький бульвар, 54). ССС, НС.*

▪ *Санаторій "Дружба" (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, пров. Шевченка, 37/39). ССС.*

▪ *Санаторій "Примор'я" (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, вул. Посмітного, 1). ССС, НС.*

▪ *Санаторій "Перлина" (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, вул. Амундсена, 5). НС.*

▪ *Санаторій "Фонтан" (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, вул. Перекопської дивізії, 8). ССС.*

▪ **Санаторно-лікувальний оздоровчий центр "Куяльник"** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, курорт Куяльник). *ОРА, НС, гінекологія.*

▪ **Санаторій "Червоні зорі"** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, вул. "Червоні зорі", 46). *Органи дихання, ССС, НС.*

▪ **Санаторій "Чорне море"** (Укрпрофоздоровниця; м. Одеса, Дачний провулок, 2). *Органи дихання, ССС, НС.*

▪ **Санаторій "Салют"** (Мінпраці; м. Одеса, вул. Піонерська, 28). *ОРА.*

▪ **Санаторій ім. Чувиріна** (Мінпраці; м. Одеса, Французький бульвар, 28/30). *ССС.*

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Санаторій Одеса (СБУ)	м. Одеса, Французький бульвар, 52	Органи дихання
Одеський військовий санаторій (МО)	м. Одеса, Рибача Балка, 3	ССС, НС, ендокринологія
Санаторій "Росія" (трудового колективу)	м. Одеса, Французький бульвар, 60	ССС, НС, органи травлення
Санаторій "Магнолія" (ВАТ „Краяни”)	м. Одеса, вул. Французький бульвар, 63/65	Багатопрофільний
Міжрейсова база моряків	м. Одеса, вул. Піонерська, 30	Багатопрофільний

Полтавська область

Для реабілітації хворих та інвалідів в Полтавській області функціонує **234** реабілітаційних ліжка:

▪ **Реабілітаційні ліжка** на базі **цілодобового стаціонару Полтавського протезного заводу** – **24** ліжка (для складного протезування первинних хворих з ампутаціями кінцівок). Щорічно тут обслуговується в середньому **300** інвалідів.

▪ **Реабілітаційні ліжка** на базі **Обласної клінічної лікарні відновного лікування** – **30** ліжок.

▪ **Реабілітаційні ліжка** на базі **Лубенського госпіталю інвалідів ВВВ** – **20** ліжок.

▪ **Реабілітаційні ліжка у гастроентерологічному відділенні Дитячої обласної клінічної лікарні** (м. Полтава, вул. Фрунзе, 46а; тел.: 7-27-53; 2-05-43; головний лікар – Кінаш Н.В.).

- **Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС** при **Дитячій обласній клінічній лікарні** (м. Полтава; м. Полтава, вул. Шевченка, 34; тел.: 7-18-73; головний лікар – Кінаш Н.В.).

- **Обласний спеціалізований будинок дитини** (м. Кременчук, вул. Бетонна, 3; тел.: 77-15-23; головний лікар – Пересунько Л.В.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- **Реабілітаційні ліжка на базі ЗАТ "Миргородкурорт" (160 ліжок)** – в кардіологічному, травматологічному відділеннях, реабілітаційному відділенні для ліквідаторів та інвалідів ЧАЕС Полтавської та Київської областей, хворих з патологією шлунково-кишкового тракту.

- **Санаторій "Березовий гай"** (Укрпрофоздоровниця; м. Миргород, вул. Гоголя). *Органи травлення, хвороби обміну речовин.*

- **Міжгосподарський санаторій "Сосновий бір".**

- **Санаторій-профілакторій "Антей".**

- **ПП "Орендний дитячий оздоровчо-виховний заклад "Орлятко".**

- **Санаторій "Слава"** (Мінпраці; м. Миргород, вул. Харківська, 64). *Органи травлення, хвороби обміну речовин.*

- **Протитуберкульозний санаторій "Великосорочинський"** (МОЗ; с. Великі Сорочинці, Миргородський р-н).

- **Протитуберкульозний санаторій "Галочка"** (МОЗ; м. Гадяч).

- **Протитуберкульозний санаторій "Ліщинівський"** (МОЗ; с. Білики, Кобеляцький р-н).

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Санаторій "Миргород" (МВС України)	м. Миргород, вул. Українська, 58а	Органи травлення
Медичний центр внутрішніх військ "Нові Санжари" (МВС України)	м. Нові Санжари, пров. Радянський, 44	Органи травлення

Рівненська область

- **Обласна фізіотерапевтична лікарня** (на 60 ліжок), в якій є 2 відділення: *травматологічне та терапевтичне*, де проводяться наступні методи

лікування: радонові ванни, підводний душ-масаж, підводне витяжіння, масаж, електропроцедури, теплолікування, механотерапія, голкорексфлексотерапія. Щорічно тут проліковується близько **1 тис.** хворих та інвалідів.

- **Обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення** на **150** ліжок (в т.ч. **80** – терапевтичних, **30** – неврологічних, **40** – дитячих), проводиться відновне лікування *інвалідів внаслідок аварії на ЧАЕС*.
- **Обласний клінічний лікувально-діагностичний центр** – проводиться відновне лікування інвалідів-чорнобильців.
- **Обласний ендокринологічний диспансер** – проводиться відновне лікування інвалідів-чорнобильців.
- **Обласний онкодиспансер** (на **200** ліжок) – для відновного лікування хворих онкологічного профілю.
- **Дубенський міжрайдиспансер** – для відновного лікування хворим онкологічного профілю.
- **Обласний центр артрології та відновного лікування** на базі Рівненської центральної міської лікарні (на **50** ліжок, з них **30** ліжок *ортопедо-травматологічного* профілю та **20** ліжок – *неврологічного профілю*). Тут проводяться малоінвазивні артроскопічні операції та реабілітація інвалідів з патологією хребта та опорно-рухового апарату. Щорічно проходять відновне лікування близько **1 тис.** хворих та інвалідів.
- **Центр реабілітації інвалідів** з денним стаціонаром (на **25** ліжок) – для відновного лікування інвалідів з патологією опорно-рухового апарату (м. Рівне). Щорічно тут лікується близько **1 тис.** хворих. Центром організуються стаціонари для інвалідів на дому, за допомогою яких щорічно лікується така ж кількість інвалідів. Центр реабілітації інвалідів обслуговує щорічно **більше 2,5 тис.** інвалідів, в т.ч. половина – після перенесеного ГПМК та близько **400** дітей-інвалідів. *Методи лікування:* електролікування, акупунктура, мануальна терапія, голко-рефлексотерапія, парафіно- та озокеритотерапія та ін.
- **Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС** при Рівненській обласній дитячій лікарні (м. Рівне, вул. Київська, 60а; тел.: 28-25-26; 28-98-40; головний лікар – Конько М.О.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- **Санаторій-профілакторій Рівненської АЕС** (на **25** ліжок) – для відновного лікування інвалідів Рівненської АЕС. Проводиться лікування хворим з патологією хребта (остеохондрози), із патологією опорно-рухового апарату, виразковою хворобою шлунку та ДПК. Методи лікування: лазеротерапія,

дієтотерапія, різні методи водолікування (душ Шарко, підводні ванни, ванни з лікувальними добавками).

- *Протитуберкульозний санаторій* (МОЗ; м. Острог) – на **100** ліжок. Щорічно лікується близько **300** хворих.
- *Протитуберкульозний санаторій "Костопіль"* (МОЗ; м. Костопіль) – на **100** ліжок. Щорічно лікується близько **200** хворих.
- *Санаторій "Корець"* (Мінпраці; с. Гвоздів, Корецький р-н). *ОРА, НС.*

Сумська область

- *Центр фізичної реабілітації інвалідів II-III груп з захворюваннями кістково-м'язової системи* на базі Сумського обласного лікувально-фізкультурного диспансеру (м. Суми, вул. Свердлова, 44; 25-03-83; директор – Копійка М.М.). Функціонує з 2002 року. Щорічно тут отримує відновну терапію близько **100** інвалідів.
- *Обласний Центр медичної та фізичної реабілітації хворих та інвалідів з порушенням функції опорно-рухового апарату та нервової системи* на базі ЗАТ "Клініка „Вертеболог" (м. Суми, вул. Заливна, 13а; тел.: 32-19-72; 32-88-36; директор – Куприна В.В.).
- *Відділення для дітей із ураженням ЦНС та порушенням психіки* на базі Обласної дитячої клінічної лікарні. Вік дітей – від 1 міс. до 3 років. Нові методики реабілітації: сухий кульковий басейн, ігрова доріжка. Щорічно в центрі лікується близько **700** дітей-інвалідів.
- *Фізкабінети* – функціонують в кожному ЛПЗ.
- *Денні стаціонари* – в області їх функціонує **63**, загальний ліжковий фонд складає **1381** ліжка.
- *Відділення відновного лікування хворих та інвалідів з професійними захворюваннями* (вібраційна, хронічні бронхіти від впливу пилу) – на базі денного стаціонару МСЧ ВАТ "СМНВО ім. Фрунзе".
- *Амбулаторний центр для відновного лікування хворих та інвалідів із захворюваннями серцево-судинної та нервової системи* – на базі денного стаціонару міської поліклініки № 3 м. Суми.
- *Сумський обласний спеціалізований будинок дитини* (м. Суми, вул. Кірова, 158; головний лікар – Литвиненко Г.І.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій-профілакторій МСЧ ВАТ "Хімпром"** – для лікування та оздоровлення хворих, що постраждали від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань на даному підприємстві. З профілакторієм укладений договір обласним відділенням Фонду соціального страхування. Проводиться лікування *хвороб кістково-м'язової системи, периферійної нервової системи, систем кровообігу та дихання*. Застосовуються усі водні процедури, ванни, лазеротерапія, голкорексфлексотерапія, ароматерапія, сольові печери, парафінолікування.

▪ **Санаторій "Токарі"** (Мінпраці; с. Токарі, Лебединський р-н). Проводиться лікування *хвороб органів травлення, кістково-м'язової системи, периферійної нервової системи та порушень обміну речовин*. Тут застосовуються лікувальні ванни (мінеральні, ароматичні, хвойні, йодобромні); грязелікування, озокеритолікування, парафінолікування; рефлексотерапія; фізіотерапевтичне лікування; лазеротерапія; теренкур.

Тернопільська область

▪ **Обласний центр медико-соціальної реабілітації інвалідів** на базі **Микулинецької обласної фізіотерапевтичної лікарні реабілітації** (обласного комунального санаторію) (смт. Микулинці, Терехівлянського району, вул. Галицька, 2; тел.: 5-14-59; директор – Ясеник З.А.).

▪ **Обласний центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС та вродженою патологією** (м. Тернопіль, вул. Сахарова, 2; тел.: 26-33-60; 26-56-79; директор – Свірська Н.М.).

▪ **Обласний центр медико-соціальної реабілітації хворих з органічними ураженнями ЦНС** (м. Тернопіль, вул. Тролейбусна, 14; тел.: 43-58-46; директор – Боронілова В.В.).

▪ **Центр ранньої медичної реабілітації дітей-інвалідів** на базі **Заліщицького обласного дитячого санаторію** (м. Заліщики, вул. Грушевського, 12; тел.: 2-14-60; 2-14-72; директор – Мельник Ю. Г.).

▪ **Санаторій „Медобори"** (Мінпраці; с. Конопівка, Терехівлянський р-н). Реабілітація хворих з патологією *ОРА, серцево-судинною патологією, патологією нервової системи*.

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Санаторій "Збруч" (Кабмін)	м. Гусятин, Тернопільська обл.	Органи травлення
-------------------------------	--------------------------------	------------------

Харківська область

▪ **Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності** (м. Харків, вул. Клочківська, 339; тел.: 37-76-30; 37-75-33; 37-79-89; директор – Салєєва А.Д.). Вивчення соціальних аспектів інвалідності, медичної та соціально-побутової реабілітації інвалідів та розробка комплексних реабілітаційних програм для різних груп інвалідів; розробка більш досконалих і функціональних конструкцій протезів та ортезів нижніх кінцівок для дорослих і дітей, напівфабрикатів і вузлів до них і удосконалення технології їх виготовлення; розробка протезів верхніх кінцівок з різними системами управління; розробка нових і удосконалення існуючих методів підготовки хворих до протезування, включаючи ампутацію і реампутацію у дорослих і дітей та вивчення особливостей протезування осіб похилого віку.

▪ **Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка АМН України** (м. Харків, вул. Пушкінська, 80; тел.: 715-75-04; 715-63-05; директор – Корж М.О.). На базі інституту проходять реабілітацію інваліди з травмами хребта.

▪ **Інститут раннього втручання для дітей-інвалідів та дітей з порушенням розвитку** на базі Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України (м. Харків, пр-т 50-річчя ВЛКСМ, 52а; тел.: 62-20-96; керівник – Кукуруза Г.В.).

▪ **Відділення медико-соціальної реабілітації для дітей та підлітків-психохроніків** при Харківській міській дитячій неврологічній лікарні № 5 (м. Харків, вул. Рибалка, 4; тел.: 92-21-72; головний лікар – Андріївська Г.Ф.) – на 20 ліжок. Тут діти-інваліди отримують лікувально-профілактичну допомогу, проводиться соціальна та трудова реабілітація.

▪ **Обласний спеціалізований будинок дитини № 1** (м. Харків, вул. Рибалка, 9; тел.: 92-42-51; 92-30-63; 92-43-93; головний лікар – Марабян Р.В.).

▪ **Обласний будинок дитини № 3** (м. Харків, вул. Корчагінців, 44; тел.: 711-11-21; 711-21-62; головний лікар – Скульська Т.А.).

▪ **Міський будинок дитини № 1** (м. Харків, вул. Кузнецька, 1; тел.: 32-04-21; 32-00-00; головний лікар – Чистіліна О.Ю.).

▪ **Обласна клінічна травматологічна лікарня.**

▪ **Міська лікарня № 18** (м. Харків) – на її базі проходять реабілітацію хворі з післятравматичним остеомієлітом.

▪ **Дільнична лікарня** (сmt. Есхар Чугуївського району) – проходять реабілітацію інваліди з наслідками травм, що проживають в області.

▪ **Реабілітаційні ліжка** для учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС на базі:

- **обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення – 260 ліжок;**
- **обласної клінічної лікарні – 110 ліжок;**
- **обласної студентської лікарні – 60 ліжок;**
- **НДІ неврології та психіатрії – 30 ліжок;**
- **НДІ медичної радіології – 50 ліжок;**
- **НДІ терапії ім. Малої – 20 ліжок;**
- **НДІ ендокринології – 20 ліжок;**
- **НДІ невідкладної хірургії – 10 ліжок;**
- **міської лікарні № 30 (м. Харків) – для хворих з патологією ЛОР-органів – 10 ліжок;**
- **міської лікарні № 14 (м. Харків) – для хворих з офтальмологічною патологією – 10 ліжок.**

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Санаторій "Рай-Еленівка"** (Укрпрофоздоровниця; Харківський р-н). Реабілітація хворих з *патологією органів травлення, післяопераційних хворих.*

▪ **Санаторій "Роца"** (Укрпрофоздоровниця; с. Пісочин, Харківський р-н). Реабілітація хворих після *гострого інфаркту міокарда, хворих неврологічного та гастроентерологічного профілю.*

▪ **Санаторій "Ялинка"** (Укрпрофоздоровниця; п/в Курортне, Зміївський р-н). *Багатопрофільний, батьки з дітьми..*

▪ **Санаторій "Березівські мінеральні води"** (Укрпрофоздоровниця; п/в Березівка, Дергачівський р-н). *Органи травлення, хвороби обміну речовин, нирок.*

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Ріпки"** (МОЗ; с. Ріпки, Богодухівський р-н) – на **100** ліжок. Реабілітація хворих фтизіатричного профілю.

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Шарівка"** (МОЗ; с. Шарівка, Богодухівський р-н) – на **100** ліжок. Реабілітація хворих фтизіатричного профілю.

▪ **Протитуберкульозний санаторій "Занки"** (МОЗ) – на **260** ліжок. Реабілітація хворих фтизіатричного профілю.

- *Протитуберкульозний санаторій "Володимирський"* (МОЗ; с. Мурафа, Краснокутський р-н) – на **100** ліжок. Реабілітація хворих фтизіатричного профілю.

- *Дитячий санаторій* (с. Південне) – реабілітація дітей та підлітків з психоневрологічною патологією.

Херсонська область

- *Центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів з органічним ураженням ЦНС* при Херсонській обласній дитячій лікарні (м. Херсон, вул. Українська, 81; тел.: 24-43-15; директор – Лятецька Л.В.).

- *Стаціонарні відділення лікарень та денні стаціонари поліклінік.*

- *Відділення фізіотерапії, ЛФК, масажу.*

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- *Санаторій "Гопрі"* (Укрпрофоздоровниця; м. Гола Пристань, вул. Леніна, 72). *ОРА, НС, гінекологія.*

- *Міжнародний реабілітаційно-рекреаційний Центр.* Створюється на Арабатській Стрілці. В центрі одночасно будуть оздоровлюватися до **500** чоловік. В комплексі реабілітаційного лікування будуть використовуватися природні фактори рекреаційної зони Херсонщини: тепле море, джерела термальних вод. *Нозології:* захворювання суглобів, хребта, шкіри.

Хмельницька область

- *Регіональний медичний реабілітаційний центр "Турбота" для дітей з органічним ураженням ЦНС* на базі міської дитячої лікарні м. Хмельницького (м. Хмельницький, вул. С. Разіна, 1; тел.: 2-11-14; директор – Гуцул І.В.).

- *Хмельницька обласна фізіотерапевтична лікарня.*

- *Спеціалізований будинок дитини "Берізка"* (м. Хмельницький, вул. Хотовицького, 4; тел.: 2-13-10; головний лікар – Горин К.З.).

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- *Обласний кістково-туберкульозний санаторій для дорослих* (МОЗ; с. Остропіль Старокостянтинівського р-ну). Туберкульоз кістково-м'язової системи.

- *Протитуберкульозний санаторій „Красноільськ”* (УОЗ ОДА; с. Красноільськ, Сторожинецький р-н).
- *Обласний дитячий протитуберкульозний санаторій для дітей дошкільного віку* (МОЗ; м. Кам'янець-Подільський, вул. Сіцинського, 2).
- *Обласний дитячий протитуберкульозний санаторій для дітей шкільного віку "Світанок"* (МОЗ; с. Макіївці Дунаєвецького р-ну).
- *Обласний дитячий санаторій психоневрологічного профілю "Куява"* (МОЗ; с. Соснівка Ярмолинецького р-ну).
- *Обласний дитячий санаторій пульмонологічного профілю "Каштан"* (МОЗ; с. В. Жванчик Дунаєвецького р-ну). *Органи дихання (діти).*
- *Обласний дитячий санаторій ревмоортопедичного профілю "Дністер"* (МОЗ; смт. Ст. Ушиця Кам'янець-Подільського р-ну).
- *Санаторій "Збруч"* (Укрпрофоздоровниця; смт. Сатанів, Городоцький р-н). *Органи травлення, хвороби нирок.*
- *Санаторій "Україна"* (Мінпраці; с. Маків, Дунаєвецький р-н). *Органи травлення, хвороби нирок.*
- *Санаторій "Товтри"* (Мінпраці; смт. Сатанів, Городоцький р-н). *Органи травлення, хвороби нирок.*

Черкаська область

- *Черкаський реабілітаційно-оздоровчий центр "Астра" для дорослого та дитячого населення* (м. Черкаси, вул. Гоголя, 368; тел.: 45-80-84; 45-99-01; директор – Волощенко І.В.). *Нозології: ДЦП, порушення психічного розвитку, порушення ОРА.*
- *Реабілітаційні ліжка* на базі Обласної лікарні.
- *Реабілітаційні ліжка* на базі ЦРЛ.
- *Реабілітаційні ліжка* на базі диспансерів.
- *Реабілітаційні ліжка санаторію "Україна"* (Укоопспілка; м. Черкаси, вул. Лісова, 1). *Призначені для реабілітації хворих кардіологічного, неврологічного, гастроентерологічного профілів, ліквідаторів аварії на ЧАЕС.*

Чернівецька область

▪ **Обласна лікарня відновного лікування** (с. Брусниця Кіцманського району; тел.: 9-15-80; головний лікар – Бойко Д.І.) – на **70** бюджетних ліжок та **40** непрофільних госпрозрахункових ліжок. Профіль – *ортопедичний* (на **40** ліжок), *неврологічний* (на **20** ліжок), *гінекологічний* (на **10** ліжок). Обслуговує хворих та інвалідів області.

▪ **Реабілітаційне відділення обласного кардіологічного диспансеру** (м. Чернівці, вул. Червоноармійська, 230; тел.: 4-25-25; зав. від. – Присяжнюк Л.І.) – на **40** ліжок. Обслуговує хворих та інвалідів м. Чернівці та області.

▪ **Чернівецький обласний центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням ЦНС** на базі неврологічного відділення Обласної дитячої лікарні № 2 (м. Чернівці, пр-т Незалежності, 98; тел.: 3-13-73; 3-23-26; директор – Шевчук Н.М.).

▪ **Чернівецький обласний спеціалізований неврологічний будинок дитини** (м. Чернівці, вул. Чапаєва, 2; тел.: 3-21-56; головний лікар – Бабіч Л.П.).

▪ **Буковинський центр соціальної, професійної, трудової та медичної реабілітації інвалідів** (м. Чернівці, вул. Південно-Кільцева, 2; 4-59-04; 4-73-71, 4-24-03; директор Микицей О.В.) – на **50** ліжок. Відділення:

- *терапевтичне* (на **20** ліжок);
- *неврологічне* (на **20** ліжок);
- *дитячої ортопедії* (на **10** ліжок).

Чернігівська область

▪ **Фіксовані реабілітаційні ліжка** практично по кожній нозологічній формі захворювань при *Обласній лікарні для дорослих* – на **760** ліжок. Відділення: травматолого-ортопедичне, нейрохірургічне, урологічне, хірургічне, опікове, відділення щелепно-лицьової хірургії, відділення мікрохірургії ока, відділення реабілітації постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

▪ **Обласний госпіталь для інвалідів та ветеранів Вітчизняної війни** – на **100** ліжок. 1. *Реабілітаційно-неврологічне* відділення (для хворих з віддаленими наслідками поранень неврологічного профілю). 2. *Реабілітаційно-терапевтичне* відділення (оздоровлення інвалідів ВВ війни з терапевтичною патологією).

▪ **Обласна дитяча лікарня** – на **530** ліжок. *Відділення хірургічного профілю* – вроджені вади розвитку та наслідки травм (органозберігаючі операції та відновлення функції опірно-рухового апарату та інших органів) і дітей.

▪ **Обласний протитуберкульозний диспансер** – на **705** ліжок. 1. Торакальне відділення – пухлини легень і особливі форми туберкульозу легень (видалення частини легень) 2. Відділення для лікування туберкульозу кісток і суглобів – наслідки туберкульозу кісток і суглобів (відновлювальна консервативна терапія і оперативні втручання) 3. Відділення терапевтичного профілю – лікування туберкульозу легень (свіжих і старих форм).

▪ **Обласна психіатрична лікарня.**

▪ **Чернігівська міська лікарня № 1** – на **700** ліжок. Фізіотерапевтичне відділення. Патологія: *остеохондрози, деф. артрози крупних суглобів, контрактури* (підводне витяжіння).

▪ **Чернігівська міська лікарня № 2** – на **600** ліжок. 1. Травматолого-ортопедичне відділення груба патологія крупних суглобів (ендопротезування); 2. Відділення серцево-судинної хірургії – патологія серця і судин, що потребують кардіостимуляції і пластики судин.

▪ **Чернігівська міська лікарня № 3** – на **260** ліжок. 1. Фізіотерапевтичне відділення – патологія органів опірно-рухового апарату, органів дихання (фітотерапія, підводне витяжіння та інші методи).

▪ **Заклад охорони здоров'я "Реабілітаційний центр" при громадській організації "Центр медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів "Відродження"** (м. Чернігів, вул. Доценка, 34; тел.: 95-22-26; директор – Пасічник В.І.). *Нозології:* ураження ЦНС, порушення ОРА, порушення психічного розвитку, соматична патологія, діти з груп ризику, здоров'ю яких загрожує інвалідність. *Вікова категорія:* до 25 років. *Форми реабілітаційного обслуговування:* стаціонар, денний стаціонар. Розрахований на 65 чол. Застосовується модель Українського медичного центру реабілітації з органічними ураженнями нервової системи МОЗ України (м. Київ) «Тандем».

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

▪ **Дитячий санаторій "Пролісок"** (Ніжинський район) – на **150** ліжок. *Педіатричні і фізіотерапевтичне* відділення. Патологія *органів дихання* (традиційні і нетрадиційні методи лікування дітей з даною патологією).

▪ **Тростянецький дитячий санаторій** (Ічнянський район) – на **100** ліжок. *Ендокринологічний профіль* відділень – цукровий діабет (лікування і оздоровлення дітей з цією патологією).

▪ **Протитуберкульозний дитячий санаторій** (м. Чернігів) – на 100 ліжок. Спеціалізовані дитячі відділення – туберкульоз органів дихання (консервативна специфічна терапія, загальне оздоровлення).

▪ **Санаторій "Десна"** (Укоопспілка) – на 300 ліжок. Гастроентерологічний і неврологічний профіль – хронічні захворювання органів травлення, периферійної нервової системи і органів опірно-рухового апарату (місцева мінеральна вода, фізіотерапевтичні методи лікування)

▪ **Санаторій "Остреч"** (Укоопспілка). Відділення для лікування патології органів дихання і периферійної нервової системи – астматичні бронхіти, радикуліти, остеохондрози (фізіотерапевтичні методи лікування).

▪ **Санаторій "Берізка"** (Укоопспілка). Відділення для лікування патології органів дихання і периферійної нервової системи – остеохондрози, дефартрози, контрактури, захворювання периферійної нервової системи (фіз. методи лікування).

▪ **Профілакторій "Хімік"** (Чернігівського комбінату "Хімволокно"). *Терапевтичне, неврологічне, ортопедичне* відділення – оздоровлення та реабілітація хворих з патологією опірно-рухового апарату, периферійної нервової системи та інших захворювань.

▪ **Спеціалізований будинок дитини "Надія"** (м. Чернігів, вул. Богунська, 2а; тел.: 5-33-77; головний лікар – Ющенко Н.І.). *Нозології: ураження ЦНС, ДЦП, комбіновані порушення здоров'я. Вікова категорія: діти до 7 років. Форма обслуговування: стаціонарна.*

АР Крим та м. Севастополь

▪ **Міський соціально-лікувальний реабілітаційний центр інвалідів** (м. Севастополь, вул. Репіна 24; тел.: 24-43-19; 24-05-14; директор – Репін А.О.).

▪ **Кримський республіканський консультативно-діагностичний центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів** (м. Сімферополь, вул. Лугова, 6; тел.: 25-72-45; директор – Любиковський А.Б.).

▪ **Медичний центр "Медики – Чорнобиллю"** (МОЗ; м. Євпаторія, с. Заозерне, вул. Чкалова, 42б). *ОРА, ССС, органи дихання.*

▪ **Республіканський кардіологічний центр** (м. Сімферополь, вул. Гагаріна, 15а).

▪ **Республіканське підприємство "Кримський республіканський медичний центр реабілітації зору"** (м. Сімферополь, вул. Павленко, 4; тел.: 60-

05-51, факс 24-85-98; директор – Дембський Л.К.). Був створений в 1991 р. *Підрозділи:* відділення функціональної діагностики з повним набором діагностичного обладнання; лікарські кабінети: офтальмолога по прийому дитячого населення, офтальмолога по прийому дорослого населення, професора, терапевта, педіатра, ортопеда (з діагностичним обладнанням для визначення викривлення хребта і плоскостопості), невропатолога; відділення оптико-фізіологічних і апаратних методів лікування; кабінети: плеоптики, ортоптики, диплоптики; кабінети: фізіотерапевтичних методів лікування; офтальмоендокринології та судинної патології ока; комп'ютерної офтальмоергономіки та оптометрії; лікувальної фізкультури; масажу; дослідження організму людини на мікроелементи; корекції харчування; контактної корекції зору. Діагностика і лікування короткозорості, косоокості, амбліопії, дегенерації сітківки, катаракти, глаукоми і багатьох інших. В центрі лікуються як діти, так і дорослі.

- **2-га міська поліклініка** (м. Сімферополь, вул. Лермонтова, 3а; тел.: 25-83-44; головний лікар – Крамаренко О.І.).

- **7-ма міська клінічна лікарня** (м. Сімферополь, вул. 60 років Жовтня, 30; тел.: 44-88-03; головний лікар – Кірсанова О.В.).

- **Реабілітаційне відділення нейросоматичного профілю** (м. Сімферополь, вул. Аральська, 71/88; тел.: 44-82-57; 49-68-04; керівник – Трушкіна С.Ф.).

- **Реабілітаційне відділення для інвалідів пенсійного віку** (м. Сімферополь, вул. Аральська, 67; тел.: 49-79-60; керівник – Долгов О.М.).

- **Реабілітаційне відділення для інвалідів пенсійного віку** (м. Сімферополь, вул. Краснознаменна, 82; тел.: 24-95-38; керівник – Безговнікова Л.Д.).

- **Реабілітаційне відділення загального профілю** (м. Сімферополь, вул. Горького, 27; тел.: 27-92-69; керівник – Куликова Г.О.).

- **Реабілітаційне відділення загального профілю** (м. Сімферополь, вул. Гайдара, 4а; тел.: 22-94-98; керівник – Овечкина Л.П.).

- **Реабілітаційне відділення міської поліклініки** (м. Євпаторія, вул. Некрасова, 39; тел.: 3-00-41; керівник – Горянная О.А.).

- **Реабілітаційний фонд дельфінотерапії** (м. Євпаторія) – здійснює психологічну реабілітацію людей, потерпілих від техногенних і природних катастроф, комплексних травм, а також дітей з психічною і мовною патологією (аутизм, синдром Дауна, енурез тощо), дітей, що страждають на ДЦП.

Базові санаторії з реабілітаційними ліжками:

- **Республіканський центр реабілітації для дітей з ураженням ЦНС та ОРА** МОЗ АР Крим на базі **Республіканського дитячого клінічного санаторію "Чайка"** (м. Євпаторія, вул. 60-річчя СРСР, 29; тел.: 2-11-58; директор – Кисиленко О.С.).
- **Дитячий пульмонологічний санаторій "Волна"** (м. Феодосія) – здійснює фізіотерапевтичне лікування, фітотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж; шкільне навчання на час лікування.
- **Санаторій "Орлятко"** (МОЗ; м. Євпаторія, вул. Маяковського, 3). *Багатoproфільний.*
- **Євпаторійський центральний дитячий клінічний санаторій** (МОЗ; м. Євпаторія, вул. Дувановського, 21; тел.: 3-14-00; 3-11-50; 3-05-64; 3-33-30; головний лікар – Ненько А.М.). *Багатoproфільний.*
- **Санаторій "Батьківщина"** (МОЗ; м. Євпаторія, вул. Франка, 30; тел.: 3-24-10) – спеціалізований дитячий санаторій для реабілітації дітей-інвалідів.
- **Санаторій "Іскра"** (МОЗ; м. Євпаторія, вул. Кірова, 91; тел.: 3-22-46; головний лікар – Бурахович Н.І.) – спеціалізований дитячий санаторій для реабілітації дітей-інвалідів.
- **Протитуберкульозний санаторій ім. Чехова** (МОЗ; м. Ялта, вул. Халтуріна, 28).
- **Протитуберкульозний санаторій "Сосняк"** (МОЗ; м. Ялта, п/в Ботанічне).
- **Протитуберкульозний санаторій "Долосси"** (МОЗ; м. Ялта, с. Радянське).
- **Протитуберкульозний санаторій "Гірське сонце"** (МОЗ; м. Алупка, Дворцове шосе, 4).
- **Протитуберкульозний санаторій "Передгірний"** (МОЗ; м. Алупка, Шосе Свободи, 11).
- **Протитуберкульозний санаторій "Шахтар"** (МОЗ; м. Алупка, вул. Ялтинська, 5).
- **Протитуберкульозний санаторій "Сонячний"** (МОЗ; м. Алупка, вул. Фрунзе, 19).

- *Протитуберкульозний санаторій "Південнобережний"* (МОЗ; м. Алушка, вул. Леніна, 27а).
- *Протитуберкульозний санаторій "Старий Крим"* (МОЗ; м. Старий Крим).
- *Протитуберкульозний санаторій ім. Семашка* (МОЗ; смт Сімеїз, вул. Морська, 8).
- *Протитуберкульозний санаторій ім. Леніна* (МОЗ; смт Сімеїз, вул. Радянська, 37).
- *Протитуберкульозний санаторій "Червоний маяк"* (МОЗ; смт Сімеїз, вул. Радянська, 33).
- *Підлітковий протитуберкульозний санаторій "Піонер"* (МОЗ; смт Сімеїз, вул. Приморська).
- *Підлітковий протитуберкульозний санаторій ім. Баранова* (МОЗ). смт Сімеїз, вул. Баранова, 2).
- *Протитуберкульозний санаторій "Ластівка"* (МОЗ; м. Ялта, с. Високогірне, вул. Спендіарова, 1).
- *Протитуберкульозний санаторій "Сімеїз"* (МОЗ; м. Ялта, с. Високогірне, вул. Спендіарова, 1).
- *Санаторій "Ветеран"* (Мінпраці; м. Алушта, вул. Червоноармійська, 68). *Органи дихання.*
- *Санаторій "Таврида"* (Укрпрофоздоровниця; м. Євпаторія, вул. Кірова, 64). *ОРА, ССС.*
- *Санаторій ім. М. Бурденка* (Укрпрофоздоровниця; м. Саки, вул. Курортна, 4). *ОРА, гінекологія.*
- *Санаторій ім. Леніна* (Укрпрофоздоровниця; м. Саки, вул. Курортна, 4). *НС.*

Відомчі реабілітаційно-оздоровчі установи:

Територіальний центр курортології та реабілітації ЗС України "Крим"(Міноборони)	Алуштинський р-н, смт. Партеніт	ССС, НС, органи дихання, хвороби нирок
Алуштинська філія територіального центру курортології та реабілітації ЗС України "Крим" (Міноборони)	м. Алушта, вул. Жовтнева, 16	ССС, НС, органи дихання
Гурзуфська філія територіального центру курортології та реабілітації ЗС України (МО)	с. Гурзуф	ССС, НС
Алупкинський військово-клінічний санаторій (Міноборони)	м. Алупка, вул. Аметхана-Султана, 31	Туберкульоз
Судакська філія Вінницького військово-медичного центру ВПС (Міноборони)	м. Судак	ССС, НС
Феодосійський центральний військовий клінічний санаторій (Міноборони)	м. Феодосія	Органи травлення, хв. обміну речовин
Євпаторійський центральний військовий санаторій (Міноборони)	м. Євпаторія, вул. Фрунзе, 28	ССС, НС, органи травлення
Сакський військовий клінічний санаторій (Міноборони)	м. Саки, вул. Курортна, 2	ОРА, гінекологія
Ялтинський військовий санаторій (Міноборони)	м. Ялта, вул. Свердлова, 32	ССС, НС
Санаторій "Алупка" (МВС)	м. Алупка, вул. Ялтинська, 19	Органи дихання
Санаторій "Сокіл" (МВС)	м. Судак, вул. Приморська, 21	ССС, органи дихання
Санаторій "Чорномор'я" (СБУ)	м. Ялта, вул. Виноградна, 12	Органи дихання
Санаторій "Перлина" (Держмитслужба)	м. Ялта, Ластівчине Гніздо	ССС, НС, хвороби нирок
Санаторій "Мрія" (Аерофлот)	м. Ялта, Південнонабережне шосе, 30	ССС, НС
Міжнародний дитячий медичний центр "Євпаторія" (Південмаш)	м. Євпаторія, вул. Маяковського, 7	ССС, органи дихання
Санаторій "Гірський" (Атоменерго)	м. Ялта, смт. Лівадія-1	ССС, органи дихання
Санаторій "Чорноморський" (Кабмін)	м. Ялта, вул. Дніпровська, 5	ССС
Санаторій "Дніпро" (Кабмін)	м. Ялта, вул. Алупкинське шосе, 7	ССС
Санаторій "Південний" (Кабмін)	м. Ялта, смт Форос-1	ССС, НС, органи дихання
Санаторій "Дюльбер" (Верховна Рада)	м. Ялта, смт Корейз, вул. Алупкинське шосе, 1	Органи дихання

ЛІТЕРАТУРА

1. Wade T.D. Measurement in neurological rehabilitation. – Oxford, 1992.
2. WHO. World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to The Consequences of Disease. – Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1980.
3. Алферова Т.С., Потехина О.А. Основы реабилитологии. Книга первая. – Тольятти, 1995. – С.2, 9, 48-50.
4. Афанас'єв С.В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 183 с.
5. Бабов К.Д., Буринский С.В., Дышловой И.Н. и др. Стандартизация медицинских услуг. Унифицированные подходы в курортологии и реабилитации // Мед. реабилитация, курортология физ. терапия. – 2004. -№ 1. – С. 3-7.
6. Башмаков А.Ф., Михайловская Л.В., Штанько И.Я. Состояние и возможности оптимизации медицинской реабилитации инвалидов в профильных научно-исследовательских институтах Украины // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межвед. сб. науч. трудов, т. 2. – Днепрпетровск, 1998. – С. 210-216.
7. Белова А.Н., Григорьева В.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. – М.: Антидор, 1997. – 216 с.
8. Войтенко Р.М., Дубинина И.А., Коробов М.В. и др. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации (под ред. Коробова М.В., Помникова В.Г.). – СПб: Гиппократ, 2003. – 800 с.
9. Гарантии социальной защиты инвалидов: Сб. норматив. актов Украины / НДП. – К., 1998. – 77 с.
10. Голка Г.Г. Реабілітація при туберкульозному спондиліті // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – № 4. – С. 35-39.
11. Гублер Е.В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии. – Л.: Медицина, 1990. – 176 с.

12. Декларація ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75).
13. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів (від 7 липня 2005 р.).
14. Законопроект “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України стосовно вирішення проблем професійної і трудової реабілітації інвалідів (від 16 червня 2005 р.).
15. Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур’єр (“Орієнтир”). – 2005, 2 листопада. – № 213.
16. Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” № 875-12 від 21 березня 1991 р. // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1991, № 21, ст.252).
17. Ипатов А.В., Сергиени Е.В., Лихолат Е.А. и др. Актуальные проблемы диагностики, реабилитации, социальной интеграции больных и инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 26-35.
18. Інструкція про встановлення груп інвалідності (Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 7 квітня 2004 р. № 183, зі змінами згідно з Наказом МОЗ України № 565 від 23.11.2004 р.).
19. Ипатов А.В. Питання оптимізації управлінської діяльності головного експерта обласної служби медико-соціальної експертизи // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я. – 2003. – № 1. – С. 61.-67.
20. Ипатов А.В., Сергієні О.В., Науменко Л.Ю., Войтчак Т.Г. Концептуальні підходи до формування багатофункціональної структурно-організаційної системи реабілітації інвалідів в Україні // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 23-33.
21. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 22-27.

22. Клініка, діагностика, критерії медико-соціальної експертизи хворих на системний червоний вовчак, системну склеродермію та ідіопатичний дерматоміозит: Метод. рекомендації. – Автор: Шевчук С.В. – Вінниця, 2004. – 62 с.
23. Коваленко В.М., Іпатов А.В., Сергієні О.В. Медико-експертна та реабілітаційна допомога хворим кардіологічного профілю в Україні: реальність і перспективи // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 14-18.
24. Комплексна програма реабілітації хворих на цукровий діабет: Посібник / Вернигородський В.С., Шевчук В.І., Вернигородська М.В. – Вінниця, 2003. – 80 с.
25. Комплексна реабілітація інвалідів з церебро-васкулярною патологією: Метод. рекомендації. – Автори: Безсмертна Г.В., Гулевата Л.Т. – Вінниця, 2004. – 48 с.
26. Комплексна реабілітація інвалідів з артеріальною гіпертензією: Метод. рекомендації. – Автори: Жебель В.М., Куриленко І.В., Шевчук С.В. – Вінниця, 2004. – 34 с.
27. Коробов М.В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
28. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф.Каптелина, И.П.Лебедевой. – М., Медицина. – 1995. – 400 с.
29. Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебное пособие / Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
30. Маккавейский П.А., Шестаков В.П., Каменков К.А. Концептуальные вопросы реабилитации больных и инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 21-24.
31. Мартинюк І.О., Пирогова В.І., Бутитер Л.Д. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів // Практична медицина. – 1999. – № 5-6. – С. 123-127.

32. Маруніч В.В., Іпатов А.В. Результати роботи служби медико-соціальної експертизи за 2003 рік – Рік людей з інвалідністю // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 21-23.
33. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В. Медико-соціальні проблеми інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні наприкінці ХХ – початку ХХІ століття // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф.Москаленка та Ю.В.Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 3-14.
34. Маруніч В.В., Шевчук В.І. Особливості організації реабілітації інвалідів в Україні // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України “Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів” 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – с. 13-25.
35. Маруніч В.В., Шевчук В.І. Про задачі, принципи і напрямки діяльності регіональних реабілітаційних центрів // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України “Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів” 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – с. 13-25.
36. Медико-соціальна експертиза та медична реабілітація хворих із наслідками травм кісток передпліччя в дистальному відділі: Методичні рекомендації. – Автори: Іпатов А.В., Сергієні О.В., Лоскутов О.Є., Науменко Л.Ю., Бойко І.В., Дорогань С.Д., Макаров В.Б., Зеленін О.А. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 62 с.
37. Международная номенклатура нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности. – М., 1998. – 110 с.
38. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки.
39. Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки, затверджена Указом Президента України. – Київ, 13 липня 2001 року.
40. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. – Автор: Сергієні О.В. – Дніпропетровськ, 1997.

41. Оцінка ступеня обмеження життєдіяльності хворих з дисциркуляторними енцефалопатіями: Метод. рекомендації. – Автори: Сторожук Л.О., Римша С.В., Беляєва Н.М. – Вінниця, 2004. – 22 с.
42. Панина И.А., Левиков Г.В. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с профессиональными заболеваниями // МСЭ и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 19-24.
43. Пинчук И.Я. Общие понятия о реабилитации пожилых людей // Новости медицины и фармации. – 2004, Январь. – № 1 (141). – С. 18-19.
44. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року № 14, Київ “Про затвердження міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. – 64 с.
45. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. “Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про Індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда” // Уряд. кур’єр. – 1992, 03, № 12.
46. Принципи реабілітації хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні захворювання легенів: Метод. рекомендації. – Автори: Маленький В.П. та ін. – Вінниця, 2004. – 22 с.
47. Реабілітація хворих на цироз печінки: Метод. рекомендації. – Автори: Макарова Л.П., Нечипорук О.В., Довгалюк Т.В. – Вінниця, 2004. – 20 с.
48. Сергиєні Е.В. Пути реализации реабилитационного потенциала инвалидов, проходящих освидетельствование в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК) Украины // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межвед. сб. науч. трудов, т. 2. – Днепропетровск, 1998. – С. 203-209.
49. Сергієні Е.В., Коваленко В.В., Штанько І.Я. та інші. Проблеми реабілітації інвалідів в Україні // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 273-280.
50. Сергієні О.В. Сучасні проблеми реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ: Поліграфіст, 1998. – 138 с.
51. Смычек В.Б. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Зб. наукових праць. – Дніпропетровськ, 2001. – С. 198-202.

52. Смычек В.Б. Основы реабилитации: Курс лекций. – Минск, 2000. – 132 с.
53. Смычек В.Б. Технология проведения реабилитации больных и инвалидов на медико-профессиональном этапе // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 280-285.
54. Смычек В.Б., Копать Т.Т., Копытов Л.В. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – С. 35-40.
55. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года. – 1994. – 83 с.
56. Технология медико-профессионального этапа реабилитации больных и инвалидов с основной инвалидизирующей патологией терапевтического и неврологического профилей /Э.И. Зборовский, С.П. Кускова, Т.Д. Рябцева и др. // Достижения медицинской науки Беларуси: Сб.науч.ст. Минск. – 1996. Вып.1.– С.72-73.
57. Торохтін О.М. // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2003. – № 3 (35). – С. 32-38.
58. Указ Президента України “Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями (від 1 червня 2005 р. № 900/2005, м. Київ).
59. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательной системы: Под ред. Н.А. Гросс. – М.: Советский спорт, 2000. – 224 с.
60. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общ. ред. проф. С.Н.Попова. – Р-н/Д: Феникс, 1999. – 608 с.
61. Чоговадзе А.В., Поляев Б.А., Иванова Г.Е. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Реабилитация здоровья человека». – Москва, 1995. – С.1.

62. Шевцов А. Г., Шерстюк І.В., Полякова О.Ю. Система центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю: Довідник. – К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2003. – 257 с.
63. Шевчук В.І., Безсмертний Ю.О. Комплексна реабілітація інвалідів з наслідками травм та захворюваннями опорно-рухової системи: Посібник. – Вінниця: Книга – Вега, 2004. – 316 с.
64. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н.Беловой, Л.Н Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
65. Шогилин А.В. Информационное пространство специалиста-реабилитолога // Семинар по проблемам реабилитации: Сб. науч. трудов. – Санкт-Петербург, 1997. – С. 10-12.
66. <http://www.parlament.org.ua> // Панцир С.І. Міжнародне та українське законодавство щодо працевлаштування, соціального захисту та медичного забезпечення інвалідів: спроба порівняльного аналізу (за результатами моніторингу законодавства).

Науково-методичне видання

Маруніч Володимир Васильович

Шевчук Віктор Іванович

Яворовенко Оксана Борисівна

**Методичний посібник
з питань реабілітації інвалідів**

Посібник

Підписано до друку 16.10.2006. Формат 29,7x42 1/4.

Гарнітура Times New Roman.

Папір офсетний. Друк різнографічний.

Ум. друк. арк. 12,24

Наклад 300 прим. Замовлення № 02-12

ПП О.Власюк

Свідоцтво Держкомінформу України

серія ДК № 1114 від 12.11.2002.

21021, м. Вінниця, а/с 1883